

2014

Sociotherapie...

Hoe, wat, waar, wanneer en waarom?

Onderzoek naar Sociotherapie binnen de
Forensische Psychiatrie Afdeling van het
Vincent van Gogh Instituut

Sandra Coolen en Chantal Wilms

Sandra Coolen
Chantal Wilms

Studentnummer: 2111990
Studentnummer: 2210149

Opleiding:
Organisatie:
Opdrachtgever:
Projectbegeleiders:

HBO Verpleegkunde Fontys Hogeschool
Vincent van Gogh Instituut
N. Danen
J. v. Herk en M. Legius

Eindhoven, 13-06-2014



Voorwoord:

In het kader van het afstudeeronderzoek binnen de opleiding HBO-V aan Fontys Hogeschool in Eindhoven is er gezocht naar een geschikte onderzoeksopdracht binnen het Vincent van Gogh Instituut waar de studenten werkzaam zijn. Vanuit de Forensisch Psychiatrische afdeling kwam de vraag om te kijken naar hoe sociotherapie binnen de afdeling vormgegeven kan worden. Dit zou zorgen voor een betere kwaliteit en effectiviteit van zorg. De twee studenten (vanaf nu onderzoekers genoemd) zijn begonnen met een literatuurstudie om te onderzoeken wat de best practices zijn met betrekking tot sociotherapie en hoe je sociotherapie kunt realiseren op een (forensisch) psychiatrische afdeling. Hiermee werd als het ware een wenselijke situatie geschetst. Binnen dit literatuuronderzoek doorlopen de onderzoekers elk hun eigen onderzoekscyclus.

Hierna is er onderzoek gedaan naar welke aspecten van sociotherapie er aanwezig zijn binnen de Forensisch Psychiatrie Afdeling van het Vincent van Gogh Instituut en welke aspecten er ontbreken of verbetering nodig hebben. Een uitgebreidere beschrijving van de onderzoeksvraag en de bijbehorende deelvragen zal in het eerste hoofdstuk van deze rapportage worden beschreven. De onderzoekscyclus van dit praktijkonderzoek zijn per deelvraag verdeeld door de onderzoekers.

Onze dank is groot voor allen die betrokken zijn geweest bij ons onderzoek. In het bijzonder willen we onze opdrachtgeefster Nicky Danen bedanken voor de prettige samenwerking en onze onderzoeksbegeleiders Johan van Herk en Marja Legius voor de begeleiding tijdens dit onderzoek en de positief kritische feedback. Ten slotte willen we de medewerkers van de Forensische Psychiatrie Afdeling bedanken voor hun aandacht en medewerking aan dit onderzoek.

Eindhoven, 2014

Sandra Coolen
Chantal Wilms

Samenvatting:

Het expertisecentrum voor forensische psychiatrie (EFP) heeft een landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten geschreven. Het betreft een gemeenschappelijk kader voor organisaties, professionals en patiënten, gebaseerd op de beschikbare wetenschappelijke en professionele kennis. Door het ontwikkelen en uitvoeren van dit zorgprogramma wordt bijgedragen aan de kwaliteitsverbetering in de zorg. Een onderdeel van dit zorgaanbod dient volgens het EFP sociotherapie te zijn (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2013).

De Forensische Psychiatrie Afdeling (FPA), een afdeling binnen het Vincent van Gogh Instituut voor Geestelijke Gezondheidszorg, heeft aansluitend ook een concept zorgprogramma geschreven. In dit zorgprogramma wordt genoemd dat binnen de behandeling gebruik gemaakt wordt van sociotherapie (Vincent van Gogh Instituut, 2013)

Uit een vergelijking van de huidige situatie, de literatuurstudie, eigen ervaring en de ervaringen van vaktherapeuten en behandelaren blijkt dat er momenteel niet geheel volgens de visie en methodiek van sociotherapie wordt gewerkt binnen de FPA. Vanuit de FPA kwam de vraag om te kijken naar hoe sociotherapie binnen de afdeling vormgegeven kan worden. Dit zou zorgen voor een betere kwaliteit en effectiviteit van zorg.

Voorafgaand aan dit praktijkonderzoek is er een literatuurstudie ('Sociotherapie, wat is dat?', 2014) gedaan naar wat sociotherapie inhoudt (bijlage 1). Hieruit kwam naar voren dat sociotherapie wordt gezien als een vorm van methodisch werken. Om vorm te geven aan methodisch werken is er een totaalplaatje van visie, methode en organisatie (randvoorwaarden) nodig waarover een afdeling beschikt. Deze drie elementen staan met elkaar in verbinding en houden elkaar in balans. Wanneer de aandacht op één element verzwakt heeft dit effect op de andere twee en andersom. Middels de literatuurstudie is als het ware een wenselijke situatie geschetst.

In opdracht van de FPA is er vervolgens onderzoek gedaan in de praktijk naar welke aspecten van sociotherapie al aanwezig zijn binnen de FPA en wat er nog verbeterd kan worden. In overleg met de opdrachtgever is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: *"Welke aspecten van sociotherapie, zoals beschreven in de literatuurstudie ('Sociotherapie, wat is dat?', 2014), zijn aanwezig binnen de Forensische Psychiatrie Afdeling (FPA) van het Vincent van Gogh Instituut (VVGI) en welke voorstellen kunnen er gedaan worden ter verbetering?"*

Bij dit onderzoek is gekozen voor zowel een kwantitatieve survey als een kwalitatieve survey. De data van dit onderzoek is verkregen doormiddel van twee meetinstrumenten, namelijk een 10 puntsschaal t.b.v. het meten van de motivatie en individuele topic interviews. Deze interviews zijn volledig teruggeluisterd, gelabeld en geordend middels een labelstructuur met de kernthema's visie, methode en organisatie (randvoorwaarden). Vanuit deze ordening zijn de resultaten beschreven.

Na een vergelijking, tussen de uit de literatuurstudie naar voren gekomen wenselijke situatie en de resultaten uit dit praktijkonderzoek, kan geconcludeerd worden dat een visie m.b.t. sociotherapie ontbreekt binnen de FPA. Daarnaast worden interventies niet bewust te ingezet. Interventies blijken afhankelijk te zijn van de situatie en degene die werkt en worden niet vanuit een bepaalde visie ingezet. De huidige interventies komen hierdoor niet tot hun recht. Verder blijken er enkele randvoorwaarden aanwezig te zijn om sociotherapie te realiseren binnen de FPA zoals de ruimte voor scholing, financieel en qua tijdsinvestering. Echter zijn ook binnen het element 'randvoorwaarden' nog verbeterpunten te benoemen.

Tenslotte zijn er aanbevelingen beschreven voor het multidisciplinaire team van de FPA. Deze aanbevelingen richten zich op verbeterpunten binnen de elementen visie, methode en randvoorwaarden. Het implementatieplan maakt duidelijk hoe de verbeteringen aangepakt zouden kunnen worden.

Inhoudsopgave:

Hoofdstuk 1: Inleiding	5
1.1 Introductie	5
1.2 Leeswijzer.....	7
Hoofdstuk 2: Methode.....	8
2.1 Onderzoeksopzet deelvraag 1	8
2.2 Onderzoeksopzet deelvragen 2 t/m 6	9
Hoofdstuk 3: Resultaten	12
3.1 Deelvraag 1	12
3.2 Deelvraag 2	13
3.3 Deelvraag 3	17
3.4 Deelvraag 4	18
3.5 Deelvraag 5	18
3.6 Deelvraag 6	21
Hoofdstuk 4: Conclusie en Discussie.....	23
4.1 Eindconclusie	23
4.2 Discussie.....	25
Hoofdstuk 5: Implementatieplan.....	28
5.1 Implementatie en evaluatie.....	28
5.2.1 Het GPS model: stap voor stap	29
Bibliografie	41
Bijlage 1: Literatuuronderzoek	45
Bijlage 2: Topic Lijst.....	77
Bijlage 3: Samenvattingen interviews.....	78
Bijlage 4: Standaard labelstructuur	89
Bijlage 5: Codeboom Ervaring.....	97
Bijlage 6: Codeboom Kennis	101
Bijlage 7: Waardeverhelderingsoefening.....	105
Bijlage 8: CAI meting	106
Bijlage 9: CCI meting	118

Hoofdstuk 1: Inleiding

In dit hoofdstuk is een introductie op het praktijkonderzoek beschreven. Hierin wordt de aanleiding, het belang van het onderzoek, de probleemstelling met de bijbehorende deelvragen en de doelstelling beschreven. Tevens wordt er ingegaan op de context van de instelling waar het onderzoek heeft plaatsgevonden. Ten slotte volgt een leeswijzer voor de rest van het onderzoeksverslag.

1.1 Introductie

Uit de literatuurstudie (bijlage 1) komt naar voren dat Nederland in 2011 voor de tweede keer in een korte tijd in een recessie belandde. Het kabinet heeft forse bezuinigingen en inkomstenverhogende maatregelen ingevoerd. Ook voor de zorg heeft dit grote gevolgen. In 2013 bedraagt de bezuiniging in de zorg 1,4 miljard euro (Rijksoverheid, 2013). Om de zorg ook in de toekomst voor iedereen betaalbaar, bereikbaar en kwalitatief goed te houden, moet het beschikbare geld zo goed mogelijk worden besteed. Door gereguleerde marktwerking in de zorg wil de overheid een beter systeem van gezondheidszorg bereiken dat stimuleert tot verhoogde efficiëntie en leidt tot betere kwaliteit, toegankelijkheid en transparantie (Nederlandse Zorgautoriteit, 2013). Een onderdeel van gereguleerde marktwerking is de prestatiebekostiging. Prestatiebekostiging wil zeggen dat zorgaanbieders voor elke geleverde zorgprestatie apart betaald krijgen, in plaats van dat zij per jaar één vast budget hebben voor het leveren van zorg. Naast de gereguleerde marktwerking zorgt ook een andere factor voor het verhogen van de kwaliteit van de zorg. Dit is de ontwikkeling van de verpleegkundige beroepsgroep, waarvan ze vroeger dachten dat alle vrouwen dit ‘van nature’ lijken te kunnen (Nistelrooy, 2012) tot een beroep met een hoge mate van professionaliteit (V&VN, 2012). Door de ontwikkeling van professionaliteit zijn er gedragsnormen geformuleerd, welke zorgen voor een verhoging van de kwaliteit van de zorg. Deze gedragsnormen zijn verwoord in de Nationale Beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden (V&VN, 2013). In de beroepscode staat onder andere beschreven dat een verpleegkundige ervoor zorgt dat zijn zorgverlening aansluit bij de actuele wetenschappelijke, beroepsmatige en maatschappelijke ontwikkelingen. Ook ondersteunt en initieert een verpleegkundige in activiteiten ter bevordering van de kwaliteit van zorg en de ontwikkeling van het beroep.

Het expertisecentrum voor forensische psychiatrie (EFP) hanteert de hierboven beschreven gedragsnormen bij het schrijven van een landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten. Het betreft een gemeenschappelijk kader voor organisaties, professionals en patiënten, gebaseerd op de beschikbare wetenschappelijke en professionele kennis. Door het ontwikkelen en uitvoeren van dit zorgprogramma wordt bijgedragen aan de kwaliteitsverbetering in de zorg. Het forensisch psychiatrisch zorgprogramma is een samenhangend behandelaanbod om delict risico's te verkleinen. Het biedt hiertoe een overzicht van het optimale zorgaanbod voor de desbetreffende forensisch psychiatrische doelgroep. Een onderdeel van dit zorgaanbod dient volgens het EFP sociotherapie te zijn (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2013). De Forensische Psychiatrie Afdeling (FPA), een afdeling binnen het Vincent van Gogh Instituut voor Geestelijke Gezondheidszorg, heeft ook een concept zorgprogramma geschreven. Dit document dient als basis voor de inrichting en uitvoering van het behandelklimaat op de FPA. Hiermee sluit het aan bij het EFP en de beroepscode en tevens bij de visie van het instituut. Het Vincent van Gogh Instituut heeft in hun visie geformuleerd dat ze zo kwalitatief en effectief mogelijke zorg willen leveren. Er wordt gewerkt vanuit het concept van vraag gestuurde zorg, waarin de cliënt het voortouw neemt en de professional en de organisatie volgend zijn. Zorglijnen en zorgprogrammering vormen de pijlers voor de organisatie van de hulpverlening (Vincent van

Gogh Instituut, 2013). Het Vincent van Gogh Instituut spreekt de intentie uit om zorg en behandeling te bieden tegen lagere kosten door het verbeteren van de kwaliteit, het stroomlijnen van zorgprocessen en het combineren van hun kennis en kunde met ketenpartners (Vincent van Gogh Instituut, 2013).

In het concept zorgprogramma van de FPA wordt genoemd dat binnen de behandeling gebruik gemaakt wordt van sociotherapie (Vincent van Gogh Instituut, 2013). De Vereniging ter Bevordering Sociotherapie hanteert de volgende definitie voor het vak sociotherapie: *“Sociotherapie is het methodisch hanteren van het leefmilieu van een groep patiënten, gericht op de behandeldoelen van deze groep - opgevat als middel om de behandeldoelen van de individuele patiënt te bereiken - binnen een functionele eenheid van doorgaans intramurale behandelsituaties”* (Vereniging ter bevordering van Sociotherapie, 2005)

Uit een vergelijking van de huidige situatie, de literatuurstudie, eigen ervaring en de ervaringen van vaktherapeuten en behandelaren blijkt dat er momenteel niet geheel volgens de visie en methodiek van sociotherapie wordt gewerkt binnen de FPA. Sociotherapie wordt gezien als een vorm van methodisch werken. Om vorm te geven aan methodisch werken is er een totaalplaatje van visie, methode en organisatie (randvoorwaarden) nodig waarover een afdeling beschikt. Deze drie elementen staan met elkaar in verbinding en houden elkaar in balans. Wanneer de aandacht op één element verzwakt heeft dit effect op de andere twee en andersom. Het ontbreken van sociotherapie kan verschillende gevolgen hebben. Het leefmilieu van de cliënten wordt niet methodisch gehanteerd, waardoor dit aspect van de behandeling niet doelgericht, systematisch, procesmatig en bewust is. Hierdoor is het voor het multidisciplinaire team onduidelijk wat er verwacht wordt, er is geen duidelijk beeld van de visie en de werkzaamheden. De kans op fouten neemt toe omdat er geen grip is op wat er gebeurt en niet vooruit gekeken kan worden. Ook kan het handelen niet geëvalueerd worden waardoor het ook niet kan worden verbeterd (Bureau voor Toegepaste Sociale Gerontologie, 2013). De behandeling loopt niet in alle ‘lijnen’ door. Dit betekent dat er weinig continuïteit van zorg is vanuit de verschillende disciplines naar de cliënten toe. Weinig vaardigheden die in de therapie zijn geleerd worden geoefend op de afdeling, waardoor stagnering van de behandeling plaatsvindt (Klerks, Asdonck, & Bos, 2013). Volgens Brunt en Rask laten verschillende studies zien dat het sociotherapeutisch milieu een belangrijke factor is die het welzijn van de cliënt en de behandeluitkomsten beïnvloedt (Brunt & Rask, 2012).

Met de literatuurstudie is als het ware een wenselijke situatie geschetst. Om de sociotherapie op de afdeling te realiseren is het belangrijk om te achterhalen welke aspecten van sociotherapie al aanwezig zijn en welke er eventueel ontbreken of verbetering behoeven. Dit is tevens de doelstelling van het praktijkonderzoek. Hiervoor is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

“Welke aspecten van sociotherapie, zoals beschreven in de literatuurstudie (‘Sociotherapie, wat is dat?’, 2014), zijn aanwezig binnen de Forensische Psychiatrie Afdeling (FPA) van het Vincent van Gogh Instituut (VVGI) en welke voorstellen kunnen er gedaan worden ter verbetering?”

Om deze onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

“Is het multidisciplinaire team van de FPA gemotiveerd om te participeren in de realisatie van sociotherapie?”

“Welke kennis heeft het multidisciplinaire team van sociotherapie?”

“Wordt het huidige leefmilieu op de FPA als sociotherapeutisch ervaren door het multidisciplinair team?”

“Is er een visie met betrekking tot sociotherapie en hoe wordt deze verwoord en gehanteerd door het multidisciplinaire team? Is iedereen het eens met deze visie? Leeft deze visie binnen het multidisciplinaire team?”

“Welke randvoorwaarden die nodig zijn voor sociotherapie zijn er aanwezig binnen de FPA en welke ontbreken er?”

“Welke methoden en interventies met betrekking tot sociotherapie worden er door het multidisciplinaire team ingezet binnen de FPA?”

1.2 Leeswijzer

Na dit eerste hoofdstuk waarin een introductie wordt gegeven over het praktijkonderzoek, wordt in hoofdstuk 2 de onderzoeksmethode beschreven. Er zal worden ingegaan op de wijze waarop het onderzoek is uitgevoerd. Per deelvraag wordt de onderzoeksbenadering beschreven en de dataverzamelingstechnieken. In hoofdstuk 3 worden de resultaten uit het onderzoek getoond waaruit in hoofdstuk 4 conclusies worden getrokken en worden de sterke en minder sterke punten van dit onderzoek ter discussie gesteld. Tenslotte worden in hoofdstuk 5 de aanbevelingen en het implementatie plan beschreven.

Hoofdstuk 2: Methode

In dit hoofdstuk wordt de volledige methodologie beschreven. Allereerst wordt de centrale onderzoeksvraag en daarbij behorende deelvragen beschreven. Om te kunnen beginnen met het beantwoorden van de deelvragen moet het duidelijk zijn op welke manier elke vraag onderzocht is en waarom. Per deelvraag wordt dit uiteengezet. Er wordt ingegaan op de onderzoeksbenadering, de dataverzamelingstechnieken, de onderzoekspopulatie en de data-analyse. Verder wordt er beschreven hoe de kwaliteit van het onderzoek wordt gewaarborgd.

Onderzoeksvraag:

“Welke aspecten van sociotherapie, zoals beschreven in de literatuurstudie (‘Sociotherapie, wat is dat?’, 2014), zijn aanwezig binnen de Forensische Psychiatrie Afdeling (FPA) van het Vincent van Gogh Instituut (VVGI) en welke voorstellen kunnen er gedaan worden ter verbetering?”

Deelvragen:

1. “Is het multidisciplinaire team van de FPA gemotiveerd om te participeren in de realisatie van sociotherapie?”
2. “Welke ervaringskennis heeft het multidisciplinaire team van sociotherapie?”
3. “Wordt het huidige leefmilieu op de FPA als sociotherapeutisch ervaren door het multidisciplinair team?”
4. “Is er een visie met betrekking tot sociotherapie en hoe wordt deze verwoord en gehanteerd door het multidisciplinaire team? Is iedereen het eens met deze visie? Leeft deze visie binnen het multidisciplinaire team?”
5. “Welke randvoorwaarden die nodig zijn voor sociotherapie zijn er aanwezig binnen de FPA en welke ontbreken er?”
6. “Welke methoden en interventies met betrekking tot sociotherapie worden er door het multidisciplinaire team ingezet binnen de FPA?”

Deelvragen 1 t/m 3 worden onderzocht door Chantal Wilms en deelvragen 2 t/m 6 worden onderzocht door Sandra Coolen. Beiden zullen voor iedere deelvraag een volledige onderzoekscyclus doorlopen. Bepaalde deelvragen zullen gezamenlijk door middel van één meetinstrument worden onderzocht.

2.1 Onderzoeksopzet deelvraag 1

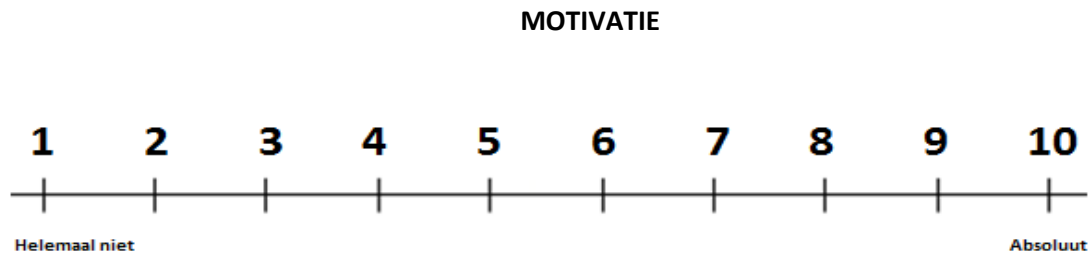
De deelvraag *“Is het multidisciplinaire team van de FPA gemotiveerd om te participeren in de realisatie van sociotherapie?”* wordt onderzocht door middel van een kwantitatief beschrijvend onderzoek, een eenmalige kwantitatieve survey (Baarda & Goede, 2006).

Het doel van de deelvraag is het verkrijgen van een indruk van de motivatie waarbij het niet gaat om een exacte meting. De motivatie kan door de leden zelf worden beoordeeld waardoor er gebruik wordt gemaakt van een zelfbeoordelingsinstrument.

Bij de meting wordt gebruik gemaakt van een 10-puntsschaal. Hiermee kan gescoord kan worden door middel van de cijfers 1 t/m 10 (figuur 1). De gekozen meetschaal is algemeen bekend in Nederland (Kuhlemeijer, 2004), waardoor de leden beter kunnen inschatten welk cijfer ze moeten kiezen. Dit verhoogt de validiteit van het instrument. De gegevens die middels deze meting worden verkregen, de motivatie uitgedrukt in een cijfer, zijn op rationiveau. Er is een vast nulpunt en er is een vaste afstand tussen de cijfers.

Het gekozen meetinstrument is goed toepasbaar binnen de kaders van dit onderzoek omdat het snel en gemakkelijk in gebruik is (Baarda & Goede, 2006). De onderzoekspopulatie betreft het

multidisciplinaire team van de FPA van het Vincent van Gogh Instituut. Er wordt een selecte steekproef getrokken uit deze onderzoekspopulatie die is gebaseerd op de aanwezigheid van de leden tijdens een bijeenkomst voor het gehele multidisciplinaire team op 20 februari 2014. De meting zal tijdens deze bijeenkomst gehouden onder de aanwezigen. Hier zal de vraag worden gesteld: “Welk cijfer kent u toe aan uw motivatie voor het participeren in de realisatie van sociotherapie, waarbij 1 helemaal niet gemotiveerd is en 10 staat voor absoluut gemotiveerd?”



Figuur 1

2.2 Onderzoeksopzet deelvragen 2 t/m 6

De overige deelvragen worden gezamenlijk onderzocht:

- “Welke ervaringskennis heeft het multidisciplinaire team van sociotherapie?”
- “Wordt het huidige leefmilieu op de FPA als sociotherapeutisch ervaren door het multidisciplinair team?”
- “Is er een visie met betrekking tot sociotherapie en hoe wordt deze verwoord en gehanteerd door het multidisciplinaire team? Is iedereen het eens met deze visie? Leeft deze visie binnen het multidisciplinaire team?”
- “Welke randvoorwaarden die nodig zijn voor sociotherapie zijn er aanwezig binnen de FPA en welke ontbreken er?”
- “Welke methoden en interventies met betrekking tot sociotherapie worden er door het multidisciplinaire team ingezet binnen de FPA?”

Deze deelvragen worden onderzocht door middel van één onderzoek. Omdat er kwalitatieve gegevens worden onderzocht wordt er gebruik gemaakt van een kwalitatief beschrijvende onderzoeksmethode (kwalitatief beschrijvend dwarsdoorsnede onderzoek), een eenmalige kwalitatieve survey (Baarda, Goede, & Teunissen, 2005). Het doel van deze deelvragen is het verkrijgen van inzicht in de huidige situatie op de FPA met betrekking tot sociotherapie. Er wordt informatie verzameld over wat het multidisciplinaire team van de FPA ervaart van (de aspecten van) sociotherapie op de FPA. Dit wordt gedaan middels een individueel topic interview. Door de open bevragsingsmethode wordt de kennis van de geïnterviewde inzichtelijk gemaakt. Wanneer de geïnterviewde uit zichzelf over een aspect begint, betekent dit dat diegene zelf over deze kennis beschikt. Door vervolgens door te vragen op topics worden ook de aspecten naar voren gekomen die niet meteen door de ondervraagde zijn benoemd, maar welke ze misschien wel binnen de afdeling ervaren (Baarda, Goede, & Teunissen, 2005).

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit het multidisciplinair team van de FPA van het Vincent van Gogh Instituut. Het team bestaat uit 4 behandelaren (psychologen en psychiater), 10

sociotherapeuten (begeleiders en verpleegkundigen), een leidinggevende en 4 overige disciplines (vaktherapeuten, maatschappelijk werk en huishoudelijke dienst). Van deze verschillende groepen zal de helft van de leden geïnterviewd worden. De selectie vindt plaats op basis van aanwezigheid op de dagen van het onderzoek. De gesprekken zullen worden geanalyseerd waarna er wordt beoordeeld of er sprake is van theoretische saturatie. Zo niet, dan vinden er meer interviews plaats (telkens 1 lid van elke groep) tot saturatie bereikt wordt (Baarda, Goede, & Teunissen, 2005).

Dataverzameling

Door de uitvoer van de literatuurstudie (bijlage 1) is het onderwerp sociotherapie gedefinieerd en zijn de aspecten van sociotherapie bepaald. Deze aspecten zijn: visie, interventies, randvoorwaarden en het leefklimaat op een afdeling. De topics worden gebaseerd op deze aspecten en de subtopics worden bepaald op basis van de uitleg van de aspecten in de literatuur (Baarda, Goede, & Teunissen, 2005). De topiclijst (bijlage 2) zal door experts, de auteurs van 'Handboek Sociotherapie', worden beoordelen op volledigheid, ten behoeve van de face validiteit (indruksvaliditeit).

Er zal een proefinterview ingezet worden met een lid van het multidisciplinaire team van de FPA om de volledigheid van de topiclijst te checken en een tijdsindicatie van het interview te krijgen (Baarda, Goede, & Teunissen, 2005). Alle medewerkers van de FPA worden door middel van een bijeenkomst ingelicht over het onderzoek en diegene die geïnterviewd zullen worden, worden per email of telefoon uitgenodigd. Aan de geïnterviewden zal worden gevraagd of ze toestemming willen geven voor het meenemen van hun aandeel in het onderzoek en de opname van het interview middels geluidopnameapparatuur. Alle gegeven informatie wordt vertrouwelijk behandeld en de namen van de geïnterviewden worden niet genoemd in het product.

Bij de uitvoer van het interview zal worden gestart met een introductie van het onderzoek. Vervolgens zal er informatie gegeven worden over het verloop van het interview. Daarna wordt er een vooraf geformuleerde, brede openingsvraag gesteld die de geïnterviewde uitdaagt om zijn kennis en mening te delen (Baarda B. , 2009). De belangrijkste interviewvaardigheden voor dit interview zijn 'open vragen stellen' en 'bracketing'. Bracketing betekent dat de onderzoeker in staat is zijn eigen kennis/visie met betrekking tot het onderwerp op het moment van interviewen tijdelijk te 'vergeten' (Baarda, Goede, & Teunissen, 2005). Dit wordt gedaan door suggestieve vragen te vermijden en zo min mogelijk sturing te geven aan het gesprek. Het interview wordt door twee onderzoekers afgenomen, waarbij er een de vragen stelt en de andere de opname apparatuur zal bedienen en let op de congruentie tussen de gegeven antwoorden en de non-verbale houding van de geïnterviewde (Baarda & Hulst, 2012).

Analyse van data

De interviews zullen volledig worden teruggeluisterd en vervolgens worden ontleed in labels (codes). Deze labels worden verzameld en gestructureerd in een standaard labelstructuur (bijlage 4). Vervolgens worden de labels onderverdeeld in thema's, waarna de thema's weer worden onderverdeeld in kernthema's (Baarda, Goede, & Teunissen, 2005). Deze worden verwerkt in twee codebomen (bijlage 5 en 6). Aan de hand van deze verdeling worden de resultaten en de conclusie per thema beschreven.

Validiteit en betrouwbaarheid

Bij validiteit (geldigheid) gaat het om de vraag in hoeverre de onderzoeksbevindingen een goede weergave vormen van datgene wat er in werkelijkheid afspeelt (Baarda, Goede, & Teunissen, 2005). Guba en Lincoln hebben criteria voor het evalueren van de betrouwbaarheid en validiteit

geïntroduceerd (trustworthiness): Geloofwaardigheid (interne validiteit), Overdraagbaarheid (externe validiteit), Betrouwbaarheid en objectiviteit (confirmability) (Guba & Lincoln, 1985)

De 'geloofwaardigheid' (interne validiteit) wordt gegarandeerd door voor de juiste onderzoekszet te kiezen en deze keuzes te verantwoorden. De geldigheid zal worden vergroot door de topiclijst te laten beoordelen door experts. Triangulatie is daarnaast ook een techniek om de 'geloofwaardigheid' te toetsen (Guba & Lincoln, 1985). Gezien de beschikbare tijd is hier echter niet voor gekozen.

Van ieder interview wordt een samenvatting geschreven omdat het gezien het tijdgebrek niet mogelijk is om alle interviews te transcriberen (letterlijk uit te schrijven). De samenvattingen (bijlage 3) worden ten behoeve van member-checking aan de geïnterviewde voorgelegd. Dit voorkomt interpretatiefouten van de onderzoekers en vergroot de verifieerbaarheid van het onderzoek en wordt de 'geloofwaardigheid' vastgesteld. (Baarda, Goede en Teunissen, 2005; Guba & Lincoln, 1985).

De 'overdraagbaarheid' (externe validiteit) kan moeilijk worden gegarandeerd, omdat het onderzoek gericht is op een zeer specifieke doelgroep, het multidisciplinaire team van de FPA van het Vincent van Gogh Instituut. De resultaten van het onderzoek zijn niet valide te gebruiken in andere settings omdat het zich specifiek richt op de FPA van het Vincent van Gogh Instituut. Echter zou de onderzoekszet wel gebruikt kunnen worden als leidraad bij andere onderzoeken rondom sociotherapie binnen een (forensische) psychiatrieafdeling.

'Betrouwbaarheid' is de mate waarin metingen onafhankelijk zijn van toeval en kunnen worden herhaald. Onderzoeksconclusies van kwalitatief onderzoek moeten controleerbaar en inzichtelijk zijn (Baarda, Goede, & Teunissen, 2005). De keuzes voor de situatie, locatie, respondenten en informanten worden verantwoord. De betrouwbaarheid van het afnemen van de interviews wordt vergroot doordat de interviewer 'bracketing' zal toepassen. De analyse van de gegevens wordt betrouwbaar doordat de interviews waren opgenomen middels geluidsopnameapparatuur en 20% (Stockmann, 2014) wordt verbatim getranscribeerd (volledig uitgeschreven).

In het kader van de objectiviteit (confirmability) is het belangrijk om vast te stellen in hoeverre de gevonden resultaten afhankelijk zijn van de persoon van de onderzoeker (intersubjectiviteit) (Guba & Lincoln, 1985). Deze intersubjectiviteit is het beste te onderzoeken door alle interviews te laten labelen met de labelstructuur van de onderzoeker die de labelstructuur heeft gemaakt op basis van alle interviews (Baarda, Goede, & Teunissen, 2005). Door de interviews na te labelen door de tweede onderzoeker wordt gecontroleerd of er eenzelfde indeling uitkomt. Waar het nodig is, zal er overleg plaatsvinden, gemeenschappelijke oplossingen worden gezocht en zal eventueel de labelstructuur worden aangepast. Hiermee zal worden doorgegaan totdat de tweede onderzoeker op dezelfde labelstructuur uitkomt. De objectiviteit van het onderzoek zal op deze manier gewaarborgd worden.

Hoofdstuk 3: Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven per deelvraag. Na deze uitwerking van het resultaat volgt een deelconclusie.

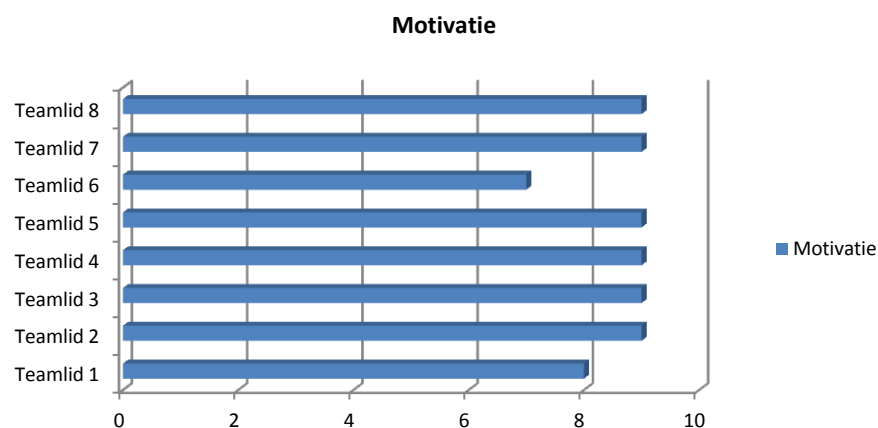
De eerste deelvraag is onderzocht door middel van een kwantitatief beschrijvend onderzoek, een eenmalige kwantitatieve survey. Er is gebruik gemaakt van een zelfbeoordelingsinstrument, de 10-puntsschaal. De aanwezige leden van het multidisciplinaire team tijdens de bijeenkomst op 20 februari 2014 hebben hun beoordeling gegeven. Er waren acht teamleden aanwezig.

De overige deelvragen zijn gezamenlijk onderzocht door middel van een eenmalige kwalitatieve survey. Er is informatie verzameld over welke ervaringskennis het multidisciplinaire team van de FPA heeft over sociotherapie en wat het team ervaart van (de aspecten van) sociotherapie op de FPA. Er is gebruik gemaakt van een individueel topic interview. De topiclijst voor het interview zou worden gecheckt door experts. Dit is echter wegens tijdgebrek en het ontbreken van een reactie niet gelukt.

De helft van de leden van verschillende disciplines zijn geïnterviewd. In totaal zijn er tien interviews afgenomen. Na deze tien interviews was er sprake van theoretische saturatie. Hierna hebben er geen interviews meer plaats gevonden. De interviews zijn volledig teruggeluisterd en vervolgens ontleed in labels (codes). Deze labels zijn verzameld en gestructureerd in een standaard labelstructuur (bijlage 4). Vervolgens zijn de labels onderverdeeld in thema's, waarna de thema's weer zijn onderverdeeld in kernthema's. Aan de hand van deze ordening zijn de resultaten en conclusies beschreven. Na het luisteren van de interviews zijn er samenvattingen geschreven t.b.v. een membercheck. Deze samenvattingen zijn aan de geïnterviewden gegeven om te controleren of er geen verkeerde interpretaties zijn gedaan. Er is een herinnering gestuurd naar 4 teamleden om een bevestiging of aanpassing te sturen. Uiteindelijk hebben er 2 teamleden niet gereageerd op de membercheck.

3.1 Deelvraag 1: "Is het multidisciplinaire team van de FPA gemotiveerd om te participeren in de realisatie van sociotherapie?"

Door middel van een kwantitatief beschrijvend onderzoek, een eenmalige kwantitatieve survey (Baarda & Goede, 2006), waarbij een meting is gedaan met een 10-puntsschaal, zijn de volgende resultaten naar voren gekomen (figuur 2):



Figuur 2

In de grafiek is te zien dat de meerderheid van de aanwezigen hun motivatie weergeven met het cijfer 9. Eén teamlid scoort de motivatie met een 7 en één teamlid met een 8. Dit geeft een gemiddelde van 8,6.

Naast de resultaten uit deze eenmalige kwantitatieve survey, zijn er ook resultaten naar voren gekomen m.b.t. de motivatie van de teamleden, om te participeren in de realisatie van sociotherapie, uit de interviews die gehouden zijn voor de overige deelvragen. Uit de interviews komt naar voren dat er verschillende meningen zijn m.b.t. de aanwezigheid van motivatie van de teamleden om te participeren in de realisatie van sociotherapie.

Deelconclusie:

Vanuit de meting die gedaan is kan geconcludeerd worden dat de teamleden die aanwezig waren ruim voldoende gemotiveerd zijn om te gaan participeren in de realisatie van sociotherapie. Echter zijn niet alle teamleden hierbij aanwezig geweest, dus kan er geen volledige conclusie worden getrokken. Vanuit de interviews kan geconcludeerd worden dat er twijfel is over de motivatie van de teamleden.

Naar aanleiding van de vraag over welke randvoorwaarden zijn er nodig voor sociotherapie zegt een sociotherapeut:

“... dat je personeel moet hebben die daar achter gaan staan... en dat hebben we op dit moment onvoldoende.”

Citaat sociotherapeut:

“Motivatatie van het team, dat is er wel. En weet je, als het er niet is, dan heb je hier niets te zoeken.”

Voor de uitwerking van deelvraag 2 t/m 6 zijn tien leden van het multidisciplinaire team door middel van een interview bevraagd op hun kennis over sociotherapie. Zie voor de alle uitgewerkte samenvattingen van de interviews, bijlage 3. Hieronder volgt een beschrijving van de ervaringskennis over sociotherapie en de ervaring met sociotherapie binnen de FPA, die uit de interviews naar voren is gekomen.

3.2 Deelvraag 2: “Welke ervaringskennis heeft het multidisciplinaire team van sociotherapie?”

Visie

Het merendeel van de geïnterviewden benoemd dat er binnen een afdeling een eenduidige visie over sociotherapie aanwezig moet zijn welke uitgedragen wordt door het multidisciplinair team. Om sociotherapie te realiseren moet er volgens de geïnterviewden ook motivatie zijn om op een sociotherapeutische manier te werken en dus eventueel van werkstijl te moeten veranderen.

Citaat leidinggevende:

“Het is iets wat tussen de oren moet gaan zitten...”

Sociotherapie past binnen een behandelklimaat en zou sprake moet zijn van het realiseren van een therapeutisch leefmilieu. Er wordt echter ook door een geïnterviewde benoemd dat het leefmilieu juist niet klinisch maar 'normaal' vormgegeven dient te worden. Het leefmilieu is een 'samenleving in het klein', en sociotherapie wordt beoefend in de alledaagse situaties op een afdeling.

Het doel van sociotherapie is heel divers en betreft onder andere het ontdekken van mogelijkheden en beperkingen van de cliënt, inzichten creëren, het vasthouden van de vaardigheden, leren van elkaar en is een voorbereiding op de terugkeer in de maatschappij.

De visie van sociotherapie richt zich volgens een groter deel van de geïnterviewden op de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt, empowerment en de dingen samen met de cliënt doen. Het is het tegenovergestelde van beheersmatig werken. Ook benoemd een deel dat de sociotherapeut een voorbeeldfunctie heeft voor de cliënten. Hij is degene die het therapeutisch leefmilieu aanstuurt. Sociotherapie is een manier van bejegenen en is gericht op de onderlinge bejegening en communicatie van de cliënten. Sociotherapie is doelgericht, er dient bewust te worden gehandeld en is behandeling breed. Enkele geïnterviewden benoemen expliciet dat het iets is wat door het gehele multidisciplinaire team uitgeoefend wordt. De meningen van de geïnterviewden verschillen als het erover gaat of het tot stand komen van een therapeutisch leefklimaat afhankelijk is van de samenstelling van de cliënten groep.

Methode (interventies)

De interventies die vanuit sociotherapie ingezet worden kunnen zowel individueel als op de groep gericht zijn. Iedere cliënt heeft een individueel behandelproces en de persoonlijk begeleider speelt volgens een geïnterviewde een grote rol in de behandeling van deze individuele cliënt. Volgens andere geïnterviewden is dit echter niet wenselijk. Een groot deel van de geïnterviewden benoemd dat het belangrijk is dat de sociotherapeut intervenueert op basis van wat hij observeert op de groep.

Er zijn veel methoden / interventies mogelijk binnen sociotherapie en motiverende gespreksvoering. De themabespreking, libermann training en sociale vaardigheden zijn het meest genoemd door de geïnterviewden. Daarnaast worden ook de huiskamerbespreking, dagopening- en sluiting, gedragstherapie, schematherapie, VERS training, terugvalpreventie, assertiviteitstraining, traumabehandeling, dagbesteding en sport genoemd. Het lijkt een geïnterviewde verstandig om de interventies intern en extern aan te bieden. Er wordt ook de Gordon methode genoemd maar hiervan zegt de geïnterviewde dat deze methode niet binnen sociotherapie past.

Er dienen voldoende mogelijkheden tot het volgen van vak therapieën te zijn zoals PMT, beeldende therapie, muziektherapie en agressiehantering. De meeste geïnterviewden benoemen dat het belangrijk is dat de sociotherapeut aanwezig is in de leefgroep en op deze manier als een stabiele factor dient. Ook is het belangrijk dat er veel interactie is tussen de cliënt en de leden van het multidisciplinair team, de sociotherapeut activiteiten onderneemt met de cliënten en leer- en oefensituaties creëert. Daarnaast benoemt een geïnterviewde dat de sociotherapeut informatief moet zijn.

Citaat overige discipline:

"Meer naar de cliënt gaan luisteren. En niet zo van zo moet het. Ik vind dat zo of wij met het team vinden dat het zo moet. Nee, misschien vindt de cliënt wel dat het helemaal anders moet in zijn ogen en dan wil dat niet zeggen dat je het zo moet gaan doen, maar daar moet je het dan wel meer over hebben. Niet zo star..."

Organisatie (randvoorwaarden)

Om sociotherapie vorm te kunnen geven zijn er randvoorwaarden waar aan voldaan moet worden. Een van die randvoorwaarden is kennis. Volgens de geïnterviewden moet er kennis zijn bij de sociotherapeuten over sociotherapie, (forensische) psychiatrie, groepsdynamica, agressie- en emotieregulatie, motiverende gespreksvoering en over de aanwezige vaktherapieën en methodieken. Daarnaast moet de sociotherapeut ook over algemene competenties van werken met de doelgroep en sociotherapie beschikken. Concrete competenties zijn stevig in de schoenen staan, hbo-denkniveau, verbanden kunnen leggen en volgens de meeste geïnterviewden open kunnen staan voor ideeën van een ander.

Een andere randvoorwaarde is de aanwezigheid van overlegvormen. Als overlegvormen worden genoemd: het multidisciplinair overleg (MDO), de behandelplanbespreking (BP), de behandelevaluatie (BE), het werkoverleg, de casusbespreking, de overdracht en het overleg met de dag coördinator. Meerdere geïnterviewden vinden overleg in het algemeen belangrijk bij sociotherapie en specifiek ook het multidisciplinair overleg over de werkwijze en de visie en het behandelinhoudelijk overleg. Interactie binnen het multidisciplinair team wordt sowieso door de meerderheid van de geïnterviewden belangrijk gevonden. Als het over communicatie gaat worden ook open communicatie, respect, normen en waarden genoemd.

Citaat sociotherapeut n.a.v. de vraag over de inhoud van een werkoverleg:

“Nou, de dingen die er op dit moment spelen natuurlijk. Mededelingen... in het team... op de groep... ehm.. een stukje cliëntoverleg, de casus die op dat moment gewoon aandacht vraagt. Ja een stukje intervisie denk ik...”

Ook is de veiligheid binnen een team een belangrijke randvoorwaarde. Hiervoor is het nodig om feedback te kunnen geven en ontvangen, en je kwetsbaar op te kunnen stellen. Daarnaast zijn ook wederzijds vertrouwen en rust van belang. Ook dient er veiligheid in het leefmilieu te zijn. Dit lijkt, volgens een geïnterviewde, afhankelijk van de aanwezige cliënten groep. Ook de onderlinge betrokkenheid in het leefmilieu is hiervan afhankelijk. Naast deze betrokkenheid dient de cliënt ook betrokken te zijn bij de behandeling en dient het multidisciplinair team betrokken te zijn bij de cliënt.

In de behandeling dient een rode draad aanwezig te zijn. Een deel van de geïnterviewden vindt het belangrijk dat er een transfer is tussen de training/therapie en de leefgroep. Hiervoor kunnen handvatten aangereikt worden door degene die de training/therapie geeft. Terugkoppeling van de inhoud van overleg, rapporteren, aanwezigheid bij (multidisciplinair) overleg, duidelijkheid en het naleven van afspraken zijn genoemd in combinatie met het aanwezig zijn van een rode draad in de behandeling.

Citaat overige discipline:

“Ik vind dat moet je veel meer met elkaar overleggen in het team. Of tijdens de overdracht.. maar nu blijven heel veel dingen liggen. Zo van de ene stoort zich eraan en daar moeten we het een keer over hebben en dan heb je vervolgens een werkbepreking en dan komt het gewoon niet op tafel . Gewoon niet omdat iemand dat niet wil, maar dan wordt het weer vergeten...”

Als het gaat over verantwoordelijkheden moet volgens de meerderheid van de geïnterviewden de sociotherapeut zelfstandig beslissingen kunnen maken. De taken en verantwoordelijkheden van alle leden van het multidisciplinair team moeten bekend en duidelijk zijn.

Een teamleider en een behandelinhoudelijk leider zijn volgens de geïnterviewden van belang bij sociotherapie. Daarnaast wordt er nog een leider binnen het team benoemd. De teamleider dient proactief te zijn, open te communiceren, gericht te zijn op randvoorwaarden, een visie uit te dragen, te coachen en de leiderschapsstijl af te stemmen op het team. Er wordt ook door een geïnterviewde gezegd dat het team en de leidinggevende elkaar nodig hebben voor, onder andere feedback. In het kader van leiderschap wordt ook een hiërarchische aansturing, geen autoritaire houding, zelfsturend team en bottom-up beslissingen genoemd.

Personele bezetting van sociotherapeuten, maar ook multidisciplinair, wordt gezien als een belangrijke voorwaarde voor sociotherapie. Andere randvoorwaarden die nog benoemd worden zijn tijd, geld, evaluatie, scholing, verschillende multifunctionele ruimtes in het gebouw, implementatie door middel van 'coaching on the job' en het aanstellen van aandacht functionarissen.

Deelconclusie:

Visie

Uit de interviews komt naar voren dat de meerderheid van het team ervan bewust is dat het belangrijk is dat er vanuit een eenduidige visie m.b.t. sociotherapie gewerkt wordt door het hele multidisciplinaire team. Er wordt gesproken over het creëren van een therapeutisch leefmilieu. Er is echter geen ervaringskennis aanwezig in het team over de verschillende types van therapeutische milieus die gecreëerd kunnen worden binnen een afdeling met hun eigen kenmerken en uitgangspunten. Dit is de theorie achter sociotherapie. De teamleden zijn bekend met de doelstellingen van sociotherapie, zoals het creëren van een milieu waarin de patiënt geactiveerd wordt en verantwoordelijkheden krijgt en hiermee de vaardigheden van de patiënt worden vergroot of worden behouden. Echter zijn ze zich onvoldoende bewust van het feit dat sociotherapie een belangrijke factor is die het welzijn van de patiënt en de behandeluitkomsten beïnvloedt.

Methode (Interventies)

Het valt op dat de ervaringskennis van de teamleden van het multidisciplinaire team m.b.t. tot de interventies van sociotherapie vooral gericht is op de uitvoering van het verpleegproces. Het gegeven dat sociotherapie een vorm van methodisch werken is, die begint bij de intake en doorloopt in de gehele behandeling, komt nauwelijks naar voren in de interviews. De teamleden zijn zich bewust van het feit dat de sociotherapeut een voorbeeldfunctie heeft en zelf onder andere het behandelinstrument is. De meningen zijn verdeeld over de rol van een persoonlijk begeleider. Uit de interviews komt naar voren dat de geïnterviewden kunnen benoemen welke therapieën en trainingen er aangeboden kunnen worden binnen sociotherapie. Echter de kennis over de inhoud van de therapieën en trainingen ontbreekt bij de meesten. Een groot deel van de geïnterviewden benoemt dat het belangrijk is dat de sociotherapeut intervenueert op basis van wat hij observeert op de groep, echter lijkt het alsof ze onvoldoende bewust zijn van het feit dat het niet draait om voorgeschreven interventies, maar om interventies die ingezet worden en te verantwoorden zijn vanuit een eenduidige visie.

Organisatie (randvoorwaarden)

De meerderheid van de geïnterviewden hebben kennis van de randvoorwaarden die nodig zijn om sociotherapie te kunnen creëren op een afdeling, zoals beschreven staat in het literatuuronderzoek (bijlage 1). Het uitdragen van een eenduidige visie op sociotherapie door het gehele behandelteam komt in de interviews nadrukkelijk naar voren.

3.3 Deelvraag 3: “Wordt het huidige leefmilieu op de FPA als sociotherapeutisch ervaren door het multidisciplinair team?”

Enkele geïnterviewden benoemen concreet dat het leefmilieu op de FPA niet sociotherapeutisch is. Bijna iedereen benoemd in het interview dat het sociotherapeutisch werken nog niet ten uitvoer wordt gebracht ondanks dat het gedachtegoed wel meer begint te leven onder de leden van het team van de FPA.

Citaat behandelaar:

“Ik heb echt het idee dat iedereen hier wel de kennis bezit, in ieder geval naar de patiënten toe... wat belangrijk is. Maar het uitdragen is een tweede waar ik vraagtekens bij heb...”

Daarbij wordt ook door de helft van de geïnterviewden benoemd dat de huidige benadering van de cliënten nog veelal beheersmatig is. Eén iemand benoemd dat het huidige leefmilieu ik-gericht is. Motiverende gespreksvoering wordt gezien als een methode wat erg goed bij sociotherapie aansluit. Door de meeste geïnterviewden wordt echter benoemd dat dit nu niet of nauwelijks gebeurt. Enkele zien dit toch wel gebeuren. De aanwezigheid van de sociotherapeut in de leefgroep wordt ook gezien als iets belangrijks binnen sociotherapie. Ondanks dat de sociotherapeut al meer in de groep is, benoemd een groot deel van de geïnterviewden dat dit toch nog te weinig gebeurt.

Citaat sociotherapeut:

“Het aanwezig zijn op de groep biedt de veiligheid voor de patiëntengroep.”

Het leefmilieu wordt nu door de geïnterviewden niet als veilig ervaren. Er wordt wel een betrokkenheid van het multidisciplinaire team naar de cliënt en tussen de cliënten onderling door meerdere geïnterviewden gezien. Een meerderheid van de geïnterviewden benoemt dat het leefmilieu binnen sociotherapie therapeutisch dient te zijn. Een manier die hiervoor benoemd word is een transfer van het geleerde uit de therapie en methodieken naar de leefgroep. De geïnterviewden die dit benoemen, zeggen tevens dat dit nu niet gebeurt.

Deelconclusie:

Uit de interviews komt naar voren dat het gedachtegoed van sociotherapeutisch werken in ontwikkeling is. De betrokkenheid van de sociotherapeut naar de cliënt wordt gezien door de geïnterviewden en de aanwezigheid van de sociotherapeut in de groep is redelijk. Er wordt door de geïnterviewden echter concreet benoemd dat het leefmilieu op de FPA nog niet therapeutisch is. Het leefmilieu is nog te beheersmatig en onveilig. Motiverende gespreksvoering en een transfer van het geleerde uit de therapie en methodieken naar de leefgroep zijn onvoldoende aanwezig.

3.4 Deelvraag 4: “Is er een visie met betrekking tot sociotherapie en hoe wordt deze verwoord en gehanteerd door het multidisciplinaire team? Is iedereen het eens met deze visie? Leeft deze visie binnen het multidisciplinaire team?”

De helft van de geïnterviewden zegt dat er geen visie m.b.t. sociotherapie is binnen de FPA. Een enkeling is van mening dat deze wel bekend is bij de leden van de FPA, maar niet ten uitvoer wordt gebracht. Daarnaast benoemen de meeste geïnterviewden dat er überhaupt geen eenduidige visie aanwezig is en dat er ook multidisciplinair geen eenduidige visie uitgedragen wordt. De geïnterviewden verschillen van mening als de vraag wordt gesteld in hoeverre sociotherapie multidisciplinair is.

Citaat overige discipline:

“Er is voor mijn gevoel geen visie op wat de FPA is.”

Citaat behandelaar:

“Ik denk dat het team op de afdeling de grootste spelers zijn in het sociotherapeutisch klimaat.”

De geïnterviewden benoemen gezamenlijk allerlei aspecten van wat de visie van sociotherapie zou moeten zijn. Dit is terug te lezen onder het kopje ‘visie’ in het resultaat van deelvraag 2. Hierin zijn de meningen van de geïnterviewden soms tegenstrijdig, maar er komt ook veel overeen. Sociotherapie begint volgens enkele geïnterviewden wat meer te leven bij de leden van het team. Dit wordt vooral gezien doordat de sociotherapeuten meer op de groep aanwezig zijn en dat er minder beheersmatig gewerkt wordt.

Deelconclusie:

Uit de interviews komt naar voren dat er geen visie met betrekking tot sociotherapie bekend is binnen de FPA. Hieruit volgt dat er geen visie is die eenduidig en multidisciplinair uitgedragen wordt. Sociotherapie begint wel wat te leven binnen de FPA, echter de verwoording van de visie van sociotherapie door de geïnterviewde is niet geheel eenduidig.

3.5 Deelvraag 5: “Welke randvoorwaarden die nodig zijn voor sociotherapie zijn er aanwezig binnen de FPA en welke ontbreken er?”

Kennis

Wanneer in de interviews gesproken wordt over ‘kennis’ als randvoorwaarde, wordt er gezegd dat er over bepaalde onderwerpen wel en over bepaalde onderwerpen weinig tot geen kennis is. Enkele geïnterviewden benoemen dat er kennis binnen het team van de FPA is over (forensische) psychiatrie, verslavingsproblematiek en groepsdynamica. Over de modules libermann en SOVA zijn de meningen verdeeld. Een meerderheid van de geïnterviewden geven aan dat kennis over sociotherapie en motiverende gespreksvoering tekortschiet.

Competenties

Door enkele wordt opgemerkt dat de competenties voor het werken met de doelgroep in het algemeen aanwezig zijn. Competenties voor het werken met sociotherapie worden echter maar door één geïnterviewde gezien. Specifieke competenties zoals feedback geven, kwetsbaar durven opstellen en open staan voor andere ideeën worden voornamelijk niet gezien binnen het team.

Citaat leidinggevende:

“Sociotherapie is nog geen denkwijze, nog geen visie. Mensen hebben de tools niet, mensen hebben de kennis onvoldoende. En vanuit behandel inhoudelijk oogpunt wordt het niet gedragen.”

Overlegvormen

Er worden door de geïnterviewden meerdere soorten overlegvormen gezien binnen de FPA, zoals het Multidisciplinair Overleg (MDO), de behandelplanbespreking (BP), de behandelplanevaluatie (BE), het werkoverleg, de overdracht en het overleg met de dag coördinator. Er wordt benoemd dat er over het algemeen te weinig (behandelinhoudelijk) overleg is. Intervisie en casusbesprekingen worden door meerdere geïnterviewden gemist. Het MDO wordt door enkelen onvoldoende effectief, te kort en niet doelgericht gevonden. De behandelplanevaluatie mist een goede planning en de cliënt mag er volgens een geïnterviewde meer bij betrokken worden in het kader van sociotherapie. Het werkoverleg is praktisch van aard, er komen belangrijke actualiteiten aan bod en er worden beslissingen genomen voor de leefgroep. Onderwerpen als samenwerking en werkwijze worden door sommigen gemist en de voorbereiding, voorzitter, frequentie en tijdsduur worden ook als onvoldoende betiteld. De overdracht is net als het MDO te kort en niet effectief genoeg.

Rode draad

Een ‘rode draad’ in de behandeling is er volgens de meeste geïnterviewden niet. Er wordt benoemd dat de terugkoppeling van de inhoud van een overleg niet goed is. Er blijven dingen liggen, er is te weinig duidelijkheid en er is te weinig aanwezigheid bij overleg. Ook is er te weinig transfer van het geleerde in de training/therapie naar de leefgroep. Als het in het interview gaat over verantwoordelijkheid dan benoemt de helft van de geïnterviewden het idee te hebben dat de taken en verantwoordelijkheden van de leden van het multidisciplinaire team van de FPA niet duidelijk en/of bekend zijn. Enkele geïnterviewden missen een eenduidigheid in het naleven van afspraken. Over de zelfstandigheid van de sociotherapeut zijn de meningen verdeeld. Enkelen vinden dat deze wel zelfstandig kan functioneren en anderen zeggen van niet.

Leiderschap

Het huidige leiderschap wordt voornamelijk als positief ervaren. De leidinggevende is gericht op het team en de randvoorwaarden. De aanwezigheid, open communicatie, gelijke bejegening, betrouwbaarheid, duidelijkheid, individuele begeleiding en het hebben van een visie wordt als positief gezien. Er wordt benoemd dat haar leiderschapsstijl situationeel en directief is. Één geïnterviewde benoemt dat de leidinggevende zelfstandigheid verwacht van het team terwijl een andere geïnterviewde benoemt dat het team leiding verwacht. Er wordt gezegd dat het huidige team niet zelfsturend is. Als negatief wordt benoemd dat de leidinggevende niet pro-actief is, geen zicht heeft op wat er op de werkvloer gebeurt, veel communiceert via de mail en haar takenpakket niet afbakent.

Communicatie

De communicatie binnen de FPA wordt door de geïnterviewden als onvoldoende ervaren. De communicatie van het team naar de cliënten is redelijk open. Echter deze openheid wordt niet ervaren in de interactie binnen het team zelf. Daarnaast wordt ook benoemd dat het team niet transparant is naar de leidinggevende. Volgens de geïnterviewden is er te weinig interactie binnen het gehele multidisciplinaire team.

Veiligheid en vertrouwen

Er wordt weinig veiligheid ervaren binnen de FPA. Een meerderheid benoemt dat er zowel binnen het team als in de leefgroep weinig veiligheid is. De veiligheid van het team is volgens enkele geïnterviewden afhankelijk van de persoon die werkzaam is.

Citaat behandelaar:

“Binnen het team, een soort veiligheid om elkaar te kunnen aanspreken op fouten, dat moet volgens mij vergroot worden. Dat is er bij sommige wel maar teambreed zou dat meer moeten zijn.”

Het vertrouwen binnen het team is er volgens de ene geïnterviewde wel en volgens de ander niet. Hiernaast wordt de onderlinge betrokkenheid binnen het multidisciplinaire team ook niet veel gezien door de geïnterviewden. Over de betrokkenheid van het multidisciplinaire team naar de cliënt zijn de meningen verdeeld en de betrokkenheid tussen de cliënten onderling wordt door een geïnterviewde wel gezien.

Personele bezetting

Een andere randvoorwaarde is de personele bezetting. Er zijn verschillende geïnterviewden die de bezetting voldoende vinden. De specifieke bezetting van de behandelaars wordt echter als onvoldoende gezien.

Tijd en Geld

Enkele geïnterviewden geven aan dat ze als sociaaltherapeut te weinig tijd ervaren om sociaaltherapeutisch te kunnen werken. Er gaat veel tijd verloren in administratieve taken. Over de financiële mogelijkheden wordt onder andere door de leidinggevende gezegd dat deze toereikend zijn. Er zijn ook geïnterviewden die benoemen dat het niet toereikend is.

Citaat leidinggevende:

“De mogelijkheden voor geld zijn er. En als je dit gaat doen, kun je heel gericht onderbouwen dat je tijd en inzet nodig hebt om dit te kunnen dragen. Nou, en je hebt daar wel een organisatie voor nodig die daar wel groen licht voor geeft. En dat groene licht is er.”

Kennisoverdracht

Wat betreft de implementatie van nieuwe dingen wordt er door meerdere geïnterviewden benoemd dat er een aandacht functionaris en ‘coaching on the job’ zou moeten zijn.

Deelconclusie:

De ervaringen van de geïnterviewden, over de aan- of afwezigheid van de randvoorwaarden voor sociaaltherapie, vertonen veel overeenkomsten. Er zijn echter randvoorwaarden die wel door de geïnterviewden benoemd zijn als belangrijk voor sociaaltherapie waarvan niet gezegd wordt of deze aan- of afwezig zijn binnen de FPA. Wat er door de geïnterviewden benoemd is als belangrijke randvoorwaarden voor sociaaltherapie is terug te lezen bij het kopje ‘organisatie (randvoorwaarden)’ in het resultaat van deelvraag 2. Over de meeste randvoorwaarden is wel benoemd of ze aan- of afwezig zijn en uit de resultaten komt naar voren dat de meeste randvoorwaarden niet voldoende aanwezig zijn. Zo komt uit de interviews naar voren dat er geen rode draad wordt ervaren in de behandeling, er onvoldoende open en transparant wordt gecommuniceerd, er onvoldoende veiligheid en vertrouwen heerst in het team en dat de

competenties om sociotherapeutisch te werken nog tekort schieten. Er wordt benoemd dat er voldoende kennis aanwezig is in het team om de cliënten binnen een Forensisch Psychiatrische Afdeling te begeleiden, echter kan de kennis om sociotherapeutisch te werken nog vergroot worden. Daarnaast zijn er volgens het team voldoende overlegvormen, maar worden intervisie en casusbesprekingen gemist.

Citaat sociotherapeut:

“Als je er nu aan begint, zoals het nu is, dan mislukt het want je hebt de randvoorwaarden niet.”

3.6 Deelvraag 6: “Welke methoden en interventies met betrekking tot sociotherapie worden er door het multidisciplinaire team ingezet binnen de FPA?”

Over het algemeen wordt er door de geïnterviewden benoemd dat de interventies afhankelijk zijn van het individu en de situatie. Sociotherapeutisch werken wordt nog niet tot uitvoer gebracht en de interventies die plaatsvinden worden ‘op zichzelf staand’ genoemd.

De meerderheid benoemd dat de sociotherapeut niet veel aanwezig is in de leefgroep alhoewel er ook enkele geïnterviewden zijn die benoemen dat de sociotherapeut daar wel steeds meer aanwezig is.

Citaat leidinggevende:

“Je ziet ook nog heel veel dat verpleegkundigen op een plek werken. We noemen het ook nog steeds de verpleegpost. Dat vindt ik eigenlijk ook al genoeg zeggen en.. je ziet ook nog steeds dat van daaruit gewerkt wordt.”

Citaat sociotherapeut:

“’s Avonds zitten we eigenlijk aan elke kant zit er iemand. Maar als er niemand in de woonkamer zit, of één iemand, dan trek je je al heel snel terug op kantoor.”

De interactie tussen de leden van het multidisciplinair team en de cliënt en het ondernemen van activiteiten met de cliënt is ervaren de meerderheid van de geïnterviewden als onvoldoende. Daarnaast is er te weinig ‘groepsgebeuren’. Er worden volgens een geïnterviewde wel leer- en oefensituaties gecreëerd in de leefgroep.

Methodieken die ingezet worden binnen de FPA zijn Libermann, terugvalpreventie, huiskamerbespreking, themabespreking en de dagopening/sluiting. Ook de verpleegkundige methodiek Gordon wordt toegepast binnen het verpleegkundig proces van de FPA. Motiverende gespreksvoering wordt volgens de meesten niet toegepast alhoewel enkele benoemen dit wel te zien binnen de FPA. De geïnterviewden zien graag meer methodieken/interventies toegepast worden binnen de FPA zoals, gedragstherapie, schematherapie, VERS training, traumabehandeling, assertiviteitstraining, sport en dagbesteding.

Naast methodieken zijn er ook vaktherapieën die aangeboden worden zoals PMT, Beeldende therapie en de training agressiehantering. De geïnterviewden vinden het aanbod van vaktherapieën echter onvoldoende.

Verder wordt de rol van de pb’er besproken in enkele interviews. Sommige teamleden vinden dat deze nu een belangrijkere rol speelt in de behandeling van de cliënt dan de andere

sociotherapeuten in een team. Anderen vinden dat dit nu niet zo is, maar vinden wel dat dit zou moeten zijn.

Deelconclusie:

Gekeken naar de resultaten uit de interviews, kan geconcludeerd worden dat de interventies en methoden die worden ingezet binnen de FPA afhankelijk zijn van de situatie en degene die werkt en dat de interventies niet vanuit een bepaalde visie worden ingezet. Methoden en interventies die op dit moment worden ingezet zijn: Libermann trainingen, interventies m.b.t. terugvalpreventie, huiskamer- en themabesprekingen, dagopening en dagsluiting. De geïnterviewden geven enkele methoden en interventies aan waarmee ze graag willen werken binnen sociotherapie op de afdeling.

Hoofdstuk 4: Conclusie en Discussie

In dit hoofdstuk wordt in de eindconclusie antwoord gegeven op de onderzoeksvraag. Vervolgens wordt in de discussie beschreven wat de sterke en minder sterke punten van het onderzoek zijn en welk effect deze hebben op de onderzoeksresultaten en de conclusie. Verder wordt er gereflecteerd op de rol van de onderzoekers.

4.1 Eindconclusie

Bovenstaande deelvragen zijn onderzocht om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag welke luidt:

“Welke aspecten van sociotherapie, zoals beschreven in de literatuurstudie (‘Sociotherapie, wat is dat?’, 2014), zijn aanwezig binnen de Forensische Psychiatrie Afdeling (FPA) van het Vincent van Gogh Instituut (VVGI) en welke voorstellen kunnen er gedaan worden ter verbetering?”

Een visie m.b.t. sociotherapie ontbreekt binnen de FPA. Hieruit volgt dat er geen visie is die eenduidig en multidisciplinair uitgedragen wordt. Sociotherapie begint wel wat te leven binnen de FPA en er kunnen enkele aspecten benoemd worden van wat deze visie in zou moeten houden. Kennis over een supportief, reconstructief of sociaaltherapeutisch leefmilieu ontbreekt.

De interventies en methoden zijn voornamelijk gericht op de uitvoering van het verpleegproces in plaats van gericht op het gehele traject van een behandeling. De interventies die worden ingezet binnen de FPA zijn afhankelijk van de situatie en degene die werkt en de interventies worden niet vanuit een bepaalde visie ingezet. De huidige interventies komen hierdoor niet volledig tot hun recht. Er is zicht op welke interventies of methoden ingezet kunnen worden binnen sociotherapie. Enkele interventies en methoden zijn aanwezig maar er zijn er ook die verbeterd en/of ingezet moeten gaan worden zoals de interactie met de cliënt, motiverende gespreksvoering en SoVa. Naast interventies en methoden dienen er volgens de geïnterviewden ook vaktherapieën aangeboden te worden, het aanbod hiervan op de FPA dient vergroot te worden.

Het blijkt dat er zicht is op de randvoorwaarden die nodig zijn om sociotherapie te kunnen creëren op een afdeling. Vooral het uitdragen van een eenduidige visie op sociotherapie door het gehele behandelteam komt in de interviews nadrukkelijk naar voren. De realiteit op de FPA laat echter blijken dat er geen eenduidige visie op sociotherapie is die multidisciplinair wordt uitgedragen. Motivatie wordt gezien als een voorwaarde om sociotherapie te creëren op een afdeling. De meningen zijn verdeeld over de motivatie die de leden van het team van de FPA heeft voor de realisatie van sociotherapie. De aanwezigheid van motivatie is dus twijfelachtig. Uit de interviews kan ook geconcludeerd worden dat de aanwezigheid van een rode draad in de behandeling verbeterd kan worden, er is te weinig transfer van het geleerde in de training/therapie naar de leefgroep, er wordt nauwelijks open en transparant gecommuniceerd en er heerst onvoldoende veiligheid en vertrouwen in het team. Er wordt benoemd dat er wel kennis en competenties aanwezig zijn in het team om de cliënten binnen een Forensisch Psychiatrische Afdeling te begeleiden, echter moet de kennis en competenties om sociotherapeutisch te werken nog worden vergroot. Daarnaast zijn er volgens het team voldoende behandelinhoudelijke overlegvormen, maar moet werkoverleg, intervisie en casusbespreking beter vormgegeven en/of gefaciliteerd worden. Om sociotherapie te realiseren is er ook tijd en geld nodig. De leidinggevende benoemd hierover duidelijk dat de organisatie hierin mogelijkheden zal faciliteren. Er kan geconcludeerd worden dat het gedachtegoed van sociotherapeutisch werken in ontwikkeling is. Het huidig leefmilieu op de FPA wordt echter nog niet als sociotherapeutisch

ervaren. Er wordt nog te beheersmatig gewerkt en er is onder de geïnterviewden het idee dat het leefmilieu niet altijd als veilig wordt ervaren door de cliënten.

De conclusie uit het praktijkonderzoek schets de huidige situatie op de FPA met betrekking tot sociotherapie. De gewenste situatie met betrekking tot sociotherapie op een (forensisch) psychiatrische afdeling is door de onderzoekers geschetst middels een eerder uitgevoerde literatuurstudie (bijlage 1). Om voorstellen te kunnen doen ter verbetering zullen de conclusies uit het praktijkonderzoek vergeleken moeten worden met de conclusies uit het literatuuronderzoek.

Uit de literatuurstudie komt naar voren dat het leefmilieu van de afdeling als therapeutisch ingezet moet worden en sociotherapie het methodisch hanteren van dit milieu is. Om het methodisch hanteren van een leefmilieu goed te laten gedijen binnen een afdeling zijn er drie elementen die met elkaar in verbinding staan en elkaar in balans houden. Visie, methode en organisatie (randvoorwaarden). Wanneer de aandacht op één element verzwakt heeft dit effect op de andere twee en andersom.

Met betrekking tot het aspect 'visie' komt er uit de literatuurstudie naar voren dat de ontwikkeling van een duidelijke basisfilosofie en geïntegreerde totaalvisie rond de doelstellingen van de behandeling en de behandelingsmethodiek, een absoluut noodzakelijke voorwaarde is voor het tot stand brengen van sociotherapie (Broek & Pansters, 2010). Tevens is het noodzakelijk dat het multidisciplinair team zich achter deze basisfilosofie schaart (Kinet, 1995). Zoals in de conclusie al benoemd is ontbreekt er op de FPA een visie m.b.t sociotherapie. Er is dus geen visie welke gedragen wordt door het gehele multidisciplinaire team.

Uit het praktijkonderzoek blijkt dat er geen kennis aanwezig is in het team over de verschillende types van therapeutische milieus die gecreëerd kunnen worden binnen een afdeling met hun eigen kenmerken en uitgangspunten. Dit is de theorie achter sociotherapie. Deze kennis is volgens de literatuurstudie nodig om gezamenlijk te bepalen welk therapeutisch milieu het beste past bij de probleemgebieden en de draagkracht van de patiëntenpopulatie (Weerd, Slaa, & Muste, 2013).

Interventies dienen volgens de literatuur door de sociotherapeut ingezet te worden om leersituaties te scheppen. Deze interventies hebben enkele uitgangspunten, zoals het stimuleren van patiënten en het creëren van leersituaties, om zo het probleemoplossend vermogen van de patiënt te vergroten (Nederlands instituut voor sociotherapie, 2005). Voor het stimuleren van patiënten is het hanteren van de methode motiverende gesprekvoering een meerwaarde. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat het team van de FPA te weinig kennis heeft over de methode en dat de methode te weinig wordt toegepast in de praktijk. Ook is er onvoldoende interactie tussen de leden van het multidisciplinair team van de FPA en de cliënt en er wordt te weinig samen met de cliënt ondernomen. Het snappen waarom een bepaalde methode wordt gehanteerd is essentieel om deze methode adequaat uit te voeren. Wanneer dit niet het geval is, voert de sociotherapeut als het ware 'een trucje' uit, maar is zich niet bewust van het effect van deze methode of het uiteindelijke doel. Uit het praktijkonderzoek wordt geconcludeerd dat interventies niet bewust en met een achterliggende visie worden ingezet.

De randvoorwaarden kennis en competenties met betrekking tot het werken met de doelgroep in het algemeen zijn wel aanwezig op de FPA. Specifieke competenties gericht op samenwerken zoals kwetsbaar opstellen en open communicatie zijn onvoldoende aanwezig. Uit de literatuurstudie komt naar voren dat een goede onderlinge samenwerking belangrijk is bij sociotherapie. Voorwaarde voor een goede samenwerking is een goede relatie tussen de medewerkers (In Goede handen, 1980). Dat betekent dat de medewerkers bereid moeten zijn tot open communicatie. Kritisch naar zichzelf kijken blijft steeds een belangrijke voorwaarde om goed

te kunnen functioneren binnen een team. Om dit te kunnen is een klimaat van vertrouwen een belangrijke voorwaarde. De randvoorwaarde vertrouwen en vooral veiligheid zijn echter zeer beperkt aanwezig binnen de FPA.

Een stabiele personele bezetting is ook belangrijk om bovenstaande aspecten van een goede samenwerking en de randvoorwaarden vertrouwen en veiligheid te kunnen realiseren. De bezetting van de behandelaars is volgens de geïnterviewden niet volledig en onstabiel.

Samenwerken in een team betekent ook dat er regelmatig overleg moet zijn tussen de teamleden. Uit het praktijkonderzoek komt naar voren dat er te weinig (behandelinhoudelijk) overleg is. Er zijn op de FPA meerdere overlegvormen gericht op de behandeling van de cliënt, deze zijn echter niet effectief en doelgericht. Naast behandelbesprekingen zijn er ook beleidsbesprekingen en samenwerkingsbesprekingen noodzakelijk in een therapeutisch milieu (In Goede handen, 1980). Deze krijgen nu niet op de juiste manier vorm (werkoverleg team) of zijn niet gefaciliteerd (interview). Een slecht overleg betekent dikwijls dat het bij de behandeling van de patiënten aan samenhang gaat ontbreken. Het behandelingsmilieu verliest aan structuur en duidelijkheid, waardoor uiteindelijk teamleden en patiënten in de kou komen te staan (C.Janzing & J.Kerstens, 2012).

Om alle inspanningen van mensen en middelen binnen een organisatie te bundelen richting de gestelde doelen is er leiding nodig (C.Janzing & J.Kerstens, 2012). Het huidige leiderschap wordt voornamelijk als positief ervaren. Echter zal ook duidelijk moeten zijn wie de eindverantwoordelijkheid draagt, hoe de bevoegdheden gedelegeerd zijn, hoe de afspraken liggen, wie verantwoordelijk is voor wie of wat. Uit de interviews komt naar voren dat er weinig duidelijkheid is over verantwoordelijkheden.

De betrokkenheid vanuit het multidisciplinaire team naar de cliënten en de cliënten onderling is volgens de meerderheid van de geïnterviewden voldoende aanwezig, wat volgens de literatuur een belangrijk aandachtspunt is om sociotherapeutisch te werken (Lehman, Strauss, Ritzler, Kokes, Harder, & Gift, 1982). De omslag van beheersmatig werken naar sociotherapeutisch werken moet nog gemaakt worden en er is nauwelijks een transfer van het geleerde uit de therapie naar de leefgroep. Daarnaast wordt het milieu op dit moment als onveilig ervaren. In het literatuuronderzoek komt naar voren dat de sociotherapeut, in het belang van het sociotherapeutisch werken, deze veiligheid dient te creëren, door o.a. aanwezig te zijn binnen het leefmilieu (Kluft & Haterd, 2010).

4.2 Discussie

Doordat er sprake is van een goede theoretische voorbereiding vanuit de onderzoekers en nauw contact met de projectbegeleider in de oriëntatie- en analysefase, is er een goede besluitvorming tot stand gekomen gedurende het proces. Hierdoor sloot de onderzoeksopzet goed aan bij de praktijk en verliep het onderzoek, specifiek de interviews, soepel. Dit is ook te danken aan de medewerking vanuit de onderzoekspopulatie, welke gecreëerd is doordat de onderzoekers het onderwerp al geïntroduceerd hadden en de interviews aangekondigd hadden.

Deelvraag 1 is onderzocht tijdens een bijeenkomst voor het gehele multidisciplinaire team op 20 februari 2014. Hierbij waren enkel 8 van de in totaal 18 leden van het multidisciplinaire team van de FPA aanwezig. De motivatie om te participeren in de realisatie van sociotherapie is hierdoor ook slechts door 8 leden weergegeven. Door de kleine steekproef is het niet waarschijnlijk dat het resultaat van dit onderzoek de motivatie van het gehele multidisciplinaire team weergeeft. Daarbij vragen de onderzoekers zich achteraf af of dat de aanwezigheid van de leidinggevende en het verschijnsel groepsdruk ook invloed heeft gehad op de resultaten van het onderzoek.

Voor dit onderzoek is het een volgende keer aan te bevelen om de motivatie bij alle leden van het multidisciplinair team te meten. Daarnaast dient het onderzoek individueel en/of anoniem afgenomen te worden om invloed door de aanwezigheid van de leidinggevende of het verschijnsel groepsdruk uit te sluiten. Bij het kiezen van de onderzoeksmethode dient wel rekening gehouden te moeten worden met de te verwachten respons welke 100% dient te zijn.

De motivatie om te participeren in de realisatie van sociotherapie is een onderwerp wat ook aan bod is gekomen in het interview dat bij meerdere leden van het multidisciplinair team van de FPA is afgenomen. Hierin is de geïnterviewde gevraagd om een inschatting te maken van de motivatie van het team. Door deze vraagstelling is echter niet direct de motivatie van de individuele leden gemeten. De eindconclusie die door de onderzoekers geformuleerd is met betrekking tot de motivatie van het team om te participeren in de realisatie van sociotherapie, is door bovenstaande discussiepunten niet erg sterk. Aangezien motivatie een randvoorwaarde is voor de realisatie van sociotherapie, is het aan te bevelen om voorafgaand aan de implementatie van sociotherapie op de FPA nogmaals de motivatie van alle leden van het multidisciplinaire team te onderzoeken, rekening houdende met bovengenoemde aanbevelingen.

Deelvraag 2 t/m 6 zijn onderzocht middels individuele topic interviews met leden van het multidisciplinaire team van de FPA. De topiclijst is gebaseerd op de literatuurstudie die de onderzoekers voorafgaand aan het praktijkonderzoek uitgevoerd hebben. De topiclijst is gebaseerd op deze literatuurstudie. Voor het vergroten van de (instrumentele) geldigheid van het onderzoek zijn experts benaderd om de topiclijst te laten beoordelen op volledigheid. Deze reageerden in eerste instantie niet. Vanwege de weinig resterende tijd voor het onderzoek is ervoor gekozen om te starten met het onderzoek zonder de beoordeling van de experts. Er is een mogelijkheid dat de topiclijst wat aangepast/aangevuld was geworden als de experts deze wel beoordeeld hadden. Omdat de topiclijst echter al gebaseerd is op een goede literatuurstudie verwachten de onderzoekers niet dat het onderzoek essentiële resultaten mist.

Tijdens het interview heeft de interviewer de vaardigheden 'bracketing' en 'open vragen stellen' toegepast. Hierdoor is de geïnterviewde gevolgd in zijn/haar verhaal waardoor de betrouwbaarheid van de verkregen informatie vergroot is. Het non-verbaal gedrag van de interviewer en de geïnterviewden is geobserveerd waaruit is gebleken dat het verbale congruent is met het non-verbale gedrag. Ook dit vergroot de betrouwbaarheid van de verkregen informatie en dus ook de resultaten van het onderzoek. De onderzoekers zijn zich er van bewust dat de mogelijkheid aanwezig is dat de geïnterviewden niet open zijn geweest in hun informatie omdat de onderzoekers bekenden zijn en (ex)leden van het team van de FPA. Er is echter de verwachting dat dit niet het geval is gezien de openheid van de informatie die er verkregen is van de geïnterviewden.

Alle informatie voor het beantwoorden van deelvraag 2 t/m 6 is gehaald uit de interviews. De resultaten hadden sterker en meer betrouwbaar kunnen zijn door meerdere vormen van onderzoek in te zetten, triangulatie. Zo zou observatie een mooie toevoeging zijn geweest op het onderzoek, omdat hiermee informatie gewonnen kan worden, die bij de interviews mogelijk niet naar voren is gekomen. Ook zou het een meerwaarde zijn geweest om de kennis over sociotherapie van de leden van het multidisciplinair team door middel van een ander meetinstrument te onderzoeken. Daarnaast zou het interessant zijn te onderzoeken of het leefmilieu als sociotherapeutisch ervaren wordt door de cliënten. Gezien de beschikbare tijd die er was voor de uitvoer van het onderzoek is er voor gekozen om alleen te onderzoeken door middel van interviews. Indien dit onderzoek herhaald zou worden in de toekomst en de onderzoekers over meer tijd beschikken is het aan te bevelen om ook de bovenstaande vormen van onderzoek in te zetten voor het versterken van de resultaten.

Voor de analyse van de interviews, zouden volgende de theorie alle interviews letterlijk uitgewerkt moeten worden, verbatim getranscribeerd (Baarda, Goede, & Teunissen, 2005). Vanuit de opleiding werd er gesteld dat slechts 20% van de interviews verbatim getranscribeerd hoeft te worden. Er zijn 3 interviews volledig uitgeschreven. De andere zijn gelabeld door middel van het terugluisteren van de interviews. Door middel van het volledig uitschrijven zouden de interviews concreter gelabeld kunnen worden, maar doordat door de onderzoekers veel aandacht is besteed aan het labelen en er een intersubjectiviteitsbeoordeling heeft plaatsgevonden, kan er waarschijnlijk toch gesproken worden van een volledige, geldige labeling. Door middel van de intersubjectiviteit is namelijk de betrouwbaarheid vergroot, aangezien de resultaten niet afhankelijk zijn van de persoon van de onderzoeker. Daarnaast is de verifieerbaarheid van de resultaten vergroot door gebruik te maken van memberchecking.

Bij de onderzoekers blijft de vraag aanwezig of de geldigheid van de labelstructuur optimaal is. Is er daadwerkelijk saturatie bereikt of zou er bij nieuwe interviews informatie komen waar een nieuw, nog niet gebruikt label aan gehangen kan worden? Na tien interviews is er volgend de onderzoekers, wat betreft de topics, wel saturatie bereikt. De teamleden hebben echter wel losstaande uitspraken die interessant zijn voor het onderzoek en een nieuw label behoeven. Er zal dus geen sprake zijn van 100% saturatie maar wat betreft de topics is hier wel sprake van. Het zal interessant zijn om meer teamleden te interviewen, echter voor de volledigheid van de resultaten in dit onderzoek niet van belang. De resultaten van het onderzoek richten zich enkel en alleen op de Forensische Psychiatische Afdeling van het Vincent van Gogh Instituut. De onderzoeksopzet zou wel toegepast kunnen worden bij eenzelfde onderzoeksvraag, binnen een andere FPA of een soortgelijke setting. De onderzoekers kunnen niet voorzien of de labelstructuur ook dekkend is bij eenzelfde onderzoek op een andere afdeling, dit zal door middel van verder onderzoek moeten uitwijzen. Wanneer dit het geval blijkt te zijn, is het onderzoek generaliseerbaar.

Hoofdstuk 5: Implementatieplan

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke aanbevelingen er worden gedaan aan de Forensische Psychiatrie Afdeling van het Vincent van Gogh Instituut met betrekking tot de realisatie van sociotherapie binnen de afdeling. Deze aanbevelingen zijn gebaseerd op de resultaten en conclusies vanuit het literatuuronderzoek en het praktijkonderzoek. Tevens wordt er beschreven hoe het multidisciplinaire team dit zou kunnen implementeren.

5.1 Implementatie en evaluatie

Veel gebruikte en gepubliceerde hulpmiddelen bij het implementeren van zorginnovaties zijn het PARIHS raamwerk (1998) en het implementatiemodel van Grol en Wensing (2010). Beide hulpmiddelen bieden de gebruiker iets anders. In het PARIHS raamwerk wordt de aandacht gevestigd op de cruciale factoren die van belang zijn bij een succesvolle implementatie, terwijl het model van Grol en Wensing een stappenplan biedt dat behulpzaam is bij een systematische aanpak van een implementatie (Munten, Snoeren, & Cardiff). De onderzoekers schatten op basis van hun ervaring binnen de Forensische Psychiatrie Afdeling van het Vincent van Gogh Instituut en de interviews met de leden van het multidisciplinaire team in, dat het belangrijk is om uit beide implementatiemodellen facetten te gebruiken. Zo is het van belang dat er structuur wordt geboden aan het implementatieproces, maar ook dat er rekening wordt gehouden met cruciale factoren die belangrijk zijn bij de implementatie. Een model wat beiden modellen integreert is het Grol&Wensing, PARIHS, Synthese model (GPS).

Bij het integreren van beide modellen is gebruik gemaakt van ervaringen in het implementeren van veranderingen in de gezondheidszorg. Het nieuwe model is vervolgens voorgelegd en uitgetoetst bij bachelor en masterstudenten en docenten in het onderwijs, waarin het model bruikbaar en toepasbaar werd geacht. Het model moet echter nog bewezen worden in de praktijk (Munten, Snoeren, & Cardiff).

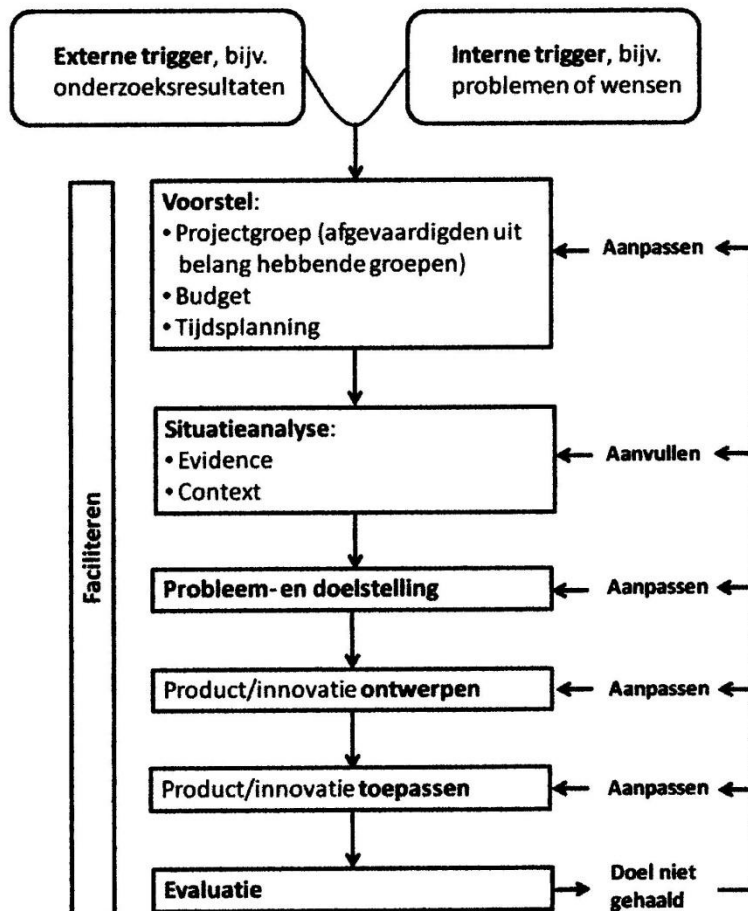
Hieronder worden eerst de belangrijkste elementen uit het PARIHS raamwerk en het implementatiemodel van Grol en Wensing benoemd, voordat er ingegaan wordt op het GPS model:

Het PARIHS raamwerk kan gebruikt worden als een diagnostisch raamwerk voorafgaand of tijdens de implementatie. In het PARIHS raamwerk wordt de aandacht gevestigd op de cruciale factoren die van belang zijn bij een succesvolle implementatie. Het PARIHS raamwerk onderscheidt drie samenhangende factoren die bij het implementeren van vernieuwingen belangrijk zijn, te weten: evidence, context en facilitering. Voor iedere factor kan nagegaan worden in welke mate deze aanwezig is, zodat daar tijdens de implementatie op ingespeeld kan worden (Munten, Snoeren, & Cardiff).

Het implementatiemodel van Grol & Wensing (Grol & Wensing, 2012) geeft een systematische aanpak aan voor een succesvolle implementatie. Het model is gebaseerd op verschillende theorieën en benaderingen en bestaat uit zes stappen (Munten, Snoeren, & Cardiff):

1. Het ontwikkelen van een onderbouwd voorstel voor verandering met duidelijke doelen
2. Het in kaart brengen van de feitelijke zorg
3. Het analyseren van de context, zoals de doelgroep, setting en beïnvloedende factoren
4. Het bepalen van meerdere en bij de context passende strategieën voor verspreiding en (blijvende) implementatie
5. Het opstellen en uitvoeren van het implementatieplan met acties, taken en tijdspad
6. Evaluatie en bijstellen van het plan door het monitoren van het proces gebaseerd op indicatoren

GPS model



figuur 4

5.2.1 Het GPS model: stap voor stap

Een implementatie traject (figuur 4) begint met een trigger, iemand heeft het idee dat er een verandering moet plaatsvinden in de huidige situatie. Deze trigger kan extern zijn, bijvoorbeeld een richtlijn of het kan een interne trigger zijn, zoals ontevreden geluiden van medewerkers of patiënten die steeds sterker worden (ervaringskennis) (Munten, Snoeren, & Cardiff). In het geval van de implementatie van sociotherapie binnen de Forensische Psychiatrie Afdeling (FPA) van het Vincent van Gogh Instituut kan er gesproken worden over zowel een externe als een interne trigger. In het concept zorgprogramma van de FPA wordt beschreven dat er binnen de FPA sociotherapeutisch gewerkt dient te worden (Vincent van Gogh Instituut, 2013). Daarnaast geven meerdere individuen uit verschillende disciplines van de Forensische Psychiatrie Afdeling aan dat er momenteel niet geheel volgens de visie en methodiek van sociotherapie gewerkt wordt binnen de FPA. Dit betekent dat de behandeling niet in alle 'lijnen' doorloopt en dat er weinig continuïteit van zorg is vanuit de verschillende disciplines naar de cliënten toe. Weinig vaardigheden die in de therapie zijn geleerd worden geoefend op de afdeling, waardoor stagnering van de behandeling plaatsvindt (Klerks, Asdonck, & Bos, 2013). Bij de start van een implementatie is het raadzaam om stil te staan bij de '(kennis)bron' en de 'sterkte' van die kennis

en hier kritisch naar te kijken. Met andere woorden: Wat is de bewijskracht van de trigger? (Munten, Snoeren, & Cardiff). De geluiden van problemen en wensen over hoe het zou moeten zijn, komen van meerdere individuen uit verschillende disciplines van de Forensische Psychiatrie Afdeling.

Naar aanleiding van deze triggers zijn de onderzoekers S. Coolen en C. Wilms gestart met het implementatietraject volgens het GPS model.

➤ **Faciliteren**

Een verandering komt niet, of bijzonder moeizaam, van de grond als er geen facilitering aanwezig is. Faciliteren is het ondersteunen van een individu/groep in het werken naar een gewenste doel en vindt plaats gedurende het hele implementatie proces. De facilitator, of 'project leider', is iemand van binnen of buiten de organisatie die het individu of de groep (bege)leidt bij de verandering (Munten, Snoeren, & Cardiff). In de beginfase hebben de onderzoekers een leidende rol gespeeld binnen het implementatietraject. Er zal echter voor verdere continuering van de implementatie van sociotherapie binnen de FPA een projectleider gekozen moeten worden die gedurende de gehele implementatie het team zal ondersteunen. Om dit in goed overleg te doen, zal het hele team hierbij aanwezig moeten zijn. Een multidisciplinair overleg ('groot team') zou hier een geschikte gelegenheid voor zijn.

ACTIE 1: Kiezen van een projectleider

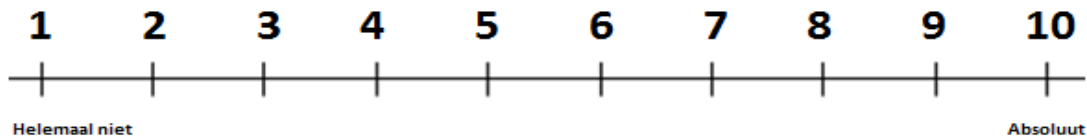
In de manier van faciliteren zijn er twee uiterste stromingen te onderscheiden. Projectleiders die vanuit de 'technische' benadering werken hebben een primaire intentie om ervoor te zorgen dat de gestelde doelen bereikt worden. Het (vooraf bepaalde) resultaat is daarbij van het grootste belang. Een dergelijke projectleider is eerder directief in zijn benadering en actief in het 'doen voor anderen', dan een emancipatoire projectleider. Deze laatste is meer gericht op het creëren van condities waarin het individu/groep zelf het gestelde doel kan bereiken en meer autonoom kan handelen (Munten, Snoeren, & Cardiff). De projectleider binnen de FPA zal een benadering moeten kiezen die aansluit bij het team. Dit dient weloverwogen gedaan te worden. In het praktijkonderzoek geven leden van het team tegenstrijdige behoeftes aan. Door enkelen wordt genoemd dat ze meer zelfstandigheid wensen terwijl anderen benoemen dat ze behoefte hebben aan sturing van de leidinggevende.

ACTIE 2: Projectleider maakt bewuste keuzes in het hanteren van een leiderschapstijl/manier van benadering

➤ **Voorstel**

Bij de start van het implementatietraject dient te worden verkend in hoeverre er draagvlak / behoefte is aan verandering en welke randvoorwaarden (waaronder tijd en geld) er ter beschikking zijn (Munten, Snoeren, & Cardiff). Middels het praktijkonderzoek is onderzocht in hoeverre de leden van het multidisciplinaire team gemotiveerd zijn om te participeren binnen de realisatie van sociotherapie binnen de FPA. In de eindconclusie die door de onderzoekers is geformuleerd wordt benoemd dat de motivatie twijfelachtig is. Daarnaast is deze conclusie niet erg sterk vanwege enkele discussiepunten. Motivatie komt overeen met draagvlak / behoefte aan verandering, en het is belangrijk om hier een juist en realistisch beeld van te krijgen. Daarom is het aan te bevelen om nogmaals de motivatie van alle leden van het multidisciplinaire team te

onderzoeken. Alle leden van het multidisciplinair team van de FPA dienen hun motivatie om te participeren in de realisatie van sociotherapie uit te drukken in een cijfer van de onderstaande schaal.



Dit dient individueel en anoniem te worden gedaan om invloed door de aanwezigheid van de leidinggevende of het verschijnsel groepsdruk uit te sluiten. Alle cijfers worden bij elkaar opgeteld en de uitkomst wordt gedeeld door het aantal leden. Het cijfer wat hier uit komt is het gemiddelde cijfer van de motivatie van de leden van het multidisciplinaire team van de FPA om te participeren in de realisatie van sociotherapie. De resultaten dienen te worden besproken in het multidisciplinaire overleg, waarbij er gezamenlijk een inschatting moet worden gemaakt of dit cijfer, en dus de motivatie, voldoende is om te starten met de implementatie van sociotherapie. Bij het maken van deze inschatting kan er van uitgaan worden dat deze schaal een algemeen bekende meetschaal is in Nederland waarbij een 6 als voldoende gezien wordt en een lager cijfer als onvoldoende. Daarnaast dient er gekeken te worden naar de spreiding van de cijfers. Wanneer deze spreiding groot is en er veel lage cijfers zijn genoemd, dient dit bespreekbaar te worden gemaakt. Mocht de motivatie onvoldoende zijn dient er in overleg met het multidisciplinair team inzichtelijk gemaakt te worden waar dit aan ligt en moeten er gezamenlijk acties bepaald worden om de motivatie te verhogen. Na het inzetten van die acties moet er een evaluatiemoment komen waarbij nogmaals de meting gedaan wordt. Er wordt pas verder gegaan met de implementatie wanneer het multidisciplinair team ervan overtuigd is dat er voldoende motivatie is.

ACTIE 3: Motivatie/draagvlak van alle leden van het multidisciplinair team onderzoeken

Ook zal er duidelijkheid moeten komen over de aanwezigheid van de randvoorwaarden tijd en geld. In het praktijkonderzoek benoemd de leidinggevende dat er mogelijkheden (waaronder geld) beschikbaar zijn gesteld om vorm te geven aan de realisatie van sociotherapie op de FPA. Over tijd wordt daarentegen door meerdere geïnterviewden benoemd dat die er niet is naast de dagelijkse verplichte werkzaamheden. De randvoorwaarde tijd moet nog in kaart worden gebracht en er moet tijd beschikbaar gemaakt worden binnen het team van de FPA wil er gestart worden met de implementatie van sociotherapie.

ACTIE 4: Duidelijkheid creëren over beschikbaarheid van tijd. Hoeveel uur per week is er beschikbaar voor de implementatie van sociotherapie?

ACTIE 5: Samenstellen van een projectgroep uit alle disciplines van de FPA

In deze projectgroep wordt een gezamenlijke en gedeelde visie ontwikkeld waarin voorlopige antwoorden worden gegeven op: wie zijn er allemaal van belang en hoe kunnen we ze betrekken, hoe krijgen we zicht op hoe we het nu doen, waar gaan we naar toe en hoe gaan we dat doen en gaan we dat volgen? Een dergelijke gezamenlijke visie geeft richting en voorkomt daarmee verwarring (Munten, Snoeren, & Cardiff). Een waardeverhelderingsoefening zou hier een goed

middel voor kunnen zijn (Bijlage 7). Met een waardeverhelderingsoefening worden het ultieme doel van het project, (mogelijke) methoden om dit doel te bereiken, de verschillende rollen en (mogelijke) belemmerende/bevorderende factoren vastgesteld vanuit de verschillende belanghebbenden. Op grond van de gegeven antwoorden in deze fase, kan een globaal projectplan inclusief evaluatie en tijdpad opgesteld worden, dat naar aanleiding van nieuwe inzichten uit de situatieanalyse waarschijnlijk verder aangevuld dient te worden (Munten, Snoeren, & Cardiff).

Tijdens de bijeenkomst voor het gehele multidisciplinaire team op 20 februari 2014 is een introductie gegeven over het onderzoek en is er gevraagd wie het interessant zou vinden om een actieve rol te spelen in het implementeren van sociotherapie binnen de afdeling FPA. Naast de leidinggevende zijn er twee sociotherapeuten (Y. Beerkens en M. Schroemges) die zich hiervoor hebben aangemeld. Het is van belang om deze projectgroep nog aan te vullen met andere disciplines, zodat je een breder draagvlak krijgt onder het multidisciplinaire team.

ACTIE 6: Waardeverhelderingsoefening

ACTIE 7: Opstellen van globaal projectplan door projectgroep

➤ *Situatieanalyse*

Na (v)erkenning van de behoefte en mogelijkheden tot verandering, dient volgens het GPS model de huidige situatie onderzocht te worden in termen van: “Wat is eigenlijk het probleem? En, hoe is het gesteld met de context waarin de verandering plaats moet vinden?” Hierbij is het aan te raden de huidige situatie te onderzoeken vanuit de verschillende bronnen van kennis (perspectieven) en een context analyse uit te voeren (Munten, Snoeren, & Cardiff). De onderzoekers hebben middels het praktijkonderzoek al een groot deel van de huidige situatie in kaart gebracht. Uit een vergelijking van de huidige situatie (praktijkonderzoek) met de literatuurstudie (Sociotherapie, wat is dat?, 2014), komt naar voren dat er momenteel niet geheel volgens de visie en methodiek van sociotherapie wordt gewerkt binnen de FPA. De context dient nog verder onderzocht te worden.

De context wordt gedefinieerd als de setting waarbinnen mensen de gezondheidsdiensten ontvangen. Drie elementen zijn belangrijk om deze context om te vormen, zodat er persoonsgerichte zorg gegeven kan worden (McCormack, Kitson, Harvey, Rycroft-Malone, Titchen, & Seers, 2002). Deze elementen zijn: cultuur, leiderschap en evaluatie.

Cultuur kan niet concreet worden gezien, maar is gebaseerd op normen, waarden en veronderstellingen van een individu, een team of een organisatie. De cultuur van de praktijk moet bekend zijn om een zinvolle en aanhoudende verandering in een persoongerichte praktijk te kunnen brengen (McCormack, Kitson, Harvey, Rycroft-Malone, Titchen, & Seers, 2002). Het is voor implementatie voornamelijk belangrijk dat de cultuur in kaart wordt gebracht zodat er rekening mee gehouden kan worden. In het literatuuronderzoek komen er enkele aspecten van cultuur naar voren die belangrijk zijn bij sociotherapie. In het praktijkonderzoek komen al enkele punten naar voren die de cultuur beschrijven van de FPA. Er wordt bijvoorbeeld genoemd dat het team betrokken is naar de cliënten, maar dat er onvoldoende veiligheid wordt ervaren binnen het team. Ook komt er naar voren dat er op dit moment nog regelmatig beheersmatig wordt gewerkt. Dit zijn allemaal aspecten die de cultuur van een afdeling bepalen. Hiernaast zou het wenselijk zijn om ook te onderzoeken of de patiënten zelf een sociotherapeutisch milieu ervaren binnen de FPA. Dit kan middels een gesprek met de patiënten over hun ervaringen met het sociotherapeutisch milieu en in hoeverre dit wordt ervaren binnen de FPA.

ACTIE 8: Gesprek met patiënten over hun ervaring met het sociotherapeutisch milieu

Uit het praktijkonderzoek komt naar voren dat de meerderheid van de geïnterviewden aangeven tevreden te zijn over het leiderschap van de leidinggevende. Er is voldoende open communicatie en de leidinggevende wordt niet gezien als iemand die zich boven het team plaatst. Om een implementatie vorm te geven is het wenselijk dat er een transformationeel leiderschap is. Een transformationeel leider creëert een cultuur waarbinnen iedereen als een leider van iets gezien wordt. Zij inspireren personeel om te komen tot een gedeelde toekomstvisie. Er wordt een vertrouwelijke omgeving gecreëerd, waarin een goede communicatie centraal staat (Schein, 1985). Een transformationele leider bezit de kwaliteiten (motiveren, inspireren, empathie, rationeel en emotioneel intelligent) om een cultuur te veranderen en een context tot stand te brengen die bevorderlijk is voor innovatieve en persoonsgerichte zorg. Uit het praktijkonderzoek komt niet naar voren of de leidinggevende van de FPA deze leiderschapsstijl hanteert of de kwaliteiten heeft om op deze manier leiding te geven. Het is niet noodzakelijk, maar wel wenselijk voor implementatie dat deze leiderschapsstijl gehanteerd wordt. Daarom is het aan te bevelen te onderzoeken welke elementen van transformationeel leiderschap aanwezig en / of mogelijk zijn. En indien nodig / mogelijk de leiderschapsstijl aan te passen.

ACTIE 9: Tijdens een multidisciplinair overleg wordt onderzocht welke aspecten van transformationeel leiderschap aanwezig zijn en komen verbeterpunten naar voren.

Het derde element van de context is evaluatie. Evaluatie van de praktijk kan op verschillende manieren gebeuren. Men kan gebruik maken van 'harde' gegevens zoals kostendoeltreffendheid, lengte van verblijf en 'zachte' data zoals patiëntenervaring. In een efficiënte cultuur wordt er gebruik gemaakt van bewijsmateriaal uit verschillende bronnen en voelen medewerkers zich verantwoordelijk, op basis van deze gegevens, de doeltreffendheid van de zorg aan te passen. In deze cultuur spelen peer-reviews, het geven van feedback en reflecties op de gegeven zorg een belangrijke rol (McCormack, Kitson, Harvey, Rycroft-Malone, Titchen, & Seers, 2002). Zoals uit het praktijkonderzoek naar voren komt heerst er binnen het multidisciplinaire team op dit moment onvoldoende veiligheid om open te communiceren en wordt er getwijfeld of iedereen de vaardigheden heeft om op een adequate manier feedback aan elkaar te geven en deze op een adequate manier in ontvangst te nemen.

Zoals hierboven staat geschreven, komen er uit het praktijkonderzoek verschillende aspecten van de context naar voren. Om hier een nog duidelijker beeld van te krijgen en om het team te kunnen beoordelen in welke mate de context klaar is om de gewenste zorg te leveren, kan een CAI meting (Context Assessment Index) worden afgenomen (bijlage 8). Het meetinstrument zal handvaten geven over veranderingen die binnen de context gedaan moeten worden om te veranderen (McCormack, Kitson, Harvey, Rycroft-Malone, Titchen, & Seers, 2002).

ACTIE 10: CAI meting

➤ **Probleem en doelstelling**

Naast de context moet volgens het GPS model ook duidelijk zijn wat het probleem eigenlijk is. Dit is onderzocht in het praktijkonderzoek en hier zijn meerdere problemen uit gekomen. Voor de oplossing van ieder probleem is er een doelstelling geformuleerd en zijn er acties beschreven die gebaseerd zijn op de ideeën die de onderzoekers gedurende het onderzoek opgedaan hebben. De projectgroep dient zich bezig te houden met het implementeren van deze acties, of andere acties die ze zelf bedacht hebben voor het behalen van de doelstellingen. Het helpt om creatief te zijn in het bedenken van nieuwe interventies, die aansluiten bij de situatie op de FPA op het moment dat de interventie ingezet gaat worden. Uitgaande van een systeembenadering is het te verwachten dat als één aspect van de context verandert, dit consequenties zal hebben voor andere aspecten, die vervolgens in meer of mindere mate zullen veranderen. Dit eist een flexibele benadering en een continue afstemming bij het kiezen en gebruikmaken van implementatie acties (Munten, Snoeren, & Cardiff). Er is wel geprobeerd om de problemen die de meeste aandacht behoeven als eerste te benoemen in onderstaande opsomming. Er dient bijvoorbeeld eerst kennis over sociotherapie te zijn om sociotherapeutisch te werken voordat je aandacht besteed aan het optimaliseren van interventies. Als de situatie op de FPA erom vraagt om van deze volgorde af te wijken, kan ervoor gekozen worden om de volgorde aan te passen.

Op het moment dat de projectgroep de interventies hebben gekozen die ingezet kunnen worden om de doelstellingen te behalen, vullen ze hiermee het projectplan aan. Het projectplan dient overzichtelijk te zijn. De inhoud van het projectplan moet antwoord geven op de volgende vragen: “Wat moet er gebeuren?”, “Wie is er verantwoordelijk voor?”, “Wanneer wordt de interventie ingezet?” en “Hoe (op welke manier) wordt de interventie ingezet?”.

ACTIE 11: Aanvullen en definitief maken van projectplan door projectgroep

Probleem 1

Ge signaleerd probleem: De leden van het team van de FPA hebben onvoldoende kennis en competenties met betrekking tot sociotherapie.

Doelstelling: De leden van het team van de FPA zijn bijgeschoold op het gebied van kennis en competenties met betrekking tot sociotherapie.

Acties: Het kennisnemen van het literatuur- en praktijkonderzoek van de onderzoekers over sociotherapie is een eerste mogelijkheid om de leden van het team van de FPA informatie tot zich te laten nemen over sociotherapie. Voor bijscholing van de leden van het team van de FPA kan gebruik worden gemaakt van een cursus sociotherapie die de vereniging voor klinische psychotherapie heeft ontwikkeld. Het verwerven van kennis en vaardigheden staat centraal in deze cursus gericht op het leren hanteren van het behandel- en leefmilieu (Vereniging voor Klinische Psychotherapie, 2013). Voor de implementatie van sociotherapie op een afdeling is het van meerwaarde om enkele collega's zich te laten verdiepen in sociotherapie waarna deze hun kennis en ervaring kunnen overbrengen op de rest van het team (Janssen, 2014). Een andere mogelijkheid voor het vergroten van de kennis en competenties met betrekking tot sociotherapie is het aangaan van een samenwerking met een andere afdeling binnen het VvGI waar wel al met sociotherapie gewerkt wordt. Er kan op die afdeling meegewerkt worden door de leden van de FPA of er komen collega's van die afdeling op de FPA meewerken voor een vorm van 'coaching on the job'.

Probleem 2

Gesignaleerd probleem: Een visie over sociotherapeutisch werken ontbreekt binnen de FPA en er is multidisciplinair geen eenduidigheid in het naleven van een visie.

Doelstelling: Er is een visie over sociotherapeutisch werken geformuleerd en geïntroduceerd bij alle leden van het team van de FPA.

Acties: Als er kennis is over sociotherapie en specifiek over de verschillende types therapeutische milieus (supportief, reconstructief of sociaaltherapeutisch) dient er een visie ontwikkeld te worden over sociotherapeutisch werken. Dit dient de projectgroep te doen maar de andere leden van het team van de FPA dienen hierin wel betrokken te worden om meer draagvlak te creëren, door bijvoorbeeld van tevoren een gezamenlijke brainstormsessie te organiseren. In de visie dienen de doelstelling van de behandeling, het gewenste therapeutisch milieu en de behandelmethodiek geformuleerd te worden (hoe, wat en waarom). De visie dient geïntroduceerd te worden bij alle leden van het team van de FPA om te realiseren dat er een multidisciplinaire en eenduidige naleving van de visie komt. Dit kan gedaan worden door het mondeling te introduceren tijdens een multidisciplinaire bijeenkomst.

Probleem 3

Gesignaleerd probleem: Binnen het multidisciplinaire team van de FPA wordt er onvoldoende veiligheid en vertrouwen ervaren.

Doelstelling: Het gevoel van veiligheid en het vertrouwen in het multidisciplinair team van de FPA is vergroot.

Acties: Het faciliteren van structurele intervisie kan een mogelijkheid zijn om te werken aan het vergroten van de veiligheid binnen het multidisciplinaire team en het onderlinge vertrouwen. De intervisie moet gericht zijn op de onderlinge relaties en communicatie. Er kan niet op korte termijn grote resultaten verwacht worden. Veiligheid en vertrouwen moet groeien door ervaring.

Probleem 4

Gesignaleerd probleem: Er worden geen beleidsbesprekingen en samenwerkingsbesprekingen zoals in de literatuurstudie ("Wat is sociotherapie?", 2014) (Bijlage 1) gefaciliteerd binnen de FPA.

Doelstelling: Beleidsbesprekingen en samenwerkingsbesprekingen worden structureel gefaciliteerd op de FPA.

Actie: Beleidsbesprekingen dienen enkele keren per jaar met het multidisciplinaire team gehouden te worden. Hierin gaat het om antwoorden op beleidsvragen zoals: hoe zijn de therapieën georganiseerd, hoe gaat het met de dagelijkse rapportage en overdracht, hoe functioneren de communicatiekanalen en waar is bijstelling nodig? Bij de bespreking van deze zaken moet er een terugkoppeling worden gemaakt naar de visie van de FPA. Met samenwerkingsbesprekingen wordt intervisie bedoeld. Hierin wordt gesproken over het

functioneren van de teamleden onderling en het functioneren van het team tegenover de patiënt (In Goede handen, 1980). Intervisie dient voor het team van sociotherapeuten gefaciliteerd te worden, alleen bij indicatie voor het gehele multidisciplinaire team. Degene die de intervisie voorziet dient niet betrokken te zijn bij de FPA om open communicatie te bevorderen. Het is wenselijk dat de frequentie van intervisie minstens 1 maal per 8 weken is.

Probleem 5

Gesignaleerd probleem: De samenwerkingsvaardigheden van de leden van het multidisciplinaire team behoeven verbetering.

Doelstelling: De samenwerkingsvaardigheden van de leden van het multidisciplinaire team zijn verbeterd.

Acties: Samenwerkingsvaardigheden kunnen een specifiek onderwerp worden van de intervisie die gefaciliteerd dient te worden voor het team van sociotherapeuten.

Probleem 6

Gesignaleerd probleem: De sociotherapeut is te weinig (sociotherapeutisch) aanwezig in de leefgroep.

Doelstelling: De sociotherapeut is geregeld op de leefgroep aanwezig en zet zijn aanwezigheid op een sociotherapeutische wijze in.

Acties: Er wordt gefaciliteerd dat de sociotherapeut meer aanwezig kan zijn in de leefgroep. Dit kan door bijvoorbeeld een dag coördinator aan te stellen die de organisatorische zaken regelt tijdens een dienst zodat de anderen die in dienst zijn zich bezig kunnen houden met de cliënten en aanwezig kunnen zijn in de leefgroep. Het verschil met 'gewoon' aanwezig zijn en sociotherapeutisch aanwezig zijn in de leefgroep is dat er interactie met de cliënt plaatsvindt en hierin en leer- en oefensituaties worden gecreëerd worden door de sociotherapeut.

Probleem 7

Gesignaleerd probleem: De bezetting van de behandelaren is niet stabiel en onvoldoende.

Doelstelling: De bezetting van de functie behandelaar is voldoende bezet en stabiel.

Acties: Teamleider / management dient de aanwezige vacatures in te vullen en te proberen om, in hoeverre dat er invloed op uitgeoefend kan worden, zo weinig mogelijk wisselingen in het behandelteam plaats te laten vinden.

Probleem 8

Gesignaleerd probleem: Het aanbod van vaktherapieën en trainingen is onvoldoende.

Doelstelling: Er is een groter aanbod van vaktherapieën en trainingen.

Acties: In het praktijkonderzoek worden meerdere vaktherapieën en trainingen benoemd die volgens de geïnterviewden passen binnen sociotherapeutisch werken. Er dient door behandelaren / leidinggevende gekeken te worden of cliënten van de FPA gebruik kunnen maken van vaktherapieën ergens anders binnen het instituut. De trainingen worden door de sociotherapeuten gegeven aan cliënten. Er moeten keuzes gemaakt worden voor bepaalde trainingen en hierin moeten enkele sociotherapeuten opgeleid worden zodat ze de trainingen kunnen geven. Het is belangrijk dat een training door meer dan één sociotherapeut gegeven kan worden om de voortgang van een training te garanderen. De trainingen dienen structureel terug te komen in het behandel aanbod.

Probleem 9

Gesignaleerd probleem: De leden van het team van de FPA hebben onvoldoende kennis over de aanwezige therapieën/trainingen.

Doelstelling: De leden van het team van de FPA hebben kennis over de aanwezige therapieën/trainingen.

Acties: Tijdens een werkoverleg geeft een vaktherapeut/trainer uitleg (klinische les) over zijn therapie/training en hoe de sociotherapeut de cliënt kan ondersteunen om het geleerde uit de therapie/training te oefenen in de praktijk.

Probleem 10

Gesignaleerd probleem: Er wordt onvoldoende veiligheid ervaren binnen het leefmilieu van de FPA.

Doelstelling: De veiligheid in het leefmilieu is vergroot, onder andere door meer aanwezigheid van de sociotherapeut in de leefgroep.

Acties: De sociotherapeut is meer aanwezig in de leefgroep. De actiepunten worden beschreven bij probleemstelling 7. In de leefgroep is de sociotherapeut alert op aspecten van veiligheid zoals onderlinge relaties tussen cliënten, de sfeer op de groep en ongewenste en verboden handelingen. Indien nodig handelt de sociotherapeut om de veiligheid te waarborgen en/of te verbeteren.

Probleem 11

Gesignaleerd probleem: Er is onvoldoende transfer tussen de therapie/training en de leefgroep. De informatie van hetgeen de cliënt leert in de therapie/training wordt niet/nauwelijks teruggekoppeld naar de leefgroep en de informatie van hoe het met de cliënt gaat binnen de leefgroep wordt niet/nauwelijks teruggekoppeld naar de therapie/training.

Doelstelling: Er is voldoende transfer tussen de therapie/training en de leefgroep.

Acties: De sociotherapeut weet wat de therapie/training inhoudt en hoe hij de cliënt kan ondersteunen om het geleerde in de praktijk toe te passen (probleemstelling 9). Hetgeen dat er in de therapie/training behandeld wordt dient bij de cliënt gerapporteerd te worden in het EPD. Als de sociotherapeuten ergens extra aandacht voor moeten hebben dient dit meer in de aandacht gebracht te worden door bijvoorbeeld een mondelinge toelichting van de therapeut/trainer. Zo dienen bijzonderheden uit de leefgroep ook worden teruggekoppeld naar de therapeut/trainer.

Probleem 12

Gesignaleerd probleem: De methode motiverende gespreksvoering is onvoldoende bekend bij de leden van het team van de FPA en wordt onvoldoende ingezet in de interactie met de cliënt.

Doelstelling: De leden van het team van de FPA zijn bijgeschoold in motiverende gespreksvoering en deze methode wordt ingezet in de interactie met de cliënt.

Acties: Het multidisciplinaire team krijgt bijscholing in motiverende gespreksvoering. Na deze bijscholing is het de verantwoordelijkheid van de leden om de methode in de praktijk uit te voeren in contact met de cliënten. Aan de uitvoer hiervan wordt aandacht besteed in de intervisie als er gesproken wordt over het functioneren van het team ten opzichte van de cliënt.

Probleem 13

Gesignaleerd probleem: De huidige vormen van behandelinhoudelijk overleg vragen om verbetering wat betreft effectiviteit en doelgerichtheid.

Doelstelling: Er is een overlegmethode gecreëerd waardoor het behandelinhoudelijk overleg meer effectief en doelgericht wordt.

Acties: Het e-bord overleg, een overlegmethode die op andere afdelingen binnen het VvGI (o.a. Intensief 2) gehanteerd wordt, is meer effectief en doelgericht. In overleg met teamleider en behandelinhoudelijk leider kan de projectgroep bekijken of deze overlegmethode goed past binnen de FPA. Als er gekozen wordt om volgens deze methode te werken dienen alle leden van het multidisciplinaire team geïnformeerd te worden over de werking van deze methode. Wanneer alle faciliteiten aanwezig zijn kan de methode toegepast gaan worden. Als de methode niet past binnen de FPA dient er door de projectgroep verder gezocht te worden naar een passende methode.

Probleem 14

Gesignaleerd probleem: Binnen de FPA is er onduidelijkheid over de taken en verantwoordelijkheden binnen de verschillende disciplines.

Doelstelling: De taken en verantwoordelijkheden van leden van het multidisciplinair team van de FPA zijn verduidelijkt en vastgelegd.

Acties: Er dient in kaart te worden gebracht welke disciplines betrokken zijn bij de FPA en welke taken en verantwoordelijkheden deze hebben. Als dit niet bekend is dient er in multidisciplinair overleg (evt. alleen met de betrokkenen) deze taken en verantwoordelijkheden bepaald te worden. In de beleidsbesprekingen wordt de uitvoer van de taken en verantwoordelijkheden geëvalueerd.

Probleem 15

Gesignaleerd probleem: Er is onvoldoende interactie tussen de leden van het multidisciplinair team van de FPA en de cliënt en er wordt te weinig samen met de cliënt ondernomen.

Doelstelling: Er wordt meer aandacht geschonken aan de interactie met de cliënt en het samen ondernemen van activiteiten.

Acties: Doordat het gefaciliteerd wordt dat de sociotherapeut meer in de leefgroep aanwezig kan zijn (resultaat 7), is er tevens de mogelijkheid gecreëerd dat de sociotherapeut meer aandacht kan besteden aan interactie met de cliënt en het samen ondernemen van activiteiten. Dit is de verantwoordelijkheid van de sociotherapeut zelf. Hij dient er op te letten dat hij de interventies pleegt in het kader van de visie.

ACTIE 12: Uitvoeren van projectplan

➤ Evaluatie fase

Hoewel evaluatie de laatste fase lijkt, moet er aandacht besteed worden aan een evaluatiestrategie vanaf de voorstel fase. Vanwege de meerwaarde van een participatieve benadering bij het implementeren van veranderingen is het wenselijk dat belanghebbenden ook actief deelnemen aan het ontwikkelen van de evaluatiestrategie, vooral met betrekking tot de evaluatievragen die gesteld worden. Zodoende worden resultaten en uitkomsten in kaart gebracht die betekenis hebben voor de belanghebbenden (Munten, Snoeren, & Cardiff). Voor de FPA is het dus van belang dat er binnen bijvoorbeeld een 'groot team' overlegd wordt, op welke manier er met regelmaat wordt geëvalueerd, tijdens en na elke interventie van het implementatieplan. De projectgroep zal hierin het voortouw moeten nemen en hun kennis en ervaringen delen met het team. De projectleider zal dit beraad leiden. Er kan tijdens de evaluaties gebruik gemaakt worden van een CCI meting (Claims, Concerns & Issues). Hierin worden, met betrekking tot een implementatie, de krachten (Claims) en mogelijke belemmeringen (Concerns) in kaart gebracht en kunnen er ook vragen gesteld worden ter verduidelijking van de implementatie (Issues)(Bijlage 9).

➤ **Conclusie**

Zoals dat geldt voor elk model, is ook het GPS model een vereenvoudigde weergave van de complexe werkelijkheid. Tijdens het implementeren duiken er immers regelmatig onverwachte kliffen op waar langs gelaveerd moet worden om geen schipbreuk te leiden en het gestelde reisdoel te bereiken. In hoeverre het model daarbij behulpzaam is, zal dan ook tijdens dergelijke tochten moeten worden getoetst zodat het op grond daarvan eventueel kan worden aangepast (Munten, Snoeren, & Cardiff).

Bibliografie

- B.H.Bulten, & Fluttert, F. (2010). *Essen CES–NL© Scoring Key*. Opgeroepen op januari 10, 2014, van https://www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-forensik/projekte/essences_nl_scoring_2010.pdf
- Baarda, B. (2009). *Dit is onderzoek!* Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Baarda, B., & Hulst, M. v. (2012). *Basisboek interviewen*. Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Baarda, d. D., & Goede, D. M. (2006). *Basisboek methoden en technieken*. Houten: Wolters-Noordhoff.
- Baarda, D. D., Goede, D. M., & Teunissen, D. J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Houten: Wolters-Noordhoff.
- Broek, R. v., & Pansters, M. (2010). *Afdelingsbeschrijving Isis 1*. Venray: FPC de Rooyse Wissel.
- Brunt, D., & Rask, M. (2012). A Suggested Revision of the Community Oriented Program Environmental Scale (COPEs) for Measuring the Psychosocial Environment of Supported Housing Facilities for Persons with Psychiatric Disabilities. *Issues in Mental Health Nursing* , 24-31.
- Brunt, D., & Rask, M. (2012). A Suggested Revision of the Community Oriented Program Environmental Scale (COPEs) for Measuring the Psychosocial Environment of Supported Housing Facilities for Persons with Psychiatric Disabilities. *Issues in Mental Health Nursing*, 33 , 24-31.
- Bureau voor Toegepaste Sociale Gerontologie. (2013, september 8). *Methodisch werken, kwaliteit en klantgericht werken*. Opgeroepen op januari 10, 2014, van BTSG: <http://www.btsg.nl/infobulletin/methodischwerken.html>
- C.Janzing, & J.Kerstens. (2012). *Werken in een therapeutisch milieu*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Coussens, A., Bruyne, S. D., Frène, V. D., Descamps, J., Haegeman, P., Lauwers, M., et al. (2009). *Methodisch werken in de gezondheidszorg*. Antwerpen - Apeldoorn: Garant Uitgevers NV.
- EFP. (2013). *Basis zorgprogramma*. Utrecht: EFP.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (2013). *Basis zorgprogramma*. Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Fluttert, D. F. (2014, Januari 30). Researcher FPC Dr. S van Mesdag. (C. Wilms, Interviewer)
- Gillespie, M., & Flowers, P. (2009). From the old to the new: Is forensic mental health nursing in transition? . *Journal of Forensic Nursing*, nr5 , 212-219.
- Gillespie, M., & Flowers, P. (2009). From the old to the new: Is forensic mental health nursing in transition? *Journal of Forensic Nursing* 5 , 212–219.

Ginny Focht-New, A. B. (2008). Persons With Developmental Disability Exposed to Interpersonal Violence and Crime: Approaches for Intervention. *Perspectives in Psychiatric Care Vol. 44, No. 2* , 89-98.

Grol, R., & Wensing, M. (2012). *Implementatie, Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Amsterdam: Reed Business.

Guba, E., & Lincoln, Y. (1985). *Naturalistic Inquiry*. London: Sage Publications, Inc.

Hellenbrand, I., B.Tiemens, & Appel, T. (2007). Lange behandelingen ontberen scherpe behandeldoelen: een exploratief onderzoek naar mogelijkheden voor verkorting van de wachtlijst. *PsychoPraxis 9* , 90-93.

In Goede handen. (1980). *1980 Sociotherapie voor verpleegkundigen*. Opgeroepen op November 23, 2013, van Het oude gesticht: <http://www.hetoudegesticht.com/1980-sociotherapie-voor-verpleegkundigen/>

J.Janssen, & Pierloot, R. (1970). *Milieutherapie en sociotherapie*. Kortenberg: Universitaire St. Josefkliniek voor Psychiatrie.

Janssen, R. (2014, januari 17). Methodisch werken. (C. Willems, Interviewer)

Kar, T. v., & Walters, K. (2010). *Sociotherapie op de FPA Vught?* Vught: Reinier van Arkelgroep.

Kinet, M. (1995). *Milieutherapie*. Broeders van Liefde.

Klerks, L., Asdonck, N. v., & Bos, K. v. (2013).

Kluft, M., & Haterd, J. v. (2010). *Sociotherapie in de forensische zorg*. MOVISIE.

Koekkoek, B. (2011). *Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Kuhlemeijer, H. (2004). *Beoordelingsschalen in praktijktoetsen: hoe ontwikkel en gebruik je ze?*. Opgeroepen op april 4, 2014, van Toetswijzer: <http://toetswijzer.kennisnet.nl/html/praktijktoetsen/praktijktoetsen3.pdf>

Lehman, A. F., Strauss, J. S., Ritzler, B. A., Kokes, R. F., Harder, D. W., & Gift, T. E. (1982). First-Admission Psychiatric Ward Milieu. *Arch Gen Psychiatry, Vol 39* , 1293-1298.

McCormack, B., Kitson, A., Harvey, G., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., & Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: The meaning of context. *Journal of Advanced Nursing* , vol. 38 94-104.

Munten, d. G., Snoeren, d. M., & Cardiff, d. S. (sd). Als implementeren navigeren is, is een GPS wel handig.

N.Schalast, M.Redies, M.Collins, J.Stacey, & K.Howells. (2008). EssenCES, a short questionnaire for assessing the social climate of forensic psychiatric wards. *Criminal Behaviour and Mental Health, 18* , 49-58.

Nederlands instituut voor sociotherapie. (2005, Januari 2). *Beroepsprofiel voor sociotherapeuten*. Opgeroepen op November 23, 2013, van sociotherapie: <http://www.sociotherapie.nl/soc00.htm>

Nederlandse Zorgautoriteit. (2013). *Organisatie*. Opgeroepen op september 26, 2013, van Nederlandse Zorgautoriteit: <http://www.nza.nl/organisatie/overdenza/>

Nederlandse Zorgautoriteit. (2013). *Prestatiebekostiging GGZ*. Opgeroepen op september 26, 2013, van Nederlandse Zorgautoriteit: <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/prestatiebekostiging-GGZ/>

Nederlandse Zorgautoriteit. (2013). *Regeling Declaratiebepalingen DBBC's FZ, NR/FZ-001*. Opgeroepen op december 12, 2013, van Nederlandse Zorgautoriteit: <http://www.nza.nl/141224/606423/NR-FZ-001.pdf>

Nesset, M. B., Rossberg, J. I., Almvik, R., & Friis, S. (2009). Can a focused staff training programme improve the ward atmosphere and patient satisfaction in a forensic psychiatric hospital? A pilot study. *Scand J Caring Sci*, 117-124.

Nesset, M. B., Rossberg, J. I., Almvik, R., & Friis, S. (2009). Can a focused staff training programme improve the ward atmosphere and patient satisfaction in a forensic psychiatric hospital? A pilot study. *Scand J Caring Sci*, 23, 117-124.

Nistelrooy, I. v. (2012). *Basisboek Zorgethiek*. Utrecht: De Vrije Uitgevers.

Rijksoverheid. (2013). *Miljoenennota 2013*. Opgeroepen op september 26, 2013, van www.rijksoverheid.nl: http://www.rijksbegroting.nl/2013/voorbereiding/miljoenennota,kst173801_11.html

Schalast, N. (2009, juni). *Essen Climate Evaluation Schema Basic Information*. Opgeroepen op januari 10, 2014, van <https://www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-forensik/projekte/essencesbasicinformationjune09.pdf>

Schein, E. (1985). *Organizational Culture And Leadership*. Jossey-Bass Inc Pub.

Stockmann, B. (2014, februari 21). Eindhoven.

Tonkin, M., Howells, K., Ferguson, E., Clark, A., M.Newberry, & Schalast, N. (2012). Lost in Translation? Psychometric Properties and Construct Validity of the English Essen Climate Evaluation Schema (EssenCES) Social Climate Questionnaire. *Psychological Assessment Vol.24, No.3*, 573-580.

V&VN. (2012). *Meerjarig Strategisch Beleidsplan 2013-2016*.

V&VN. (2013). *Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden*.

Vereniging ter bevordering van Sociotherapie. (2005). *Beroepsprofiel Sociotherapeuten*. Opgeroepen op januari 1, 2014, van Panta Rhei: <http://www.pantarhei.org/literat/soc01.htm#def>

Vereniging voor Klinische Psychotherapie. (2013, Januari). *cursussen & opleidingen*. Opgeroepen op Januari 29, 2014, van Vereniging voor klinische psychotherapie: <http://www.klinische-psychotherapie.nl/folders/Folder%20sociotherapeut%20jan%202013%20Word.pdf>

Vincent van Gogh Instituut. (2013). *Missie en Visie*. Opgeroepen op september 26, 2013, van Vincent van Gogh Instituut: <http://www.vvgi.nl/ggz/pid-115-taalkeuze-1/Vincent+van+Gogh+voor+geestelijke+gezondheidszorg/Onze+organisatie///Missie+%26+Visie.html?opt=1>

Vincent van Gogh Instituut. (2013). *Ontwerp Zorgprogramma Forensisch*. Venray.

Vries, S. d. (2008). *Basismethodiek Psychosociale Hulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Weerd, D. d., & Oudmaijer, M. (2009). Sociotherapie en klinische schematherapie. In E. Muste, A. Weertman, & A.-M. Claassen, *Handboek klinische schematherapie* (pp. 131-160). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Weerd, D. d., Slaa, S., & Muste, E. (2013). *Handboek Sociotherapie*. Amsterdam: SWP.

Inhoudsopgave:

Hoofdstuk 1: Inleiding	5
Hoofdstuk 2: Methode.....	48
2.1 Zoekstrategie literatuurstudie deel 1:	48
2.2 Zoekstrategie literatuurstudie deel 2:	50
Hoofdstuk 3: Resultaten	53
3.1 Wat zijn best practices?	53
3.2 Wat is methodisch werken?	54
3.3 Wat zijn de voorwaarden om methodisch werken in de praktijk te brengen?	58
3.4 Wat is sociotherapie?	60
3.4.1 Het therapeutisch milieu	60
3.4.2 Sociotherapie	62
3.4.3 Interventies	63
3.4.4 Sociotherapie in de forensische psychiatrie	65
3.5 Hoe kan het therapeutisch milieu worden gemeten?	66
3.6 Hoe dient sociotherapie gecreëerd te worden op een afdeling?	67
3.6.1 Werken in teamverband	68
3.6.2 De sociotherapeut.....	69
Hoofdstuk 4: Conclusie en Discussie.....	70
Bibliografie	74

Sociotherapie, wat is dat?

Hoofdstuk 1: Inleiding

Doordat Nederland in 2011 voor de tweede keer in een korte tijd in een recessie belandde, heeft het kabinet forse bezuinigingen en inkomstenverhogende maatregelen ingevoerd. Ook voor de zorg heeft dit grote gevolgen. In 2013 bedraagt de bezuiniging in de zorg 1,4 miljard euro (Rijksoverheid, 2013). Om de zorg ook in de toekomst voor iedereen betaalbaar, bereikbaar en kwalitatief goed te houden, moet het beschikbare geld zo goed mogelijk worden besteed. Door gereguleerde marktwerking in de zorg wil de overheid een beter systeem van gezondheidszorg bereiken dat stimuleert tot verhoogde efficiëntie en leidt tot betere kwaliteit, toegankelijkheid en transparantie (Nederlandse Zorgautoriteit, 2013).

Een onderdeel van gereguleerde marktwerking is de prestatiebekostiging. Prestatiebekostiging wil zeggen dat zorgaanbieders voor elke geleverde zorgprestatie apart betaald krijgen, in plaats van dat zij per jaar één vast budget hebben voor het leveren van zorg.

Naast de prestatiebekostiging zorgt ook een andere factor voor het verhogen van de kwaliteit van de zorg. Dit is de ontwikkeling van de verpleegkundige beroepsgroep van iets wat alle vrouwen, volgens I. v. Nistelrooy, 'van nature' lijken te kunnen (Nistelrooy, 2012) tot een beroep met een hoge mate van professionaliteit (V&VN, 2012). De gedragsnormen die deze ontwikkeling met zich meebrengt zijn verwoord in de Nationale Beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden (V&VN, 2013). In de beroepscode staat onder andere beschreven dat een verpleegkundige ervoor zorgt dat zijn zorgverlening aansluit bij de actuele wetenschappelijke, beroepsmatige en maatschappelijke ontwikkelingen. Ook ondersteunt en initieert een verpleegkundige in activiteiten ter bevordering van de kwaliteit van zorg en de ontwikkeling van het beroep.

Het expertisecentrum voor forensische psychiatrie (EFP) sluit aan bij de gedragsnormen uit de beroepscode door het schrijven van een landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten. Het betreft een gemeenschappelijk kader voor organisaties, professionals en patiënten, gebaseerd op de beschikbare wetenschappelijke en professionele kennis. Het forensisch psychiatrisch zorgprogramma is een samenhangend behandelaanbod om delict risico's te verkleinen. Het biedt hiertoe een overzicht van het optimale zorgaanbod voor de desbetreffende forensisch psychiatrische doelgroep (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2013).

De Forensische Psychiatrie Afdeling (FPA), een afdeling binnen het Vincent van Gogh Instituut voor Geestelijke Gezondheidszorg, heeft ook een concept zorgprogramma geschreven. Dit document dient als basis voor de inrichting en uitvoering van het behandelklimaat op de FPA. Hiermee sluit het aan bij het EFP en de beroepscode en tevens bij de visie van het instituut. Het Vincent van Gogh Instituut heeft in hun visie geformuleerd dat ze zo kwalitatief en effectief mogelijke zorg willen leveren. Er wordt gewerkt vanuit het concept van vraag gestuurde zorg, waarin de cliënt het voortouw neemt en de professional en de organisatie volgend zijn. Zorglijnen en zorgprogrammering vormen de pijlers voor de organisatie van de hulpverlening (Vincent van Gogh Instituut, 2013). Het Vincent van Gogh Instituut spreekt de intentie uit om zorg en behandeling te bieden tegen lagere kosten door het verbeteren van de kwaliteit, het stroomlijnen van zorgprocessen en het combineren van hun kennis en kunde met ketenpartners (Vincent van Gogh Instituut, 2013).

In het concept zorgprogramma van de FPA wordt genoemd dat de behandeling plaats dient te vinden binnen een sociotherapeutisch milieu (Vincent van Gogh Instituut, 2013). De Vereniging ter Bevordering Sociotherapie hanteert de volgende definitie voor het vak sociotherapie: *"Sociotherapie is het methodisch hanteren van het leefmilieu van een groep patiënten, gericht op*

de behandeldoelen van deze groep - opgevat als middel om de behandeldoelen van de individuele patiënt te bereiken - binnen een functionele eenheid van doorgaans intramurale behandelsituaties” (Vereniging ter bevordering van Sociotherapie, 2005)

Vanuit verschillende betrokken disciplines heerst het vermoeden dat er momenteel geen sociotherapeutisch milieu heerst op de FPA. Het ontbreken van een sociotherapeutisch milieu kan als gevolg hebben:

Het leefmilieu wordt niet methodisch gehanteerd, waardoor dit aspect van de behandeling niet doelgericht, systematisch, procesmatig en bewust is. Hierdoor is het voor het multidisciplinaire team onduidelijk wat er verwacht wordt, er is geen duidelijk beeld van de visie en de werkzaamheden. De kans op fouten neemt toe omdat er geen grip is op wat er gebeurt en niet vooruit kan kijken. Ook kan het handelen niet geëvalueerd worden en kan het handelen dus ook niet worden verbeterd (Bureau voor Toegepaste Sociale Gerontologie, 2013)

De behandeling loopt niet in alle ‘lijnen’ door. Dit betekent dat er weinig continuïteit van zorg is, weinig vaardigheden die in de therapie zijn geleerd, worden geoefend in de praktijk, en hierdoor stagnering van behandeling. Vaktherapeuten en behandelaren geven aan dat er te weinig geoefend wordt met de patiënten om hun aangeleerde vaardigheden vanuit de therapie nog meer eigen te maken, onder begeleiding in een veilige omgeving. Ze geven aan dat het effect van de behandeling op deze manier stagneert (Klerks, Asdonck, & Bos, 2013).

Verschillende studies laten zien dat het sociotherapeutisch milieu een belangrijke factor is die het welzijn van de cliënt en de behandeluitkomsten beïnvloedt (Brunt & Rask, 2012)

Uit het hierbovenstaande volgen twee onderzoeksvragen die in deze literatuurstudie beantwoord worden. Het betreft de vragen:

“Wat zijn de best practices met betrekking tot het werken met sociotherapie?”

en

“Hoe is dit te realiseren op een (forensisch) psychiatrische afdeling?”

Om een volledig antwoord te kunnen geven op deze onderzoeksvragen zijn deze onderzoeksvragen onderverdeeld in de volgende deelvragen:

“Wat zijn best practices?”

“Wat is methodisch werken en wat zijn de voorwaarden om dit in de praktijk te brengen?”

“Wat is sociotherapie?”

“Hoe kan het therapeutisch milieu worden gemeten?”

“Hoe dient sociotherapie gecreëerd te worden op een afdeling?”

Deze literatuurstudie is opgebouwd uit vier hoofdstukken. Na dit eerste hoofdstuk zal in hoofdstuk twee de opzet en methode van onderzoek worden beschreven. In hoofdstuk drie worden de resultaten van de literatuurstudie weergegeven. En ten slotte komen in hoofdstuk vier de conclusie en discussie aan bod.

Hoofdstuk 2: Methode

In dit hoofdstuk worden de opzet en uitvoering van de literatuurstudie beschreven. De literatuurstudie is verdeeld om in een zo kort mogelijke tijd een zo volledig mogelijk antwoord te vinden op de verschillende deelvragen.

Deel 1:

Wat zijn best practices?

Wat is methodisch werken?

Wat zijn de voorwaarden om dit in de praktijk te brengen?

Deel 2:

Wat is sociotherapie?

Hoe kan het therapeutisch milieu worden gemeten?

Hoe dient sociotherapie gecreëerd te worden op een afdeling?

Om relevante studies te identificeren, werd een zoekactie uitgevoerd in vier elektronische databases (CINAHL, Pubmed, Cochrane en Invert) tot 29 november 2013. De zoekstrategie (tabel 1) is eerst ontwikkeld voor CINAHL en later aangepast om te kunnen zoeken in de andere databases. Zoekwoorden werden in verschillende synoniemen, zowel in het Nederlands als Engels, gebruikt om zo breed mogelijk te zoeken. Alleen volledige artikelen, geschreven in het Engels of Nederlands en voldoen aan de volgende inclusiecriteria (zie tabel 1), werden geselecteerd.

De literatuurlijsten van alle opgenomen artikelen werden gescreend en belangrijke bronverwijzingen werden nagekeken om extra relevante studies te identificeren.

In de onderstaande tabellen is in getallen weergegeven hoeveel relevante publicaties uiteindelijk via screening zijn overgebleven. Hierbij zijn vervolgens ook de artikelen benoemd.

2.1 Zoekstrategie literatuurstudie deel 1:

Tabel 1:

Zoekmachine: CINAHL

Search number	Search Terms	Hits
# 1	psychiatric OR psychiatry OR psychiatric hospital OR mental healthcare OR mental health care OR Forensic OR Forensic psychiatry OR mental health service OR mental health services OR psychiatric care OR Forensic department OR psychiatric unit OR psychiatric units OR psychiatric department OR psychiatric nursing OR forensic unit	11199
# 2	methodical work OR nursing methods OR nursing methodology OR methodology OR nursing process OR systematically	154241
# 3	benefit OR disadvantage OR result OR consequence OR outcome OR condition OR requirement OR output	1109680
# 4	#1 AND #2 AND #3	1566
# 5	Filter: Artikelen vanaf 2008	924
# 6	Filter: Academic Journals	910
# 7	Filter: Full Tekst	868
# 8	Filter: Age – All adult	197
# 9	Filter: Major heading Included: psychiatric nursing, forensic nursing, psychiatric patients, mental health services, nursing interventions, prisoners, decision making, attitude of health personnel, communication, nursing role, professional-patiënt relations, nurse attitudes patient attitudes	55

Screening op Title

Bruikbaar: 14

Screening op Abstract

Bruikbaar: 6

Screening op full tekst

Bruikbaar: 1

Tregoweth, J., Walton, J., & K.Reed. (2012). The experiences of people who re-enter the workforce following discharge from a forensic hospital. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 49-62.

Tabel 2:

Zoekmachine: Cochrane

Search number	Search Terms	Hits
# 1	"psychiatric" OR "psychiatry" OR "psychiatric hospital" OR "mental healthcare" OR "mental health care" OR "Forensic" OR "Forensic psychiatry" OR "mental health service" OR "mental health services" OR "psychiatric care" OR "Forensic department" OR "psychiatric unit" OR "psychiatric units" OR "psychiatric department" OR "psychiatric nursing" OR "forensic unit"	14424
# 2	"methodical work" OR "nursing methods" OR "nursing methodology" OR "methodology" OR "nursing process" OR "systematically"	19272
# 3	"benefit" OR "disadvantage" OR "result" OR "consequence" OR "outcome" OR "condition" OR "requirement" OR "output"	402239
# 4	#1 AND #2 AND #3	1479
# 5	Filter: artikelen vanaf 2008	1479
# 6	Filter: Zoektermen in Title/Abstract/Keywords	79

Cochrane Reviews: Aantal: 3
Screening op title Bruikbaar: 0

Trials: Aantal: 39
Screening op title Bruikbaar: 1
Screening op abstract Bruikbaar: 0

Methods Studies: Aantal: 37
Screening op title: Bruikbaar: 2
Screening op abstract: Bruikbaar: 1
Screening full tekst: Bruikbaar: 1

Balkom, A. v., & Oosterbaan, D. (2008). Leiden richtlijnen tot een betere klinische praktijk? *Tijdschrift voor Psychiatrie* 50 (2008)6, 323-328.

Tabel 3:

Zoekmachine: Pubmed

Search number	Search Terms	Hits
# 1	psychiatric OR psychiatry OR psychiatric hospital OR mental healthcare OR mental health care OR Forensic OR Forensic psychiatry OR mental health service OR mental health services OR psychiatric care OR Forensic department OR psychiatric unit OR psychiatric units OR psychiatric department OR psychiatric nursing OR forensic unit	665873
# 2	methodical work OR nursing methods OR nursing methodology OR methodology OR nursing process OR systematically	5093627
# 3	benefit OR disadvantage OR result OR consequence OR outcome OR condition OR requirement OR output	5001069
# 4	#1 AND #2 AND #3	65871
# 5	Filter: Full Tekst	57927
# 6	Filter: artikelen vanaf 2008	25591
# 7	Filter: Human	21780
# 8	Filter: Adult 19+	15297
# 9	Filter: Free Full Tekst Available	4817
# 10	Filter: English	4728
# 11	Filter: Journal Category – nursing Journal	35

Schreening op title: Bruikbaar: 0

Tabel 4:

Zoekmachine: Invert

Search number	Search Terms	Hits
# 1	"psychiatrie" or "psychiatrisch ziekenhuis" or "psychiatrische afdeling" or "psychiatrische afdelingen" or "psychiatrisch" or "geestelijke gezondheidszorg" or "GGZ" or "forensische psychiatrie"	885
# 2	"Methodisch werken" or "verpleegkundige methodiek" or "methodisch" or "systematisch" or "procesmatig" or "verpleegproces" or "verpleegkundig proces"	149
# 3	"Effect" or "voordelen" or "voordeel" or "nadelen" or "nadeel" or "resultaten" or "resultaat" or "gevolg" or "voorwaarde" or "eis" or "consequentie"	574
# 4	#1 AND #2 AND #3	0
# 5	#1 AND #2	6

Screening op title: Bruikbaar: 5
 Screening op abstract: Bruikbaar: 5
 Screening op full tekst: Bruikbaar: 4

Loth, C., Meijer, M., & Jong, A. d. (2002). Een goed begin is het halve werk. Verslag van een actieonderzoek naar het verpleegkundig methodische werken in de GGZ. *Verpleegkunde*, 4-13.

Wauwe, K. V., & Berteloot, S. (1996). Verpleegkundige methodiek-ontwikkeling in de geestelijke gezondheidszorg : knelpunten en mogelijkheden. *Psychiatrie en verpleging*. - Vol. 72, nr. 6, 385-394.

Wiersma, D. (1996). Het leven van alledag als onderdeel van het zorgaanbod in de psychiatrie: groepszorgplannen. *TVZ tijdschrift voor verpleegkundigen*. - Vol. 106, nr. 4 , 100-103.

Kuijeren, P. v. (1993, mei 12). Utrecht.

2.2 Zoekstrategie literatuurstudie deel 2:

Tabel 5:

Zoekmachine: Cinahl

Search number	Search Terms	Hits
# 1	psychiatry OR psychiatric hospital OR mental healthcare OR OR mental health care OR Forensic OR Forensic psychiatry OR mental health service OR mental health services OR psychiatric care OR Forensic department OR psychiatric unit OR psychiatric units OR psychiatric department OR psychiatric nursing OR forensic unit	11199
# 2	sociotherapy OR social climate OR milieu therapy OR sociotherapeutic work OR therapeutic environment OR sociotherapeutic environment	12619
# 3	benefit OR disadvantage OR result OR consequence OR outcome OR condition OR requirement OR output	1109680
# 4	#1 AND #2 AND #3	116
# 5	Filter: Full tekst	115
# 6	Filter: vanaf 2008	40
# 7	Filter: Academic Journals	38
# 8	Filter: Age All adult	12

Screening op title: Bruikbaar: 4
 Screening op abstract: Bruikbaar: 4
 Screening op full tekst: Bruikbaar: 3

Brunt, D., & Rask, M. (2012). A Suggested Revision of the Community Oriented Program Environmental Scale (COPES) for Measuring the Psychosocial Environment of Supported Housing Facilities for Persons with Psychiatric Disabilities. *Issues in Mental Health Nursing* , 24-31.

Gillespie, M., & Flowers, P. (2009). From the old to the new: Is forensic mental health nursing in transition? *Journal of Forensic Nursing* 5 , 212-219.

Neset, M. B., Rossberg, J. I., Almvik, R., & Friis, S. (2009). Can a focused staff training programme improve the ward atmosphere and patient satisfaction in a forensic psychiatric hospital? A pilot study. *Scand J Caring Sci* , 117-124.

Tabel 6:

Zoekmachine: Cochrane

Search number	Search Terms	Hits
# 1	psychiatric OR psychiatry OR psychiatric hospital OR mental healthcare OR OR mental health care OR Forensic OR Forensic psychiatry OR mental health service OR mental health services OR psychiatric care OR Forensic department OR psychiatric unit OR psychiatric units OR psychiatric department OR psychiatric nursing OR forensic unit	16312
# 2	sociotherapy OR social climate OR milieu therapy OR sociotherapeutic work OR therapeutic environment OR sociotherapeutic environment	382
# 3	benefit OR disadvantage OR result OR consequence OR outcome OR condition OR requirement OR output	402239
# 4	#1 AND #2 AND #3	532

Search in title, abstract, keywords:	Review	4
	Trials	43
Screening op title:	Review	0
	Trials	13
Screening op abstract:	Review	0
	Trials	4
Screening op full tekst:	Bruikbaar:	1

Lehman, A. F., Strauss, J. S., Ritzler, B. A., Kokes, R. F., Harder, D. W., & Gift, T. E. (1982). First-Admission Psychiatric Ward Milieu. *Arch Gen Psychiatry*, 1293-1298.

Tabel 7:

Zoekmachine: Pubmed

Search number	Search Terms	Hits
# 1	psychiatric OR psychiatry OR psychiatric hospital OR mental healthcare OR OR mental health care OR Forensic OR Forensic psychiatry OR mental health service OR mental health services OR psychiatric care OR Forensic department OR psychiatric unit OR psychiatric units OR psychiatric department OR psychiatric nursing OR forensic unit	666236
# 2	sociotherapy OR social climate OR milieu therapy OR sociotherapeutic work OR therapeutic environment OR sociotherapeutic environment	242687
# 3	benefit OR disadvantage OR result OR consequence OR outcome OR condition OR requirement OR output	5004255
# 4	#1 AND #2 AND #3	8096
# 5	Filter: Free full text available	1268
# 6	Filter: Vanaf 2008	687
# 7	Filter: Species Humans	624
# 8	Filter: Adult 19+	396
# 9	Filter: English	390
# 10	Filter: Core clinical Journals	39

Screening op title:	Bruikbaar:	0
---------------------	------------	---

Tabel 8:

Zoekmachine: Invert

Search number	Search Terms	Hits
# 1	"psychiatrie" or "psychiatrisch ziekenhuis" or "psychiatrische afdeling" or "psychiatrische afdelingen" or "psychiatrisch" or "geestelijke gezondheidszorg" or "GGZ" or "forensische psychiatrie"	885
# 2	"Sociotherapie" or "sociotherapeutisch werken" or "milieutherapie" or "therapeutisch milieu" or "therapeutisch leefmilieu" or "sociotherapeutisch leefmilieu"	6
# 3	"Effect" or "voordelen" or "voordeel" or "nadelen" or "nadeel" or "resultaten" or "resultaat" or "gevolg" or "voorwaarde" or "eis"	574
# 4	#1 AND #2 AND #3	0
# 5	#1 AND #2	0
# 6	#2 AND #3	0

Na het lezen van de artikelen is er op basis van de gevonden informatie in Google Scholar geavanceerd gezocht met de volgende zoektermen en inclusiecriteria:

Artikelen zoeken met alle woorden: WAS Hits:
- Overall in het artikel
Artikelen weergegeven die geschreven zijn door: Schalast
Artikelen weergegeven die gedateerd zijn tussen: 2008 – 2014 33

Screening op titel: Bruikbaar: 5
Screening op abstract: Bruikbaar: 3
Screening op full tekst: Bruikbaar: 2

Schalast, N., Redies, M., Collins, M., Stacey, J., & Howells, K. (2008). EssenCES, a short questionnaire for assessing the social climate of forensic psychiatric wards. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 49-58.
Schalast, N., Tonkin, M., Howells, K., Ferguson, E., Clark, A., & Newberry, M. (2012). Lost in Translation? Psychometric Properties and Construct Validity of the English Essen Climate Evaluation Schema (EssenCES) Social Climate Questionnaire. *Psychological Assessment*, 573–580.

Artikelen zoeken met de woorden: “essen climate evaluation schema” AND “Schalast” Hits:
3

Screening op title: Bruikbaar: 1
Screening op full tekst: Bruikbaar: 1

B.H.Bulten, & Flutterm, F. (2010). Essen CES–NL© Scoring Key. Opgeroepen op januari 10, 2014, van https://www.unidue.de/imperia/md/content/rke-forensik/projekte/essences_nl_scoring_2010.pdf

Artikelen zoeken met de woorden: “vijf fasen” AND “methodisch werken” AND “Zorg” Hits:
9

Screening op title: Bruikbaar: 3
Screening op Full tekst: Bruikbaar: 1

Coussens, A., Bruyne, S. D., Frène, V. D., Descamps, J., Haegeman, P., Lauwers, M., et al. (2009). *Methodisch werken in de gezondheidszorg*. Antwerpen - Apeldoorn: Garant Uitgevers NV

Vervolgens is de overstap gemaakt naar relevante informatie uit boeken en gesprekken met experts. Zo is er een studiemiddag bezocht over Sociotherapie en hebben ter plaatse gesprekken plaatsgevonden met experts, waaronder dhr. C. Janzing (klinische psycholoog en (groeps)psychotherapeut), auteur van *Handboek voor Milieutherapie* en de auteurs van *Handboek Sociotherapie*, D. de Weerd en S. Slaa.

Verder is er middels de zoekmachine van de bibliotheek van het Vincent van Gogh Instituut gezocht op “Methodisch werken” en op “Sociotherapie”.

Hoofdstuk 3: Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten weergegeven uit de literatuurstudie. Per paragraaf wordt er antwoord gegeven op een deelvraag uit het onderzoek.

3.1 Wat zijn best practices?

Goede kwaliteit van zorg die betaalbaar blijft, is voortdurend een onderwerp van gesprek. Centraal staat het leveren van goede en steeds betere zorg.

In de jaren zeventig bestaat de geestelijke gezondheidszorg uit grotere en kleinere instellingen die allemaal 'iets' met geestelijke gezondheidszorg doen. Niet alleen de opvattingen over de oorzaak van psychische klachten veranderen drastisch. Ook de onduidelijke organisatie van de geestelijke gezondheidszorg is meer en heviger aan discussie onderhevig. Zorgverzekeraars en politici stellen zich in toenemende mate kritisch op ten aanzien van de kosten en het behaalde effect. Naast de wens om invloed uit te oefenen is er door een geldschieter ook altijd de wens om te bezuinigen. Vanaf de invoering van de AWBZ (1968) beslist de overheid vrijwel volledig over de financiering van de GGZ. Daarmee heeft zij een groot deel van de macht, maar voelt zij ook de noodzaak om te bezuinigen (Gotink, 2012; Tiemens, Kaasenbrood, & Niet, 2010).

Er wordt steeds vaker verlangd van artsen en verpleegkundigen om de zorg die ze bieden te onderbouwen met 'evidence', om aan te tonen dat de behandeling bewezen en aantoonbaar zinvol of effectief is. Op beleidsniveau gaat de aandacht uit naar de kosteneffectiviteit, de samenstelling van de basisverzekering, de kwaliteits- en prestatie-indicatoren in de gezondheidszorg en de rationalisering van de zorg (Vermeulen, 2006; Cox, Louw, Verhoef, & Kuiper, 2012). Om deze kwalitatief goede zorg te bieden is men steeds meer gaan zoeken naar een (wetenschappelijke) onderbouwing voor de behandeling die men biedt. In 1992 werd door een groep wetenschappers onder leiding van Gordon Gyatt van McMaster's University in Hamilton Canada het begrip 'evidence-based medicine' geïntroduceerd wat later werd verruimd tot evidence-based practice. Evidence-based practice benadrukt dat het niet uitsluitend gaat om de medische beroepen, maar ook om andere beroepen in de zorg (Cox, Louw, Verhoef, & Kuiper, 2012).

Offringa en collega's (2008) gebruiken de volgende definitie voor Evidence Based Practice (EBP):

Evidence-based practice is het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal en evidence om beslissingen te nemen met individuele patiënten om de zorgverlening te verbeteren. De praktijk van evidence-based practice impliceert het integreren van individuele professionele kennis van de behandelaar, de wens en voorkeur van de patiënt met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is. De voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt spelen bij de besluitvorming een centrale rol (Offringa, Assendelft, & Scholten, 2008).

Het belangrijkste doel van evidence-based practice (EBP) is kwalitatief goede zorg bieden. Dit is ook de belangrijkste reden om EBP toe te passen. Bij EBP gaat het om het nemen van klinische beslissingen op basis van het best beschikbare bewijs in combinatie met de kennis en ervaring van de verpleegkundige en de waarde(n) en voorkeur van de individuele patiënt. Kennis (zowel propositionele, professionele als persoonlijke) van zowel de patiënt als verpleegkundige is fundamenteel voor besluitvorming en staat dus centraal in de zorgverlening.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen evidence en bewijs, waarbij evidence wordt opgevat als kennis uit verschillende bronnen, die getoetst is en betrouwbaar is bevonden, en bewijs als de resultaten uit een wetenschappelijk onderzoek. EBP biedt de beroepsbeoefenaar een hulpmiddel

om verantwoording af te leggen tegenover patiënten, collega's, verwijzers en financiers over de effectiviteit en efficiëntie van de zorgverlening. Hiernaast helpt het de beroepsbeoefenaar om zijn beroep te ontwikkelen, te positioneren en te financieren. EBP kan als hulpmiddel dienen om beter te communiceren met patiënten over voor- en nadelen van de behandeling en mogelijke alternatieven. De gezondheidszorg wordt meer evidence-based, waardoor de samenwerking en communicatie met collega's in de zorg vergemakkelijkt als je zelf ook evidence-based werkt (Cox, Louw, Verhoef, & Kuiper, 2012).

EBP is een vorm van methodisch werken. Het systematisch toepassen van vijf verschillende stappen vormt de methodiek van EBP:

1. Het (klinische) probleem vertalen in een beantwoordbare vraag
2. Het efficiënt zoeken naar het beste bewijsmateriaal
3. Het beoordelen van het gevonden bewijs op methodologische kwaliteit en toepasbaarheid
4. Het toepassen van het gevonden resultaat in de praktijk
5. Het regelmatig evalueren van het proces en het resultaat

Een aanzienlijk deel van de patiënten krijgt in de dagelijkse psychiatrische praktijk geen evidence-based behandeling. Wanneer in de ggz alleen nog evidence-based behandelingen uitgevoerd worden, zullen de behandelresultaten significant verbeteren. De ziektelast zal significant verminderen ten opzichte van de huidige praktijk (Andrews, Issakidis, Sanderson et. al., 2004) Deze conclusie wordt bevestigd door gerandomiseerde gecontroleerde trials (rct's) naar evidence-based behandeling volgens richtlijnen en 'treatment as usual' (Bauer, 2002; Balkom & Oosterbaan, 2008).

3.2 Wat is methodisch werken?

Methodologie wordt ook wel *methodenleer* of *methodiek* genoemd. De term stamt van het Griekse *meta* (na), *hodos* (weg), *logos* (leer), en betekent letterlijk "leer van de af te leggen weg" (Coussens, et al., 2009). Methodisch werken in de geneeskunde kent dan ook een zeer vroege oorsprong. Al in de vierde eeuw voor Christus maakte de Griekse arts Hippocrates gebruik van een behandelproces: klinisch onderzoek, prognose en therapie. Zijn werk getuigt van het inzicht dat het verstandig en efficiënt is om eerst een probleemanalyse te maken alvorens tot handelen over te gaan. Methodisch werken wordt tijdens de basisopleiding geneeskunde en de vervolgopleiding tot psychiater echter nauwelijks expliciet behandeld. Het is wel opgenomen in alle fasen van de opleiding (Tiemens, Kaasenbrood, & Niet, 2010). Het methodisch werken kent in de verpleegkunde nog geen lange traditie. Het is nog slechts enkele decennia geleden dat deze beroepsgroep als 'verlengde arm' van de medische discipline werd beschouwd. Het was vooral de arts die het handelen van de verpleegkundige bepaalde. De verpleegkundige discipline heeft zich echter ontwikkeld tot een zelfstandige groep professionals met een eigen beroepsprofiel (Tiemens, Kaasenbrood, & Niet, 2010).

Methodisch werken heeft sinds de jaren tachtig een expliciete plaats in iedere verpleegkundige opleiding. Een belangrijke pijler in het methodisch werken is het verpleegproces. Dit is een proces dat aanvankelijk sterk was gebaseerd op het agogisch proces, maar dat later steeds meer kenmerken kreeg van het medische behandelproces. Methodisch werken komt hierin naar voren in de vorm van het behandelplan/verpleegplan/zorgplan: een planmatige beschrijving van de (beoogde) therapie op basis van behandeldoelen die zijn opgesteld nadat het probleem is geanalyseerd (anamnese) en beschreven (diagnose) (Tiemens, Kaasenbrood, & Niet, 2010).

Methodisch werken omvat de volgende stappen: verzamelen van de benodigde gegevens, ordenen van deze gegevens, de verpleegkundige diagnose, het vaststellen van de gewenste

resultaten in de zorg en het plannen van de verpleegkundige interventies en het evalueren van het proces (Gordon, 1995). Andere methodieken variëren van 3 fasen tot 7 fasen. Echter in essentie doorlopen ze allemaal hetzelfde soort proces. (Tiemens, Kaasenbrood, & Niet, 2010; Kuijeren, 1993; Coussens, et al., 2009; Wilkinson 2008). Methodisch werken is hierdoor een gefaseerde, systematische, transparante, doelgerichte en toetsende manier van werken (Wauwe & Berteloot, 1996; Tiemens, Kaasenbrood, & Niet, 2010).

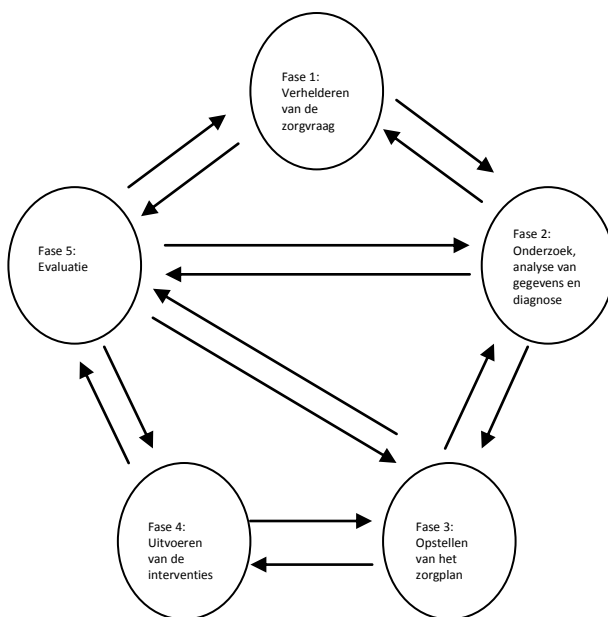
In de toepassing van methodisch werken in de dagelijkse praktijk wordt methodisch werken onderverdeeld in fasen.

Een voorbeeld van een model van methodisch werken ziet er als volgt uit (Vries, 2008):

1. probleem(bepaling) of oplossingsanalyse
2. doelformulering
3. probleemoplossing of strategie(bepaling)
4. uitvoering van interventie, hulpplan of probleembehandeling
5. evaluatie, vervolgstappen en/of afsluiting

Eggen et al. en Tiemens et al. voegen aan methodisch werken het 'toetsende' karakter bij alle professionele handelingen toe om desgewenst tussentijds bij te sturen. Dat is een aanvulling op een

eenvoudig model van methodisch handelen waar alleen in de eindfase geëvalueerd wordt of het doel bereikt is (Eggen et al., 2005).



Het systematisch, planmatig volgen van deze fasen biedt de cliënt helderheid en maakt het makkelijker om samen met de cliënt besluiten te nemen. Dit bevordert de transparantie, effectiviteit en efficiëntie van de behandeling van de cliënt (Kuijeren, 1993; Wilkinson, 2008). De behandelopties die een hulpverlener aan de cliënt voorlegt, staan in een logische relatie tot het behandel doel. De hulpverlener registreert voortdurend het resultaat van zijn professioneel handelen om indien nodig tijdig te kunnen bijsturen (Tiemens, Kaasenbrood, & Niet, 2010). Planning, uitvoering en evaluatie garanderen dus een betere coördinatie van de zorg (Kuijeren, 1993).

De eerste fase van methodisch werken begint met de probleemverheldering (Anamnese) en moet resulteren in het formuleren van doelen voor de diagnostiek, de zorg en/of behandeling (Coussens, et al., 2009; Vries, 2008; Wilkinson, 2008). Niet het probleem, maar het doel maakt namelijk helder wat het resultaat van de behandeling moet zijn en waar (in de volgende fase) de middelen op ingezet moeten worden. Zonder doelen leidt de behandeling tot minder goede resultaten en langdurigere zorg (Hellenbrand, B.Tiemens, & Appel, 2007). De gegevens die in de anamnese worden verzameld, moeten nauwkeurig en volledig zijn, omdat ze bepalend zijn voor alle besluiten die worden genomen in de daaropvolgende fasen. De bruikbaarheid en nauwkeurigheid van de diagnose hangen voor een groot deel af van een grondige en nauwkeurige gegevensverzameling (Wilkinson, 2008). Samen met de cliënt wordt gezocht naar een gemeenschappelijke formulering van het probleem en naar realistische doelen voor wat er moet veranderen. Er wordt gekeken naar de wensen en mogelijkheden van de cliënt en de mogelijkheden van de hulpverlener. Doelstellingen worden geformuleerd in termen van concreet gedrag, zodat bereikte resultaten geobjectiveerd kunnen worden en dus evalueerbaar zijn (Coussens, et al., 2009). Wanneer een cliënt het probleem niet herkent, of een probleem wat niet opgelost kan worden, volgt een teleurstellend behandelresultaat. Ook het doel wat wordt geformuleerd dient in relatie te staan tot het probleem, en haalbaar te zijn voor zowel de cliënt als de hulpverlener om te bereiken (Wilkinson, 2008). De fase van probleemverheldering is een fase van versmalling. Iemand komt vaak met een breed probleem binnen, waaraan verschillende aspecten zitten, dat wordt versmald naar een of enkele behandeldoelen (Tiemens, Kaasenbrood, & Niet, 2010). In feite is de anamnese een continu proces dat in alle fasen plaatsvindt. Er kan bijvoorbeeld al in gedachten een voorlopig probleem geformuleerd worden (diagnosefase) terwijl je nog bezig bent met de gegevensverzameling. De Anamnese overlapt met de uitvoering en de evaluatie is die zin dat de gegevensverzameling tijdens deze fasen gewoon doorgaat (Wilkinson, 2008).

De tweede fase van methodisch werken is de fase waarin gezocht wordt naar de middelen of interventies, die het meest geschikt zijn, om deze doelen te bereiken (Coussens, et al., 2009; Vries 2008). Een groot aantal bronnen, zoals richtlijnen, overzichtsartikelen of zoekprocedures via het internet, geven een overzicht van werkzame, veilige diagnostische procedures, typen van zorg of behandeling. Er dient dan nog wel een beoordelingsslag gemaakt te worden naar de toepasbaarheid binnen de betreffende setting. Afhankelijk van de aard van de diagnose, zal een interventie gekozen worden die gericht is op observatie, preventie, behandeling en gezondheidsbevordering (Wilkinson, 2008). Ook wordt beoordeeld of de lokale middelen en de specifieke competenties van de behandelaar toereikend zijn. In deze fase vindt dus weer een verbreding plaats van het specifieke behandeldoel van de cliënt naar algemene kennis over werkzaamheid van een interventie of test bij een groep cliënten (Tiemens, Kaasenbrood, & Niet, 2010).

In de derde fase van methodisch werken wordt een behandelplan gemaakt met helder geformuleerde doelen en zicht op de beschikbare diagnostische of therapeutische middelen (Coussens, et al., 2009; Vries, 2008). Doelen worden aangescherpt en de middelen worden vastgesteld. Deze middelen worden op het behandeldoel afgesteld. In het behandelplan wordt opgenomen welke fasering er in de uitvoeringsfase gehanteerd wordt. Er wordt rekening gehouden met de voorkeur van de cliënt, maar ook met andere cliëntfactoren, zoals eerdere hulpverleningservaringen, leefomstandigheden en eventuele contra-indicaties. Deze fasering bepaalt het tempo en de evaluatiemomenten. In deze fase gaat men weer van algemeen naar specifiek, met aan het einde een volledig op de cliënt toegesneden behandelplan (Tiemens, Kaasenbrood, & Niet, 2010; Coussens, et al., 2009; Vries 2008).

Tijdens de vierde fase, de uitvoeringsfase van het behandelplan, worden activiteiten uitgevoerd of gedelegeerd, die nodig zijn om de doelen van een cliënt te behalen (Wilkinson, 2008). De hulpverlener registreert zowel de voortgang van de uitvoering, tussentijdse resultaten als ongewenste bijwerkingen. Deze registraties zijn van belang om zo nodig het tempo van de behandeling aan te passen of in overleg met de cliënt de middelen tussentijds te wijzigen. Deze tussentijdse registraties leveren de informatie voor de evaluatie van in het behandelplan overeengekomen tijdstip (Tiemens, Kaasenbrood, & Niet, 2010; Coussens, et al., 2009; Vries 2008). De uitvoering is afgerond als de acties en het resultaat van de acties in het patiëntendossier zijn vastgelegd. De uitvoering is afhankelijk van de eerdere fasen, Anamnese, diagnose en planning. Deze fasen leggen de basis voor de acties die worden verricht tijdens de uitvoeringsfase. De uitvoeringsfase overlapt de andere fasen. Gegevens uit de anamnese kunnen worden gebruikt om de uitvoering van de zorg af te stemmen op de individuele cliënt in plaats van de zorg routinematig uit te voeren voor een bepaalde cliëntencategorie. De gegevens die tijdens de uitvoering van de zorg worden verzameld, worden gebruikt om nieuwe diagnoses te stellen en om eerder diagnoses bij te stellen (diagnosefase). Met deze gegevens kunnen de oorspronkelijke doelen en interventies (evaluatie en planning) worden aangepast aan de behoefte van de cliënt (Wilkinson, 2008)

De vijfde fase van methodisch werken is de evaluatiefase (Coussens, et al., 2009; Vries, 2008; Wilkinson, 2008). Evaluatie is een geplande, voortdurende, doelbewuste activiteit waarin de cliënt, zijn familie, de hulpverlener en andere zorgverleners beoordelen in hoeverre de situatie van de cliënt gerelateerd aan de gestelde doelen en resultaten zijn bereikt en in hoeverre het zorgplan effectief is (Wilkinson, 2008). Methodisch werken veronderstelt niet alleen een interne samenhang in het proces van hulpverlening, maar ook een samenhang tussen opeenvolgende hulpverleningsstappen. Iedere stap levert een uitgangspositie voor het vervolg. Hoe dat vervolg er uit ziet is afhankelijk van de opbrengst van de evaluatie van de interventies. Het vervolg van een evaluatie kan ook een afsluiting zijn van de behandeling. Maar als de eerste behandelcyclus onvolledige resultaten heeft opgeleverd of als het diagnostisch proces nog teveel onduidelijkheden wordt afgesloten, kan er een nieuwe of aanvullende stap komen om het resultaat te verbeteren. De uitkomsten van een evaluatie leveren de informatie voor een nieuwe cyclus van de behandeling (Tiemens, Kaasenbrood, & Niet, 2010; Wilkinson, 2008). Het is niet raadzaam om de evaluatie als laatste fase te benoemen. Interventies worden voortdurend getoetst en waar nodig bijgesteld (Coussens, et al., 2009).

Met het volgen van de eerste drie fasen wordt in feite steeds een hypothese opgesteld. In de volgende twee fasen wordt getoetst of de hypothese juist is. Het opstellen van een behandelplan kan vergeleken worden met het formuleren van een hypothese voor de behandeling. Bij het formuleren van een hypothese wordt elk onderdeel expliciet afgewogen. Hierdoor wordt duidelijk hoe zeker of onzeker, hoe vaag of uitgekristalliseerd ieder onderdeel is. Niet alleen routine wordt zichtbaar, maar ook onduidelijke of vage besluitvormingen komen naar voren. Een vage hypothese stellen heeft geen zin, deze is niet toetsbaar. Het verloop van de behandeling en de wijze waarop de cliënt op de interventies reageert, vormen een toets van de hypothese. Het volgen en evalueren behoren dus bij een hypothesetoetsende manier van werken. Als uit een evaluatie blijkt dat een cliënt onvoldoende is opgeknapt, wordt een volgende hypothese opgesteld. Hierbij wordt de kennis gebruikt die opgedaan is in de eerdere serie van vijf fasen. Zo ontstaat er een cyclisch proces (Tiemens, Kaasenbrood, & Niet, 2010). De vijf fasen zullen meermaals moeten worden doorlopen om alle aspecten van de zorgvraag adequaat te bestuderen en alle beroepsspecifieke probleemstellingen aan te pakken (Coussens, et al., 2009).

3.3 Wat zijn de voorwaarden om methodisch werken in de praktijk te brengen?

Methodiekontwikkeling is het, vanuit een professioneel, wetenschappelijk onderbouwde visie, ontwikkelen van verpleegkundige interventies bij de fysische, psychische, sociale en existentiële (zingeving-) problemen van patiënten (Lange, 1990). Het uitblijven van methodiekontwikkeling belemmert het methodisch werken. Methodisch werken kan nooit op zichzelf staan, maar is altijd ingebed in het ziekenhuisbeleid, het afdelingsbeleid en het behandelbeleid (Wauwe & Berteloot, 1996). Methodisch werken en de visie op zorg zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Het ene kan niet zonder het andere. Een zorgverlener die methodisch werkt zonder gefundeerde visie is als een aannemer die een huis bouwt op zand (Coussens, et al., 2009). De doelen en middelen kunnen door hulpverlener en cliënt nog zo mooi op een rijtje zijn gezet, als die niet op elkaar aansluiten wordt het niets. Als bijvoorbeeld leden van een multidisciplinair team zich steeds door een cliënt tegen elkaar laten uitspelen, zal het behandeldoel snel uit het zicht verdwijnen. Als de organisatie geen goede voorwaarden schept voor dossiervoering, registratie en het volgen van de behandeling, maakt dit een systematische werkwijze moeilijk/onmogelijk. Voor effectieve zorg, behandeling of diagnostiek is een goede samenwerking noodzakelijk. Werken aan een goede therapeutische relatie is een eerste vereiste in de GGZ. Een therapeutische relatie is niet stabiel, deze kan gedurende de behandeling veranderen en is onderhevig aan het verloop van de behandeling. Net zo als het verloop afhankelijk is van de therapeutische relatie (Tiemens, Kaasenbrood, & Niet, 2010; Peternej-Taylor, 1998).

Binnen het behandelproces wordt een onderscheid gemaakt tussen afzonderlijke beslissingen in het proces en het proces zelf. De afzonderlijke beslissingen zijn de bouwstenen van het behandelproces, zoals afzonderlijke interventies. Het is belangrijk dat deze verschillende bouwstenen op elkaar aansluiten. Verder is het van belang dat de hulpverlener kiest voor de interventie of test waarmee het 'beste' resultaat kan worden verkregen, Evidence Based Practice. Bij het proces gaat het om de samenhang tussen de verschillende bouwstenen. Bijvoorbeeld over de volgorde of over de koppeling van een interventie aan de uitslag van een bepaalde test. Een zorgprogramma is een voorbeeld van zo'n proces of traject van opeenvolgende stappen (Tiemens, Kaasenbrood, & Niet, 2010). Een zorgprogramma is te beschouwen als een set afspraken over de zorgverlening aan een omschreven doelgroep; een gemeenschappelijk kader waaraan organisaties, professionals en cliënten zich kunnen houden (Franx, Eland, & Verburg, 2002). In een zorgprogramma geeft een GGZ-instelling weer wat deze aan psychiatrische zorg aanbiedt en hoe deze wordt aangeboden. Naast de keuze van de interventies en de voorkeursvolgorde daarin beschrijft een zorgprogramma de middelen die voor het aanbod noodzakelijk zijn, inclusief de wijze waarop het zorgprogramma geleverd wordt en de financiering ervan. Zorgprogramma's bestaan uit zorgpaden, gedetailleerd uitgeschreven zorgroutes die specifieke cliëntengroepen volgen. Goede zorgprogramma's veronderstellen een methodische aanpak. Het gaat daarbij om het stellen van doelen het kiezen van middelen, het aanpassen van de behandeling aan de mogelijkheden van de cliënt, het bedachtzaam uitvoeren van de behandeling, het monitoren en ten slotte het systematisch evalueren ervan. Centrale waarden van methodisch werken, zoals transparantie, systematisch en evidence-based werken, komen ook terug in de zorgprogramma's (Tiemens, Kaasenbrood, & Niet, 2010). Zorgplannen dienen toegankelijk te zijn voor verschillende disciplines, ze dienen allemaal op dezelfde wijze opgebouwd te worden, ze dienen qua inhoud goed aan te sluiten op de doelstellingen van de verschillende afdelingen. Door te werken met consistente zorgplannen waarin ook veel milieuaspecten verwerkt zijn, kan het leven van alledag een systematisch onderdeel van het zorgaanbod worden (Wiersma, 1996).

Het ontwikkelen van richtlijnen heeft de bedoeling om de kwaliteit van zorg te verbeteren door de diagnostiek en behandeling te rationaliseren en te verwetenschappelijkten. Het gebruik van deze richtlijnen zorgt er eveneens voor dat procedures die gevolgd worden bij verschillende behandelaars meer gelijkvormig zijn (Lange, 1990). Hierdoor wordt de ingestelde behandeling

minder afhankelijk van de behandelaar bij wie een patiënt terecht komt. In de meeste studies is het verschil in resultaten tussen het behandelen volgens een richtlijn en de gebruikelijke zorg vooral op korte termijn groot (Balkom & Oosterbaan, Leiden richtlijnen tot een betere klinische praktijk?, 2008). Duidelijk mag echter zijn dat het simpelweg rondsturen van richtlijnen niet zal leiden tot een betere behandelpraktijk (Leentjes & Burgers, 2008). Ook het registreren en volgen van de resultaten van de behandeling en de wijze waarop deze in het behandelproces worden gebruikt kunnen worden, zijn hier van belang (Tiemens, Kaasenbrood, & Niet, 2010).

Er is veel onderzoek verricht naar de wijze waarop richtlijnen geïmplementeerd moeten worden. Na identificatie van belemmerende en bevorderende factoren zijn specifiek hierop gerichte interventies nodig om het gedrag van behandelaars te veranderen. Hiernaast moet men de interventies ook richten op belemmerende factoren op het niveau van de patiënt en de organisatie van de zorg (Grol & Wensing, 2001).

De voorwaarden om methodisch te werken kunnen worden onderverdeeld naar drie niveaus; die van de professional, het team en de organisatie.

Het eerste niveau waarop voorwaarden van methodisch werken worden gesteld, heeft betrekking op de professional. Een voorwaarde van een professional om methodisch te kunnen werken is het hebben van voldoende expertise. Deze expertise betreft vele domeinen. Zo moet een hulpverlener moet kunnen inschatten of de kwaliteit van de therapeutische relatie voldoende is om een behandeling te kunnen starten. De therapeutische relatie is de basis waarop andere interventies kunnen worden gebouwd. Door middel van drie stappen (contact maken, verwachtingen expliciteren en de werkrelatie monitoren) is het mogelijk tot een goede therapeutische relatie te komen (Koekkoek, 2011). Bij het afnemen van een diagnostische test moet de hulpverlener deze kunnen interpreteren en bepaalde interventies kunnen toepassen. Een hulpverlener hoeft niet alles zelf te kunnen. De zorg kan zodanig georganiseerd zijn dat er hulpverleners zijn met een bepaalde expertise op bepaalde domeinen (Tiemens, Kaasenbrood, & Niet, 2010; Wauwe & Berteloot, 1996; Loth, Meijer, & Jong, 2002).

Iedere hulpverlener moet op de hoogte zijn van het behandelbeleid en de impliciete zorgvisie die gehanteerd wordt. Een onduidelijk behandelplan kan een symptoom zijn van een slecht bepaald afdelingsbeleid. (Wauwe & Berteloot, 1996).

Het tweede niveau waarop voorwaarden van methodisch werken worden gesteld heeft betrekking op het team. Het team betreft de personele organisatie van de zorg. De rol van een team in het zorgproces kan uiteenlopen. Zo heeft een team een adviserende rol in casuïstiekbesprekingen bij individuele behandelingen. Daarnaast speelt het team een gezamenlijke rol bij de behandeling, waarbij nauwe afstemming en bewaking van afspraken cruciaal zijn. In welke situatie de hulpverlener zich ook bevindt, steeds zal het team de context zijn van waaruit hij werkt en zal deze context bij verschillende cliënten meer of minder belangrijk zijn (Tiemens, Kaasenbrood, & Niet, 2010). Het is wenselijk dat iedereen binnen het (interdisciplinaire) team van elkaar weet welke visie teamleden hebben ten aanzien van de behandelingsfilosofie en hoe er gekeken wordt naar elkaars taken en verantwoordelijkheden. Transparantie bevordert de objectiviteit (Loth, Meijer, & Jong, 2002). Het is belangrijk dat er openheid en transparantie wordt gegeven ten aanzien van beslissingen over het hoe, wanneer en waarom inzetten van bepaalde interventies of veranderingen, zodat de veranderingen meer kans hebben om te beklijven (Denzin & Lincoln, 1994). Invoering van een verpleegkundige methodiek kan alleen als het verpleegkundig team in de dagelijkse zorg ook kunnen zien dat hun inspanningen voor verandering resultaat geven (Loth, Meijer, & Jong, 2002).

Het derde niveau waarop voorwaarden van methodisch werken worden gesteld heeft betrekking op de organisatie. Op dit niveau gaat het om de voorwaarden in de organisatie die managers samen met hulpverleners creëren. Het betreft de manier waarop de zorg ingericht is, bijvoorbeeld diagnose specifieke zorgprogramma's of regionale teams, maar ook de manier waarop de zorg en de professionals gefaciliteerd worden. Te denken valt aan een elektronisch patiëntendossier dat het zorgproces ondersteunt, is er voldoende secretariële ondersteuning, zijn de zorgprocessen efficiënt ingericht? Het kan gaan over hele algemene zaken die alle cliënten aangaan en om specifieke zaken die alleen een bepaalde doelgroep betreffen (Tiemens, Kaasenbrood, & Niet, 2010).

Het aanwezig zijn van een duidelijk geformuleerde missie voor de psychiatrische instelling is een eerste vereiste in het algemene kader. Daarnaast dient de afdeling met haar afdelingsbeleid geplaatst te worden binnen dit algemene kader. Tenslotte is een interdisciplinair samenwerkingsmodel met inhoudelijke beleidsteams of teamcoördinatoren, die inhoudelijke uitgangspunten voor de afdeling opstellen en bijsturen, een houvast. Van daaruit kan de individuele verpleegkundige zijn zorg plannen en interdisciplinair toetsen (Wauwe & Berteloot, 1996). Er dient aandacht te zijn voor visie en theorievorming. Methodieontwikkeling zal zich ontwikkelen binnen de taken en functies van het verpleegkundig personeel. Deze ontwikkeling wordt bepaald door het handelen en werken vanuit een specifieke invalshoek, door het hanteren van een helder referentiekader (Wauwe & Berteloot, 1996).

3.4 Wat is sociotherapie?

Om de term sociotherapie te begrijpen wordt in de eerste paragraaf het therapeutisch milieu toegelicht, dit is de theorie achter sociotherapie. In de tweede paragraaf wordt uitgelegd hoe dat sociotherapie vormt krijgt binnen de theorie van het therapeutisch milieu. Dit wordt concreter gemaakt door in de derde paragraaf in te gaan op de interventies van de sociotherapeut. Ten slotte wordt in de vierde paragraaf toegelicht hoe sociotherapie in de forensische zorg vorm gegeven kan worden.

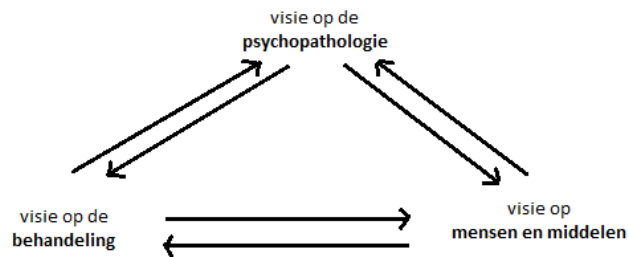
3.4.1 Het therapeutisch milieu

Vanaf ±1930 is in psychiatrisch ziekenhuizen, onder andere in de Verenigde Staten en Engeland, het milieu van de patiënt als therapeutisch ingezet en is dit als een belangrijk middel gezien om de patiënt tot ontwikkeling te laten komen. Met name de ontdekking van de psychoanalyse, waarbij de ontwikkeling van het 'ik' van belang is (C.Janzing & J.Kerstens, 2012), heeft ervoor gezorgd dat patiënten, in tegenstelling tot voorheen, behandeld konden worden voor hun psychiatrische ziekte waardoor zij terug konden keren in de maatschappij. Hierdoor was een reorganisatie van het doel van de psychiatrische kliniek nodig en ging van bewaken naar resocialisatie of in ieder geval naar het behouden van een gezonde activiteit, re- activatie (J.Janssen & Pierloot, 1970). Er werd een milieu gecreëerd waarin hospitalisering van de patiënt tegen gegaan werd, de patiënt geactiveerd werd en verantwoordelijkheden kreeg (Weerd, Slaa, & Muste, 2013). Verderop wordt dit milieu nader uitgelegd. De omgeving, het milieu, is van invloed op het gedrag van mensen, en volgens Brunt & Rask zijn er meerdere onderzoeken waaruit blijkt dat het therapeutisch milieu een belangrijke factor is die het welzijn van de patiënt en de behandeluitkomsten beïnvloedt (Brunt & Rask, A Suggested Revision of the Community Oriented Program Environmental Scale (COPES) for Measuring the Psychosocial Environment of Supported Housing Facilities for Persons with Psychiatric Disabilities, 2012) (Nesset, Rossberg, Almvik, & Friis, 2009) (Weerd & Oudmaijer, 2009).

Het begrip therapeutisch milieu kent meerdere definities. De volgende is geselecteerd op basis van de deskundigheid van de auteur en recentheid.

‘Een therapeutisch milieu is een eenheid van samenhangend behandelen waarbinnen aan een patiënt relaties met andere patiënten en behandelaars worden aangeboden. Deze relaties bieden de patiënt ruimte om zelf binnen zijn mogelijkheden en beperkingen tot een oplossing te komen van zijn problemen, problemen die in ingewikkeldheid kunnen variëren en op allerlei gebieden van het leven kunnen liggen.’ (C.Janzing & J.Kerstens, 2012)

Om op een afdeling met een therapeutisch milieu te werken is er een visie (visie op de psychopathologie), methode (visie op de behandeling) en organisatie (visie op mensen en middelen) nodig. Als een van deze drie ‘pijlers’ ontbreekt of onduidelijk is komt de behandeling niet goed tot zijn recht (Janssen, 2014). Deze drie pijlers kunnen verbonden worden in een driehoek en worden gezamenlijk de basisfilosofie van het therapeutisch milieu genoemd



(C.Janzing & J.Kerstens, 2012).

De drie pijlers zullen toegelicht worden. Als eerste wordt de visie op de psychopathologie uitgelegd. De visie op behandeling zal aan bod komen in paragraaf 3.4.3 en de visie op mensen en middelen zal aan bod komen in hoofdstuk 3.6.

Volgens de basisfilosofie van het therapeutisch milieu zijn mensen die, al of niet gedwongen, gebruikmaken van een voorziening voor psychiatrische behandeling, in hun bestaan vastgelopen, in het omgaan met anderen en zichzelf. Het gaat uit van een holistisch standpunt, waarin uitgegaan wordt van de mens als totaliteit, waarbinnen somatisch, psychisch en sociale facetten onlosmakelijk onderling samenhangen (Nederlands instituut voor sociotherapie, 2005).

De visie op de psychopathologie van mensen kan worden opgevat als een verstoord evenwicht binnen een of meer gebieden van de persoonlijkheid. Dit verstoord evenwicht heeft geleid tot een nieuw evenwicht. Het is echter een antwoord op stoornissen, defecten en onvolkomenheden binnen onderdelen van de persoonlijkheid. Dit nieuwe evenwicht is in feite de psychopathologie. De interne adaptatie (inadequate afweermechanismen), de structuur van de persoonlijkheid (gestoorde realiteitstoetsing) en de externe adaptatie (niet-aanpassing / over aanpassing) zijn probleemgebieden (C.Janzing & J.Kerstens, 2012). Uitgaande van deze probleemgebieden worden er drie types therapeutische milieus onderscheiden die hieronder beschreven worden.

1. Supportieve model

Het supportief model kan ingezet worden bij alle drie de probleemgebieden. Supportief staat voor steunend en structurerend. Therapie binnen het supportieve model is gericht op het versterken van de eigen identiteit van de cliënt, en het stabiliseren van de situatie (Broek & Pansters, 2010). Het uitgangspunt is de individuele cliënt en diens behandeldoelen en in minder mate de groep. Een supportief behandelmodel is vaak aanwezig op bijvoorbeeld een crisisafdeling, een stabiliserende deeltijdbehandeling of als uitgangspunt binnen de ambulante woonbegeleiding. (Weerd, Slaa, & Muste, 2013; Kinet, 1995; C.Janzing & J.Kerstens, 2012)

2. Reconstructieve model

Het reconstructieve model wordt ingezet bij problematiek op het gebied van de interne adaptatie (inadequatie afweermechanismen). Reconstructief staat voor heropbouwen. Uitgangspunt van een reconstructief milieu is de ontregeling van de cliënt die geconfronteerd wordt met zijn gedrag in relatie tot zichzelf en de andere en ontdekt waar de oorsprong ligt van deze patronen. Er wordt stilgestaan bij deze vroegere situaties, waar de cliënt verwaarloosd werd, tekort kwam, te weinig of te veel begrensd werd. De behandeling en het leven in een groep vormen correctieve ervaringen zodat de cliënt andere keuzes kan maken en zichzelf opnieuw kan opbouwen. Reconstructieve behandeling is dus in wezen reconstructie van de afweermechanismen. Dit gebeurt allemaal vanuit het gedachtegoed van de psychoanalyse. De groep is een belangrijk aspect van de behandeling. Er wordt structuur in de behandeling aangebracht om voldoende veiligheid te bieden waarbinnen de ontregeling kan plaatsvinden. (Weerd, Slaa, & Muste, 2013; Kinet, 1995; C.Janzing & J.Kerstens, 2012)

3. Sociaaltherapeutisch model

Het sociaaltherapeutisch model is van toepassing bij problemen met de externe adaptatie (niet-aanpassing / over aanpassing). Dit model gaat uit van sociaal leren en is op het hier en nu gericht. De cliënt komt in aanraking met nieuwe situaties door de interactie met anderen en ontwikkelt zich daardoor als persoon. De persoon leert om enerzijds zichzelf aan te passen aan de omgeving, en anderzijds, waar nodig, de omgeving op een constructieve wijze aan te passen aan de eigen wensen en behoeften. Het doel is het probleemoplossend vermogen van de cliënt, in omgang met zichzelf en met anderen, te vergroten. De sociotherapeut begeleidt het dagelijks leven, waarbij de (leef)- groep een middel is om de doelen te realiseren (Weerd & Oudmaijer, 2009). Er wordt geoefend met het innemen van verschillende rollen, waardoor de cliënten ervaring opdoen en worden geconfronteerd met de effecten van hun handelen. De cliënt wordt uitgedaagd om op zoek te gaan naar het antwoord op de vraag: 'Wie ben ik in relatie tot die ander?' Communicatie tussen het multidisciplinair behandelteam en cliëntengroep en tussen cliënten onderling staat in een hoog vaandel. (Weerd, Slaa, & Muste, 2013; Kinet, 1995; C.Janzing & J.Kerstens, 2012)

Bij het ontwikkelen van een therapeutisch milieu gaat het erom dat er één model op de voorgrond staat en de anderen op de achtergrond. Wat van de modellen op de achtergrond wordt meegenomen, moet ten dienste staan van het model op de voorgrond. Bepalend voor de keuze van de modellen is de probleemgebieden en de draagkracht van de patiëntenpopulatie (Weerd, Slaa, & Muste, 2013).

3.4.2 Sociotherapie

Na de uiteenzetting over de theorie achter sociotherapie, wordt de overstap gemaakt naar de uitleg over de inhoud van de term sociotherapie. De volgende definitie wordt breed gehanteerd binnen literatuur over sociotherapie:

Sociotherapie is het methodisch hanteren van het leefmilieu van een groep cliënten, gericht op de behandeldoelen van deze groep - opgevat als middel om de behandeldoelen van de individuele cliënt te bereiken - binnen een functionele eenheid van doorgaans intramurale behandelsituaties (Nederlands instituut voor sociotherapie, 2005).

Sociotherapie is het uitvoeren van het therapeutisch milieu door de sociotherapeut. De sociotherapeut is degene die in de 24-uurs zorg werkzaam is op de afdeling en die de taak heeft om het therapeutisch milieu te bewaken. Dit houdt in dat de sociotherapeut interventies pleegt om een milieu als therapeutisch in te kunnen zetten (In Goede handen, 1980) (Broek & Pansters,

2010). Welke interventies dit zijn wordt in de volgende paragraaf uitgelegd. Nu is het creëren en hanteren van het therapeutisch milieu iets dat het gehele multidisciplinaire behandelteam aangaat. (Lehman, Strauss, Ritzler, Kokes, Harder, & Gift, 1982) Ieder is medeverantwoordelijk voor een consistent behandelbeleid. In een goede onderlinge samenwerking zal dit beleid ontwikkeld en onderhouden moeten worden.

Soms wordt sociotherapie ook gezien als concrete interventie. Sociotherapie is dan een op zichzelf staande therapie vorm zoals bijvoorbeeld ook creatieve therapie het geval is. Dit wordt een aangepaste vorm van sociotherapie genoemd omdat het beperkt wordt in tijd en ruimte, en niet de gehele behandeling op een sociotherapeutische wijze vorm wordt gegeven (Kar & Walters, 2010).

3.4.3 Interventies

De tweede pijler van de basisfilosofie van het therapeutisch milieu is de methode, ook wel de visie op de behandeling genoemd. Met methode wordt bedoeld de handelingen die de sociotherapeut uitvoert. De handelingen van de sociotherapeut zijn te verdelen in zes taakgebieden die hieronder uitgelegd worden (Nederlands instituut voor sociotherapie, 2005) (Kluft & Haterd, 2010).

Taakgebied 1 t/m 4 samen wordt door de verpleegkundige literatuur ook wel het verpleegproces genoemd en hebben met de directe patiëntenzorg te maken. Taakgebied 5 en 6 zijn taken op het gebied van organisatie en ontwikkeling. Na een korte uitleg van de zes taakgebieden wordt er ingezoomd op taakgebied 3: interveniëren. Dit betreft namelijk het dagelijks handelen van de sociotherapeut in de groep.

Taakgebied 1: Oriënteren

In dit taakgebied verzamelt de sociotherapeut informatie om de huidige situatie van de cliënt en de gewenste situatie in kaart te brengen. Dit gebeurt middels een intakegesprek.

Taakgebied 2: Ontwerpen

De sociotherapeut maakt in overleg met de cliënt een hulpverleningsplan, gebaseerd op de informatie uit taakgebied 1. In dit plan staan concrete, haalbare doelen waar de cliënt aan gaat werken gedurende zijn behandeling. Dit hulpverleningsplan is onderdeel van het behandelplan.

Taakgebied 3: Interviëren

Interviëren omvat het hele handelingsrepertoire waarover een sociotherapeut moet kunnen beschikken tijdens het uitvoeren van een hulpverleningsplan. Met als doel het vergroten van de competenties van een cliënt met betrekking op het functioneren als individu en groepslid in de huidige en toekomstige leefsituatie.

Taakgebied 4: Evalueren

Aan de hand van de gestelde doelen evalueert een sociotherapeut de effecten van de interventies.

Taakgebied 5: Functie gerelateerde zaken

Sociotherapeutisch werk vindt plaats in of vanuit een organisatie. Voortkomend uit de functie brengt dit een aantal taken met zich mee, die als voorwaardenscheppend kunnen worden opgevat. Een sociotherapeut ontwikkelt en optimaliseert de voorwaarden waaronder hij interventies kan uitvoeren. Ook neemt hij deel in beleidsontwikkeling en beleidsuitvoering.

Taakgebied 6: Beroeps gerelateerde zaken

De sociotherapeut blijft op de hoogte van ontwikkelingen in het vakgebied, heeft hierin een eigen bijdrage en draagt dit uit naar beroepsgenoten. Daarnaast houdt de sociotherapeut rekening met de ontwikkelingen binnen de maatschappij.

De meeste dagelijks handelingen van de sociotherapeut worden uitgevoerd vanuit taakgebied 3: interveniëren. De sociotherapeut zet het dagelijks leven en het dagelijks omgaan met elkaar in, om informatie te krijgen over mogelijkheden en beperkingen van de patiënt. Hierop stemt hij zijn interventies af. Deze zijn heel divers maar kunnen over het algemeen omschreven worden 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 onder andere het behandelinstrument (Kluft & Haterd, 2010) (In Goede handen, 1980).

De interventies die een sociotherapeut inzet in de dagelijkse zorg worden geordend door drie strategieën te onderscheiden. De eerstegraads-, tweedegraads- en derdegraads interventiestrategieën (Weerd, Slaa, & Muste, 2013) (Kinet, 1995) (Nederlands instituut voor sociotherapie, 2005) (Weerd & Oudmaijer, 2009). Deze worden achtereenvolgens hieronder besproken.

De eerstegraadsstrategie betreft het creëren en hanteren van (voorwaarden voor) een leefmilieu waarin cliënten zich kunnen handhaven en/of ontwikkelen. Dit houdt in dat de instelling, het gehele team, zorg draagt voor de leefomgeving van de cliënt en alle organisatorische en logistieke randvoorwaarden die daarmee gemoeid zijn, bewaakt. Het gaat bijvoorbeeld over de inrichting van de woningen en andere leefruimtes voor cliënten, het vastgestelde budget voor activiteiten, de groepsgrootte en groepssamenstelling, de personele bezetting, de inhoud van het therapieooster of de dag planning voor cliënten. Daarnaast is het evenzeer van belang de werkomgeving van de teamleden prettig werkbaar te houden, hetgeen door instellingsbeleid nogal eens onder druk komt te staan.

De sociotherapeut speelt ook een rol in het creëren of bewaken van sfeer en veiligheid op de afdeling in de ongestructureerde tijd. Voor veel cliënten zijn dit de meest lastige uren in een behandelprogramma. Er wordt een beroep gedaan op hun eigen vaardigheden om de vrije tijd in te delen en samen met mede cliënten te wonen, taken te vervullen en het gezellig te hebben. De sociotherapeut vormt ook een voorbeeldfunctie voor de patiënten.

De tweedegraadsstrategie omvat het methodisch groepswork, het begeleiden en behandelen van cliënten in verschillende therapiegroepen, trainingsgroepen, woongroepen, clubjes of commissies (Kluft & Haterd, 2010). De sociotherapeut begeleidt bijvoorbeeld een therapieblok sociotherapie, waarbij cliënten ieder een inbreng kunnen doen aan de hand van de dingen waar zij tegenaan lopen. Het is van belang dat de sociotherapeut de vaardigheden beheerst om een groep te begeleiden, te trainen en/of te behandelen, de methodiek waarmee gewerkt wordt in de vingers heeft en kennis heeft van groepsdynamische processen.

De derdegraadsstrategie beduidt het per cliënt gericht bijkleuren / inpassen van de eerste- en tweedegraadsstrategie. Hieronder valt de (on)gestructureerde individuele begeleiding en behandeling, de strafrapporten en de behandelplanbesprekingen en het interveniëren op patiënt niveau binnen een (on)gestructureerde groepssituatie (Kluft & Haterd, 2010). De patiënt heeft bijvoorbeeld naast groepsbehandeling individuele gesprekken met de sociotherapeut die is aangewezen als zijn persoonlijk begeleider. In deze gesprekken wordt gewerkt aan praktische 'hier en nu'-doelen, zoals het zelfstandig gaan wonen, zelfzorg verbeteren en het verminderen van automutilatie. Deze thema's kunnen in groepstherapie weer verder bewerkt worden (EFP, 2013).

Binnen de verschillende niveaus van interventie strategieën wordt gebruik gemaakt van steunende en ontregelende interventies. De steunende interventies zijn van verbale en/of non-verbale aard. Zo is de aanwezigheid van de sociotherapeut op zich al een belangrijk steunend element. Bepaalde handicaps van patiënten worden door de behandelomgeving c.q. sociotherapeut overgenomen. Dit overnemen moet niet opgevat worden alsof de sociotherapeut voortdurend bezig is datgene te doen wat de patiënten laten liggen. Het gaat erom dat de onveiligheid, de structuurloosheid, de angst en de beperkte informatieverwerkingscapaciteit die patiënten bij zichzelf ervaren, op een of andere wijze gecompenseerd worden door de sociotherapeut. Deze straalt uit dat hij klaarstaat om, als dat nodig is, steun te bieden. Bij steunende interventies wordt dat van de patiënt overgenomen wat hij niet aankan of wat hij (tijdelijk) aan psychische vermogens niet ter beschikking heeft (Broek & Pansters, 2010). Wanneer dat er sprake is van een patiënt met een goede realiteitsbeleving, worden vaker gestructureerde interventies toegepast. In overleg met de patiënt wordt er een stappenplan afgesproken om een bepaald doel te bereiken. Naarmate de patiënt meer problemen kan oplossen neemt het probleemoplossingsvermogen van de patiënt toe. (C.Janzing & J.Kerstens, 2012)

Ontregelende interventies zijn gericht op een verandering van de interne (inadequate afweermechanismen) en/of externe adaptatie (niet-aanpassing / over aanpassing) van patiënten. Bij problemen van interne adaptatie is het dikwijls de patiënt zelf die lijdt onder bijvoorbeeld angsten, schuldgevoelens en depressiviteit. Bij problemen op het vlak van de externe adaptatie zijn het ook de mensen in de omgeving van de patiënt die 'last' hebben van bepaalde gedragingen en de patiënt daarop wijzen. Bij elke ontregelende interventie doet de (socio)therapeut iets wat niet past in de verwachtingen van de patiënt. Zo zal er niet onmiddellijk ingegaan worden op de wensen van een verwende patiënt. Het therapeutische van de ontregeling zit in de confrontatie van de patiënt met zijn eigen doen en laten (Weerd, Slaa, & Muste, 2013) (In Goede handen, 1980). Dit biedt de mogelijkheid inzicht te krijgen in de eigen adaptatiestijlen. Dit inzicht kan een uitgangspunt zijn voor verandering van de adaptatiestijlen (C.Janzing & J.Kerstens, 2012).

Zoals duidelijk wordt uit bovenstaande beschrijving van interventies worden er in het dagelijks handelen naar patiënten geen voorgeschreven interventies gepleegd. Interventies worden door de sociotherapeut ingezet om leersituaties te scheppen en de interventies hebben enkele uitgangspunten. De sociotherapeut stimuleert de cliënt tot bewustwording van eigen mogelijkheden en tot het nemen van verantwoordelijkheid voor eigen gedrag. Ook stimuleert deze de cliënt actief deel te nemen aan zijn behandeling. Hierbij kan de sociotherapeut bijvoorbeeld gebruik maken van motiverende gespreksvoering. De relatie van de sociotherapeut met de cliënten heeft als doel dat de cliënten leren van elkaar, van de sociotherapeuten en/of van de andere leden van het behandelteam om vergroting van het probleemoplossend vermogen te realiseren. De sociotherapeut interenieert wanneer een cliënt in de leefgroep in een positie is gekomen die het vergroten van het probleemoplossend vermogen belemmert. Daarnaast houdt de sociotherapeut het overzicht over het totaal van sociotherapeutische hulpverleningsactiviteiten en zorgt ervoor dat deze een samenhangend geheel vormen en geen tegenstrijdige eisen aan de cliënten stelt (Nederlands instituut voor sociotherapie, 2005).

3.4.4 Sociotherapie in de forensische psychiatrie

Gedwongen behandeling wordt aan die delinquenten opgelegd, die bij het plegen van hun delict min of meer ontoerekeningsvatbaar waren. De gedwongen behandeling beoogt op de eerste plaats herhaling van het delict te voorkomen. Daarnaast is een doel dat de patiënt enig inzicht krijgt in de aard van zijn psychiatrische stoornis. Het derde doel is dat de patiënt

verantwoordelijkheid neemt voor het omgaan met zichzelf als dikwijls psychisch kwetsbare persoon en voor zijn gedrag en het omgaan met anderen (EFP, 2013).

De forensische psychiatrie verschilt van de reguliere psychiatrie doordat de patiënten extra gevaarlijk zijn en moeilijk te behandelen doordat de behandeling niet vrijwillig is en de patiënt vaak een lage motivatie heeft (Neset, Rossberg, Almvik, & Friis, 2009) (Weerd, Slaa, & Muste, 2013). De literatuur gaat er niet op in of dat het de interne of externe motivatie betreft.

In het forensisch behandelmilieu leert de patiënt zijn eigen psychische en fysieke grenzen kennen en die van anderen respecteren. Alles in een goed functionerend forensisch behandelmilieu staat hier in dienst van. Er is sprake van een corrigerend leefklimaat, wat betekent dat patiënten aandacht, respect en belangstelling moeten kunnen ervaren. Het forensisch therapeutisch milieu moet de volgende behandeltechnieken en kenmerken bevatten:

- Het zorgsysteem heeft eigenschappen van de maatschappij in zich.
- Inadequate adaptatiestijlen worden omgebogen door preventief en de-escalerend te werken.
- Leren samenleven en problemen van alledag oplossen (sociaal leren en het aanbieden van oplossingsmodi).
- Het externaliseren (oorzaken als van buiten zichzelf beschouwen) door de patiënt wordt teruggedrongen door consequente confrontatie.
- Men is gericht op realiteitsoriëntatie.
- De behandeling is individueel gericht.
- De interventies zijn antiregressief en ondersteunend; er is een juiste balans tussen ondersteuning en ontregeling.
- Er worden activiteiten georganiseerd.

De meeste milieus voor forensisch psychiatrie zijn supportieve milieus (*zie hoofdstuk 3.4.1*). Daarnaast is er een flinke menging met sociaaltherapeutische elementen. Dit betekent dat op ruime schaal gebruik wordt gemaakt van groepsprocessen, dikwijls binnen de leefgroep. Als principe geldt dat de groep gestimuleerd wordt de individuele behandelplannen te ondersteunen. Immers, binnen een supportief milieu gaat het om individuele behandelingen, die verschillende afspraken kunnen omvatten. Het scheppen van een groepsklimaat dat het uitvoeren van die individuele plannen stimuleert, is een belangrijke taak voor sociotherapeuten binnen het forensische milieu. In het algemeen dient het klimaat eigen verantwoordelijkheid van patiënten te bevorderen. (C.Janzen & J.Kerstens, 2012)

3.5 Hoe kan het therapeutisch milieu worden gemeten?

De Ward Atmosphere Scale (WAS) is in de jaren zestig ontwikkeld door Rudolf Moos en is het meest gebruikte instrument om de verschillende aspecten van een therapeutisch milieu, in een psychiatrische klinische setting, te meten (Brunt & Rask, 2012). De WAS is een betrouwbare en valide zelfrapportage vragenlijst. Naar aanleiding van het feit dat er kritiek is geuit over enkele eigenschappen van het instrument, heeft Schalast et al. (2008), in Duitsland, een nieuw kort screeningsinstrument (Essen Climate Evaluation Schema, EssenCES) gecreëerd voor een forensisch psychiatrische omgeving (Brunt & Rask, 2012) (N.Schalast, M.Redies, M.Collins, J.Stacey, & K.Howells, 2008) (Tonkin, Howells, Ferguson, Clark, M.Newberry, & Schalast, 2012). Dit meet met 15 vragen de drie aspecten van een sociaal milieu in een forensische omgeving, namelijk de ondersteuning tussen patiënten, veiligheidsbeleving en betrokkenheid van team naar patiënten.

Schalast, Redies, Collins, Stacey en Howells hebben een onderzoek naar de originele EssenCES uitgevoerd, gebruik makende van een breed scala van instellingen en afdelingen. Dit onderzoek had het doel om de drie dimensies van de vragenlijst te controleren en de validiteit te onderzoeken. Ook hebben ze door middel van dit onderzoek voorlopige statische normen

verzameld om de schaalwaarden te kunnen interpreteren in de forensisch psychiatrische ziekenhuizen in Duitsland (N.Schalast, M.Redies, M.Collins, J.Stacey, & K.Howells, 2008).

De resultaten tonen een gevalideerde dimensionale structuur van de EssenCES vragenlijst. Er zijn een aantal potentiële mogelijkheden voor het gebruik van het instrument. Aangezien het snel en gemakkelijk in gebruik is, kan het routinematig gebruikt worden in evaluatiestudies van forensische behandeling. Aspecten van het afdelingsklimaat of de sfeer kunnen in overweging genomen worden, aangezien deze de behandeluitkomsten potentieel kunnen beïnvloeden. Het meetinstrument is mogelijk ook te gebruiken om de sociale en therapeutische sfeer van een afdeling over een lange periode te monitoren. Het kan helpen om problemen in de opzet van een afdeling te herkennen en doelen te ontwikkelen van een behandelingsomgeving en om de resultaten te meten en deze te verbeteren (N.Schalast, M.Redies, M.Collins, J.Stacey, & K.Howells, 2008).

De EssenCES hoeft niet door alle patiënten en teamleden ingevuld te worden. Als dat er 7-10 personen van beide groepen de vragenlijst invullen geeft dit een goede weergave van de afdeling. Er wordt aanbevolen om de patiënten en teamleden uit te nodigen om de vragenlijst in te vullen en dit niet op te leggen (N.Schalast, M.Redies, M.Collins, J.Stacey, & K.Howells, 2008).

De EssenCES is dus een valide meetinstrument in het Duits. De Duitse vragenlijst is officieel vertaald in het Nederlands. Dit maakt de Nederlandse vragenlijst echter nog niet valide. Er is tot op heden geen validiteitsonderzoek gedaan naar het Nederlandse meetinstrument (Fluttert, 2014).

3.6 Wat zijn de voorwaarden om sociotherapie in de praktijk te brengen?

Om sociotherapie te kunnen uitoefenen moet er een therapeutisch milieu gecreëerd worden. Hier zijn randvoorwaarden voor nodig. Vanuit de basisfilosofie betreft dit de visie op mensen en middelen. In de literatuur wordt er gesproken over het werken in teamverband en de competenties van de sociotherapeut. Deze zullen besproken worden in hoofdstuk 3.6.1 en 3.6.2.

Bij het implementeren van sociotherapie, en het opbouwen van een therapeutische milieu, op een afdeling zullen er ingrijpende veranderingen moeten plaatsvinden in de wijze van werken, de organisatie van de werkzaamheden, de taakverdeling en de bevordering van de deskundigheid van de medewerkers in de organisatie (Gillespie & Flowers, 2009). Het tot stand brengen van een goede onderlinge samenwerking is hierbij een belangrijk aandachtspunt. Bij het opbouwen van een therapeutisch milieu gaat het allereerst om de vraag welke patiënten met welke psychopathologie van het milieu gebruik zullen maken (visie op psychopathologie). Een absoluut noodzakelijke voorwaarde voor het tot stand brengen van sociotherapie is de ontwikkeling van een duidelijke basisfilosofie en geïntegreerde totaalvisie rond de doelstellingen van de behandeling en de behandelingsmethodiek (visie op behandeling) (Broek & Pansters, 2010). Het is bovendien noodzakelijk dat het multidisciplinair team zich achter deze basisfilosofie schaart (Kinet, 1995). Gaat het om een supportieve behandeling, een reconstructieve behandeling of een behandeling met het accent op sociale adaptatie (sociaaltherapeutisch)? De keuze voor een bepaalde basisfilosofie heeft gevolgen voor de houding van de teamleden tegenover de patiënten.

(C.Janzing & J.Kerstens, 2012)

De vereniging voor klinische psychotherapie heeft een cursus sociotherapeut ontwikkeld. Het verwerven van kennis en vaardigheden staat centraal in deze cursus gericht op het leren hanteren van het behandel- en leefmilieu (Vereniging voor Klinische Psychotherapie, 2013). Voor de implementatie van sociotherapie op een afdeling is het van meerwaarde om enkele collega's zich

te laten verdiepen in sociotherapie waarna deze hun kennis en ervaring kunnen overbrengen op de rest van het team (Janssen, 2014).

Als het gaat over randvoorwaarden voor het creëren van een therapeutisch milieu hebben onderzoeken enkele kenmerken aangetoond van een succesvol therapeutisch milieu. Een therapeutisch milieu dient klein van formaat te zijn (10 of minder bedden), de patiënten hebben een lange verblijfsduur (minstens 3-4 maanden) en de personeel-cliënten verhouding is hoog. Over de exacte verhouding wordt echter niet gesproken in het betreffende artikel. Verder is een verdeling van verantwoordelijkheden over alle teamleden en een hoge mate van betrokkenheid van alle leden van het milieu belangrijk. Ook dient er de visie te heersen dat psychoses en andere psychiatrische ziektes processen zijn die begrepen moeten worden. Een hoog niveau van interactie tussen personeel en cliënten en de motivatie van het personeel om iets vernieuwends te doen ten opzichte van de huidige normen van de behandeling zijn ook van belang (Lehman, Strauss, Ritzler, Kokes, Harder, & Gift, 1982). Ook zijn er studies die aan hebben getoond dat milieutherapie bij mensen met psychoses van belang zijn (Nesset, Rossberg, Almvik, & Friis, 2009).

3.6.1 Werken in teamverband

Als dat er in de literatuur over sociotherapie wordt gesproken over de randvoorwaarden voor het uitoefenen van sociotherapie, wordt er meerdere keren het belang van het werken in teamverband benoemd.

Een team is een groep mensen die ieder vanuit hun eigen deskundigheid, maar steeds in onderlinge samenspraak en samenhang, vanuit de gemeenschappelijke gekozen en aanvaarde behandelings-filosofie het gestelde behandelingsdoel nastreven.

Meestal bestaat een multidisciplinair team uit een hoofdbehandelaar (psychiater / psycholoog), een aantal sociotherapeuten, een arbeidstherapeut of bezigheidstherapeut, een creatief therapeut, een bewegingstherapeut en een maatschappelijk werker. Elk behandelingsdoel brengt een eigen samenstelling van het team met zich mee. Werken in een team betekent werken aan de onderlinge relaties. Voorwaarde voor een goede samenwerking is een goede relatie tussen de medewerkers (In Goede handen, 1980). Dat betekent dat de medewerkers bereid moeten zijn tot open communicatie. Ieder teamlid zal ernaar moeten streven zijn eigen beperkingen en mogelijkheden te onderkennen. Kritisch naar zichzelf kijken blijft steeds een belangrijke voorwaarde om goed te kunnen functioneren binnen een team. Om dit te kunnen is een klimaat van vertrouwen een belangrijke voorwaarde.

Samenwerken in een team betekent ook dat er regelmatig overleg moet zijn tussen de teamleden. De bedoeling van het overleg is dat wat er in het therapeutisch milieu plaatsvindt, bewaakt wordt (Kinet, 1995). Steeds is de centrale vraag: Wordt er gewerkt volgens de afgesproken doelstellingen? Zo niet, waar zitten dan de storingen?

Er zijn in elk therapeutisch milieu drie besprekingen noodzakelijk. In de beleidsbespreking gaat het om antwoorden op beleidsvragen: hoe zijn de therapieën georganiseerd, hoe gaat het met de dagelijkse rapportage en overdracht, hoe functioneren de communicatiekanalen en waar is bijstelling nodig? Bij de bespreking van deze zaken moet er een terugkoppeling worden gemaakt naar de basisfilosofie van de behandel eenheid. In de behandelingsbesprekingen wordt gesproken over de behandeling van de patiënt. Hier gaat het over het resultaat van de behandeling, over gewenste verandering, hoe de ervaringen van de verschillende teamleden zijn met de patiënt en waar bijsturing nodig is. In de samenwerkingsbespreking – ook wel intervisie genoemd – wordt gesproken over het functioneren van de teamleden onderling en het functioneren van het team tegenover de patiënt (In Goede handen, 1980). Hier komen problemen aan de orde van onderlinge wrijving of communicatiestoringen. Een team heeft goede steun, coaching en

aansturing nodig (EFP, 2013). Een slecht overleg betekent dikwijls dat het bij de behandeling van de patiënten aan samenhang gaat ontbreken. Het behandelingsmilieu verliest aan structuur en duidelijkheid, waardoor uiteindelijk teamleden en patiënten in de kou komen te staan (C.Janzing & J.Kerstens, 2012).

Om alle inspanningen van mensen en middelen binnen een organisatie te bundelen richting de gestelde doelen is er leiding nodig. Duidelijk zal moeten zijn wie de eindverantwoordelijkheid draagt, hoe de bevoegdheden gedelegeerd zijn, hoe de afspraken liggen, wie verantwoordelijk is voor wie of wat. Goed georganiseerd leidinggeven zal een maximale duidelijkheid verschaffen in een organisatie. Bij het leiderschap telt zowel de vakbekwaamheid (de zorg voor optimale hulpverlening) als het vermogen om het personeel op een juiste wijze in te zetten en met elkaar te laten samenwerken binnen een organisatorische eenheid (de zorg voor de mens). De wijze van leidinggeven wordt sterk bepaald door de beleidsvisie en de daarop gerichte organisatiestructuur van de instelling. Samenvattend kan gesteld worden dat de taakhoud van de leider gericht is op de bewaking van het werkaspect in een team (takenpakket), de bewaking van de externe groepsgrens (relaties met andere teams, behandel eenheden en instelling) en de bewaking van regressieve verschijnselen (psychohygiëne in het team). (C.Janzing & J.Kerstens, 2012)

3.6.2 De sociotherapeut

De sociotherapeut is degene uit het multidisciplinair team die het meeste directe contact met de patiënt heeft. De sociotherapeut is namelijk degene die 24-uurszorg levert en op de afdeling de taak heeft om het therapeutisch milieu te bewaken. Om sociotherapie uit te kunnen oefenen dient de sociotherapeut ook over bepaalde competenties te beschikken die hij nodig heeft om zijn taken uit te voeren en om daarbij met de kritische situaties om te kunnen gaan. (Weerd, Slaa, & Muste, 2013) 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 beroepscontext. 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. 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. Legt contact en heeft contact, brengt de situatie in kaart, plant en organiseert, werkt effectief samen in een team, werkt methodisch verantwoord, reflecteert op het eigen handelen en bewaakt zijn eigen arbeidsomstandigheden. 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. De sociotherapeut kan omgaan met patiënten in de forensische zorg, creëert de veiligheid, motiveert tot gedragsverandering, creëert een therapeutisch leefklimaat in de forensische zorg en begeleidt individueel. (Kluft & Haterd, 2010)

Hoofdstuk 4: Conclusie en Discussie

In dit hoofdstuk wordt er antwoord gegeven op de gestelde onderzoeksvragen en wordt er betekenis gegeven aan de resultaten van de deelvragen. Daarnaast wordt er met een kritisch blik naar de uitvoering van de literatuurstudie gekeken.

De twee onderzoeksvragen waren:

“Wat zijn de best practices met betrekking tot het werken met sociotherapie?”

en

“Hoe is dit te realiseren op een (forensisch) psychiatrische afdeling?”

Uit de resultaten van het literatuuronderzoek komt naar voren dat sociotherapie gezien wordt als een vorm van methodisch werken. Om vorm te geven aan methodisch werken is er een totaalplaatje van visie, methode en organisatie nodig waarover een afdeling beschikt. Deze drie elementen komen zowel naar voren uit de literatuur over : “ wat is sociotherapie” als bij de voorwaarden die nodig zijn om methodisch te werken. Gezien de essentie van de antwoorden op beide onderzoeksvragen van gelijke inhoud zijn, wordt er één antwoord gegeven op beide onderzoeksvragen.

Een best practice is een techniek, werkmethode of activiteit die zich als effectiever heeft bewezen dan enige andere techniek, methode etc. De best practice wordt gebaseerd op basis van het best beschikbare bewijs in combinatie met de kennis en ervaring van de verpleegkundige en de waarde(n) en voorkeur van de individuele patiënt. Door middel van het literatuuronderzoek is het best beschikbare bewijs met betrekking tot de inhoud en realisatie van sociotherapie onderzocht. De bronnen over sociotherapie gebruiken verschillende termen door elkaar terwijl deze in essentie niet hetzelfde zijn, zoals de termen sociotherapie en sociaaltherapeutisch milieu. Hierdoor is het onduidelijk of dat sommige beschreven kenmerken behoren tot sociotherapie in zijn algemeen of tot het sociaaltherapeutisch milieu, een van de drie leefmilieus die binnen sociotherapie vormgegeven kunnen worden. Er is geprobeerd om uit te gaan van de definities en uitwerkingen die de meeste bronnen hebben gehanteerd. Het is wel mogelijk dat er kenmerken geïnterpreteerd zijn door de onderzoekers i.p.v. feitelijk weergegeven. De onderzoekers zijn echter van mening dat het wel juist geïnterpreteerd is aangezien alles in het eindresultaat wel overeenkomt.

Methodisch werken komt in de praktijk neer op een planmatige beschrijving van de (beoogde) therapie op basis van behandeldoelen die zijn opgesteld nadat het probleem is geanalyseerd (anamnese) en beschreven (diagnose). Een model van methodisch werken kan er als volgt uitzien (Vries, 2008):

1. probleem(bepaling) of oplossingsanalyse
2. doelformulering
3. probleemoplossing of strategiebepaling
4. uitvoering van interventie, hulpplan of probleembehandeling
5. evaluatie, vervolgstappen en/of afsluiting

Methodisch werken is een gefaseerde, systematische, transparante, doelgerichte en toetsende manier van werken. Planning, uitvoering en evaluatie garanderen een betere coördinatie van de zorg. Methodisch werken en een visie zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Het ene kan niet zonder het andere. Een zorgverlener die methodisch werkt zonder gefundeerde visie is als een

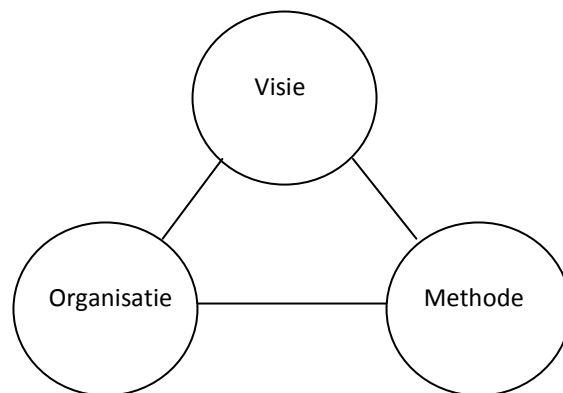
aannemer die een huis bouwt op zand. Andere voorwaarden om methodisch te kunnen werken hebben betrekking op de expertise van de professional, het team en de organisatie van de afdeling.

Sociotherapie is het methodisch hanteren van het leefmilieu van een groep cliënten, gericht op de behandeldoelen van deze groep - opgevat als middel om de behandeldoelen van de individuele cliënt te bereiken - binnen een functionele eenheid van doorgaans intramurale behandelsituaties (Nederlands instituut voor sociotherapie, 2005).

In de praktijk krijgen cliënten die verblijven op een psychiatrische afdeling verschillende therapieën aangeboden. Hiernaast wordt het leefmilieu van de afdeling ook als therapeutisch ingezet.

‘Een therapeutisch milieu is een eenheid van samenhangend behandelen waarbinnen aan een patiënt relaties met andere patiënten en behandelaars worden aangeboden. Deze relaties bieden de patiënt ruimte om zelf binnen zijn mogelijkheden en beperkingen tot een oplossing te komen van zijn problemen, problemen die in ingewikkeldheid kunnen variëren en op allerlei gebieden van het leven kunnen liggen.’ (C.Janzing & J.Kerstens, 2012)

Om het methodisch hanteren van een leefmilieu goed te laten gedijen binnen een afdeling zijn er drie elementen die met elkaar in verbinding staan en elkaar in balans houden. In de literatuur over methodisch werken en de literatuur over sociotherapie krijgen deze elementen verschillende benamingen, maar zijn qua essentie hetzelfde. Vanuit de praktijk (Roland Jansen) wordt er gebruik gemaakt van een ‘gouden driehoek’ die deze drie elementen, visie, methode en organisatie, schematisch weergeeft. Wanneer de aandacht op één element verzwakt heeft dit effect op de andere twee en andersom.



Visie

De sociotherapeut dient op de hoogte te zijn van de visie van waaruit er wordt gewerkt. Het snappen waarom een bepaalde methode wordt gehanteerd is essentieel om deze methode adequaat uit te voeren. Wanneer dit niet het geval is, voert de sociotherapeut als het ware ‘een trucje’ uit, maar is zich niet bewust van het effect van deze methode of het uiteindelijke doel. Sociotherapie werkt vanuit een visie op de psychopathologie van mensen. Er wordt uitgegaan van drie probleemgebieden en het leefmilieu op een afdeling wordt vormgegeven op basis van de problematiek van de patiëntenpopulatie. De behandeling kan plaatsvinden vanuit een supportief, reconstructief of sociaaltherapeutisch leefmilieu. De interventies die de sociotherapeut inzet worden altijd gedaan met het doel van het leefmilieu in het achterhoofd. In de forensische psychiatrie zijn de meeste milieus supportief van aard, met een flinke menging van

sociaaltherapeutische aspecten. Er wordt een groepsklimaat geschept wat het uitvoeren van de individuele doelen stimuleert.

Methode

Het is belangrijk dat er wordt gewerkt volgens een methodiek die bij elk teamlid bekend is en aansluit bij de visie van de afdeling. Het team dient open en transparant te zijn en eenduidig in de manier van werken. De sociotherapeut werkt volgens de methodiek van het verpleegproces. De interventies die de sociotherapeut inzet om de behandeldoelen te bereiken zijn heel divers maar kunnen over het algemeen omschreven worden als overzichtelijke en gedoseerde leersituaties. De interventies hebben als doel het vergroten van de competenties van een cliënt met betrekking op het functioneren als individu en groepslid in de huidige en toekomstige leefsituatie. De sociotherapeut is zelf onder andere het behandelinstrument. Het bepalen van de interventies wordt o.a. door de sociotherapeut zelf gedaan (/in overleg met multidisciplinair team) gebaseerd op de visie, kennis en ervaring.

Organisatie

De organisatie zal ervoor moeten zorgen dat er randvoorwaarden geschept worden, zodat het team vanuit een eenduidige visie methodisch kan werken. Sociotherapie noemt de organisatie 'de visie op mensen en middelen' en omschrijft met name het belang van werken in teamverband en de competenties van de sociotherapeut. Een goede samenwerking betekent een goede relatie tussen medewerkers en regelmatig overleg tussen de teamleden. Een goed leiderschap is van belang voor de organisatie alhoewel sociotherapie geen voorkeur heeft voor een bepaalde vorm, enkel zegt dat het moet passen binnen de beleidsvisie en organisatiestructuur van de instelling.

Discussie

De literatuur schetst hoofdzakelijk een abstract beeld van het begrip sociotherapie. Er worden veel nuances geschetst, maar de bovenstaande essentie wordt wel weergegeven door de literatuur. Met name de interventies zijn niet concreet beschreven wat maakt dat de sociotherapeut geen praktische handvaten heeft voor het uitvoeren van sociotherapie. Sociotherapie is al ontstaan rond 1930, maar lijkt nooit geïntegreerd te zijn geraakt in de hulpverlening. Mogelijk dat de abstractheid van sociotherapie hier een rol in speelt. De sociotherapeut dient het totale plaatje, de drie elementen, te overzien wil deze sociotherapie uit kunnen oefenen. Het vergt een bepaald abstractieniveau van de sociotherapeut om niet alleen maar een 'trucje' uit te voeren. Wanneer een team bestaat uit voornamelijk verpleegkundigen op een uitvoerend niveau, zal dit het implementeren van sociotherapie bemoeilijken. De teamleden die wel over dit abstractieniveau beschikken, zullen zich dan coördinerend en coachend op moeten stellen ten opzichte van hun collega's.

Voor een meer volledig beeld van sociotherapie te vormen en te onderzoeken of er praktische handvaten zijn voor het uitvoeren van sociotherapie is het aan te bevelen om nog specifiekere te onderzoeken welke methode / interventies beschreven worden in de literatuur.

Terugkijkend op de literatuurstudie is er gebruik gemaakt van de drie vormen van evidence. Er is gestructureerd onderzoek gedaan naar de wetenschappelijke artikelen waarna de resultaten bekrachtigd zijn door en aangevuld zijn met kennis uit boeken en interviews met deskundigen. De bronnen van de laatste twee vormen van evidence zijn aangereikt door het netwerk van de onderzoekers. Het is waarschijnlijk dat hierdoor niet alle bruikbare kennis is meegenomen in het onderzoek. Door de grote hoeveelheid aan beschikbare kennis was dit ook niet mogelijk binnen het tijdsbestek en de kaders van de literatuurstudie. Aangezien er wel een overeenkomstige essentie gevonden is in de literatuur over methodisch werken en over sociotherapie zijn de

onderzoekers van mening dat er geen essentiële dingen missen in de literatuurstudie, enkel details.

De literatuurstudie is uitgevoerd in het kader van sociotherapie op de Forensisch Psychiatrische Afdeling van het Vincent van Gogh Instituut te Venray. Met deze literatuurstudie is de gewenste situatie geschetst. Op basis van deze resultaten kan er een praktijkonderzoek gestart worden naar de huidige situatie m.b.t. sociotherapie op de FPA.

Bibliografie

B.H.Bulten, & Fluttert, F. (2010). *Essen CES–NL© Scoring Key*. Opgeroepen op januari 10, 2014, van https://www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-forensik/projekte/essences_nl_scoring_2010.pdf

Broek, R. v., & Pansters, M. (2010). *Afdelingsbeschrijving Isis 1*. Venray: FPC de Rooyse Wissel.

Brunt, D., & Rask, M. (2012). A Suggested Revision of the Community Oriented Program Environmental Scale (COPES) for Measuring the Psychosocial Environment of Supported Housing Facilities for Persons with Psychiatric Disabilities. *Issues in Mental Health Nursing*, 24-31.

Brunt, D., & Rask, M. (2012). A Suggested Revision of the Community Oriented Program Environmental Scale (COPES) for Measuring the Psychosocial Environment of Supported Housing Facilities for Persons with Psychiatric Disabilities. *Issues in Mental Health Nursing*, 33, 24-31.

Bureau voor Toegepaste Sociale Gerontologie. (2013, september 8). *Methodisch werken, kwaliteit en klantgericht werken*. Opgeroepen op januari 10, 2014, van BTSG: <http://www.btsg.nl/infobulletin/methodischwerken.html>

C.Janzing, & J.Kerstens. (2012). *Werken in een therapeutisch milieu*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Coussens, A., Bruyne, S. D., Frène, V. D., Descamps, J., Haegeman, P., Lauwers, M., et al. (2009). *Methodisch werken in de gezondheidszorg*. Antwerpen - Apeldoorn: Garant Uitgevers NV.

EFP. (2013). *Basis zorgprogramma*. Utrecht: EFP.

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (2013). *Basis zorgprogramma*. Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.

Fluttert, D. F. (2014, Januari 30). Researcher FPC Dr. S van Mesdag. (C. Wilms, Interviewer)

Gillespie, M., & Flowers, P. (2009). From the old to the new: Is forensic mental health nursing in transition? . *Journal of Forensic Nursing*, nr5, 212-219.

Gillespie, M., & Flowers, P. (2009). From the old to the new: Is forensic mental health nursing in transition? *Journal of Forensic Nursing* 5, 212–219.

Ginny Focht-New, A. B. (2008). Persons With Developmental Disability Exposed to Interpersonal Violence and Crime: Approaches for Intervention. *Perspectives in Psychiatric Care Vol. 44, No. 2*, 89-98.

Hellenbrand, I., B.Tiemens, & Appel, T. (2007). Lange behandelingen ontberen scherpe behandeldoelen: een exploratief onderzoek naar mogelijkheden voor verkorting van de wachtlijst. *PsychoPraxis* 9, 90-93.

In Goede handen. (1980). *1980 Sociotherapie voor verpleegkundigen*. Opgeroepen op November 23, 2013, van Het oude gesticht: <http://www.hetoudegesticht.com/1980-sociotherapie-voor-verpleegkundigen/>

J.Janssen, & Pierloot, R. (1970). *Milieutherapie en sociotherapie*. Kortenbergh: Universitaire St. Josefcliniek voor Psychiatrie.

Janssen, R. (2014, januari 17). Methodisch werken. (C. Willems, Interviewer)

Kar, T. v., & Walters, K. (2010). *Sociotherapie op de FPA Vught?* Vught: Reinier van Arkelgroep.

Kinet, M. (1995). *Milieutherapie*. Broeders van Liefde.

Klerks, L., Asdonck, N. v., & Bos, K. v. (2013).

Kluft, M., & Haterd, J. v. (2010). *Sociotherapie in de forensische zorg*. MOVISIE.

Koekkoek, B. (2011). *Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Lehman, A. F., Strauss, J. S., Ritzler, B. A., Kokes, R. F., Harder, D. W., & Gift, T. E. (1982). First-Admission Psychiatric Ward Milieu. *Arch Gen Psychiatry*, Vol 39 , 1293-1298.

N.Schalast, M.Redies, M.Collins, J.Stacey, & K.Howells. (2008). EssenCES, a short questionnaire for assessing the social climate of forensic psychiatric wards. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 18 , 49-58.

Nederlands instituut voor sociotherapie. (2005, Januari 2). *Beroepsprofiel voor sociotherapeuten*. Opgeroepen op November 23, 2013, van sociotherapie: <http://www.sociotherapie.nl/soc00.htm>

Nederlandse Zorgautoriteit. (2013). *Organisatie*. Opgeroepen op september 26, 2013, van Nederlandse Zorgautoriteit: <http://www.nza.nl/organisatie/overdenza/>

Nederlandse Zorgautoriteit. (2013). *Prestatiebekostiging GGZ*. Opgeroepen op september 26, 2013, van Nederlandse Zorgautoriteit: <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/prestatiebekostiging-GGZ/>

Nederlandse Zorgautoriteit. (2013). *Regeling Declaratiebepalingen DBBC's FZ, NR/FZ-001*. Opgeroepen op december 12, 2013, van Nederlandse Zorgautoriteit: <http://www.nza.nl/141224/606423/NR-FZ-001.pdf>

Nesset, M. B., Rossberg, J. I., Almvik, R., & Friis, S. (2009). Can a focused staff training programme improve the ward atmosphere and patient satisfaction in a forensic psychiatric hospital? A pilot study. *Scand J Caring Sci* , 117-124.

Nesset, M. B., Rossberg, J. I., Almvik, R., & Friis, S. (2009). Can a focused staff training programme improve the ward atmosphere and patient satisfaction in a forensic psychiatric hospital? A pilot study. *Scand J Caring Sci*, 23 , 117-124.

Nistelrooy, I. v. (2012). *Basisboek Zorgethiek*. Utrecht: De Vrije Uitgevers.

Rijksoverheid. (2013). *Miljoenennota 2013*. Opgeroepen op september 26, 2013, van www.rijksoverheid.nl:

http://www.rijksbegroting.nl/2013/voorbereiding/miljoenennota,kst173801_11.html

Schalast, N. (2009, juni). *Essen Climate Evaluation Schema Basic Information*. Opgeroepen op januari 10, 2014, van <https://www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-forensik/projekte/essencesbasicinformationjune09.pdf>

Tonkin, M., Howells, K., Ferguson, E., Clark, A., M.Newberry, & Schalast, N. (2012). Lost in Translation? Psychometric Properties and Construct Validity of the English Essen Climate Evaluation Schema (EssenCES) Social Climate Questionnaire. *Psychological Assessment Vol.24, No.3*, 573-580.

V&VN. (2012). *Meerjarig Strategisch Beleidsplan 2013-2016*.

V&VN. (2013). *Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden*.

Vereniging ter bevordering van Sociotherapie. (2005). *Beroepsprofiel Sociotherapeuten*. Opgeroepen op januari 1, 2014, van Panta Rhei: <http://www.pantarhei.org/literat/soc01.htm#def>

Vereniging voor Klinische Psychotherapie. (2013, Januari). *cursussen & opleidingen*. Opgeroepen op Januari 29, 2014, van Vereniging voor klinische psychotherapie: <http://www.klinische-psychotherapie.nl/folders/Folder%20sociotherapeut%20jan%202013%20Word.pdf>

Vincent van Gogh Instituut. (2013). *Missie en Visie*. Opgeroepen op september 26, 2013, van Vincent van Gogh Instituut: <http://www.vvgi.nl/ggz/pid-115-taalkeuze-1/Vincent+van+Gogh+voor+geestelijke+gezondheidszorg/Onze+organisatie///Missie+%26+Visie.html?opt=1>

Vincent van Gogh Instituut. (2013). *Ontwerp Zorgprogramma Forensisch*. Venray.

Vries, S. d. (2008). *Basismethodiek Psychosociale Hulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Weerd, D. d., & Oudmaier, M. (2009). Sociotherapie en klinische schematherapie. In E. Muste, A. Weertman, & A.-M. Claassen, *Handboek klinische schematherapie* (pp. 131-160). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Weerd, D. d., Slaa, S., & Muste, E. (2013). *Handboek Sociotherapie*. Amsterdam: SWP.

Bijlage 2: Topic Lijst

Topic interview

Sociotherapie op de FPA

Introductie

- Introduceren van onderzoek & onderzoeker
- Belang van het onderzoek
- Duur v/h interview
- Tweedeling van het interview in kennis en ervaring
- Anonieme verwerking van gegevens
- Toestemming interview & opname

Openingsvraag

Kunt U wat vertellen over sociotherapie?

Hoe ervaart U sociotherapie binnen de FPA?

Topiclijst

- Visie
 - o Leefmilieus
 - o Doel van sociotherapie (gezamenlijk, coachen, leersituaties creëren)
 - o Eenduidigheid van behandeling interdisciplinair
 - o Motivatie
- Interventies
 - o Leersituaties creëren
 - o Groepsgesprekken
 - o Werken met methodieken (Gordon, libermann training, SoVa training, motiverende gespreksvoering)
 - o Creëren en hanteren van een leefmilieu
 - o Individuele begeleiding en behandeling
- Randvoorwaarden
 - o Overlegstructuren
 - o Scholing
 - o Kennis en competenties
 - o Budget (personele bezetting)
 - o Veiligheid
 - o Leiderschap
 - o Evaluatie
- Huidig leefklimaat
 - o Veiligheid
 - o Betrokkenheid (patiënten onderling en vanuit het team)

Afsluiting

- Zijn er nog vragen
- Voor aanvulling kan contact gezocht worden met onderzoekers
- Aangeven wat er nog gedaan wordt met de gegevens (member-check)

Bijlage 3: Samenvattingen interviews

Samenvatting interview sociotherapeut 1

Visie

Sociotherapie is een methode die je inzet om een doel te bereiken. Welke doel dit is kan heel divers zijn. Sociotherapie is een manier van bejegenen wat je bewust inzet. Welke bejegening je inzet dient afgesproken te worden met het multidisciplinaire team, er moet een eenduidige visie zijn. Er is nu geen eenduidige visie en er wordt hier dus ook niet bewust naar gehandeld.

Sociotherapie is aanwezig in het leefmilieu en is behandelingsbreed.

Er wordt nog vaak beheersmatig gewerkt, wat soms ook inherent is aan het werken in de forensische psychiatrie. Maar de cliënt moet meer betrokken worden bij de behandeling en er moet meer aandacht zijn voor de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt.

Er is geen sociotherapie aanwezig op de FPA. Het leeft ook niet binnen het team. Er zal wel ergens motivatie zijn bij collega's om sociotherapeutisch te werken maar door de huidige omstandigheden op de FPA is deze niet aanwezig.

Methode

- De huiskamerbespreking wordt wekelijks gedaan maar is rommelig en kan zinvoller. De dagopening / sluiting ervaar ik wel als zinvol.
- Motiverende gespreksvoering is zinvol maar lastig uit te voeren in een forensische setting omdat er niet altijd een open communicatie mogelijk is. Het wordt nu te weinig toegepast.
- Een behandel-evaluatie moet met de cliënt erbij gehouden worden.
- Wat er in het MDO besproken wordt, wordt niet goed teruggekoppeld. Ook zijn de verantwoordelijkheden en taken niet altijd duidelijk.
- De overdracht is te kort, hier kun je meer uithalen.
- Ik krijg niets mee van modules zoals libermann en SoVa. Deze worden de cliënt opgelegd.
- Er zouden meer therapieën moeten zijn en de deelname zou flexibeler moeten zijn. Beeldend en PMT zijn al aanwezig. Er zouden bijvoorbeeld of sport- en muziekactiviteiten mogelijk moeten zijn. Je kunt deze activiteiten samen met de cliënt doen, intern of extern.

Randvoorwaarden

- Over het algemeen zijn er niet voldoende randvoorwaarden aanwezig om sociotherapeutisch te werken. Deze moeten eerst aanwezig zijn voordat het geïmplementeerd wordt omdat het anders mislukt.
- Je moet zelfstandig mogen werken en beslissen en dat is nou niet. Daarvoor is motivatie, rust en duidelijkheid binnen het team en leiderschap voor nodig.
- De stijl van leiding geven moet aangepast zijn op de situatie van het team. Op het moment heeft de leidinggevende geen zicht op wat er op de werkvloer speelt, is ze niet pro-actief aan het werken en komt ze te weinig toe aan haar eigen taken.
- De huidige overlegvorm met het team (groot team) is niet goed vormgegeven, het is niet vaak genoeg en het is te kort. Het zou moeten gaan over de visie en werkwijze.
- Om sociotherapie te kunnen beoefenen moeten de teamleden open kunnen staan voor elkaar. Ook respect, open communicatie en kwetsbaar kunnen opstellen zijn belangrijke houdingsaspecten. Deze zijn nu niet bij alle teamleden aanwezig.
- Er dient geen autoritaire houding uitgestraald te worden bij sociotherapie. De cliënt wordt serieus genomen en je bent er voor de cliënt. Dit is wel aanwezig op de FPA, en de veiligheid voor de cliënt en betrokkenheid naar de cliënt hierdoor ook.
- De personele bezetting is voldoende.

- Ik zou graag meerdere ruimtes zien op de afdeling met verschillende invullingen zoals een chillroom.

Samenvatting interview sociotherapeut 2

Visie

Sociotherapie is een vorm van behandeling wat de cliënt samen met de sociotherapeut doet en wat zich afspeelt in het leefmilieu. Het leefmilieu is een samenleving in het klein en het doel van de behandeling is terugkeer naar de maatschappij en op de FPA ook recidivegevaar verminderen. Een doel is het leren van elkaar, bijvoorbeeld op het gebied van normen & waarden, waarbij de sociotherapeut een voorbeeldfunctie aanneemt.

Er is een eenduidige visie nodig, en die is er op de FPA niet echt. Er is wel motivatie om deze te creëren en sociotherapeutisch te gaan werken.

Methode

- De pb'er dient een meer centrale rol te krijgen in de behandeling van de cliënt. Ik krijg het idee dat andere collega's dit niet echt naleven. De betrokkenheid van het team naar de cliënt is niet altijd groot.
- Op de groep ben je o.a. bezig met ervoor zorgen dat afspraken worden nageleefd. We zijn nu te weinig op de groep, de interactie met de cliënt kan meer. De cliënten zijn echter ook niet zo veel op de groep aanwezig.
- Een themabespreking is een voorbeeld van een sociotherapeutische interventie. Het is afhankelijk van de cliënten groep of deze succesvol is. Bij een themabespreking ben je in gesprek met de groep en komen onder andere bejegening en sociale vaardigheden naar voren.
- Een dagopening / sluiting is voornamelijk functioneel van aard.
- Er dienen activiteiten ondernomen te worden met de cliënten.

Randvoorwaarden

- Er is te weinig interactie tussen de cliënt en de verpleegkundige / begeleider en behandelaar.
- Er is te weinig multidisciplinair overleg. Dit zou moeten gaan over cliënten en over de gezamenlijke werkwijze. Er is wel een MDO, werkoverleg en groot team. In dit groot team worden echter alleen belangrijke actualiteiten besproken. Er is te weinig voorbereiding en de bijeenkomst wordt niet goed voorgezeten.
- Er is een behandel-evaluatie, de planning hiervoor is niet goed. Hier wordt wel vaker over gesproken maar dit wordt niet goed opgepakt.
- Randvoorwaarden voor een therapeutisch leefmilieu zijn respect, vertrouwen, aansturing door de sociotherapeut en veiligheid. De veiligheid op de leefgroep is niet altijd aanwezig, voor het verbeteren van deze veiligheid moet de sociotherapeut meer op de groep zijn.
- In het team ervaar ik ook niet altijd veiligheid, maar ik voel me ook niet onveilig. Er mag meer open communicatie komen.
- Er is een libermann module maar de transfer van de module naar de leefgroep kan beter. Hetzelfde geldt voor bijvoorbeeld Aggressie Hantering Training.
- Motiverende gespreksvoering is wel belangrijk. Dit wordt nu niet echt toegepast en de kennis erover is er ook niet goed. Over sociotherapie in zijn algemeen mag de kennis ook uitgebreid worden.
- Geld, tijd en personele bezetting zijn randvoorwaarden, deze vind ik tekort schieten. Er zijn ook teveel administratieve dingen die gedaan moeten worden.
- Er moet een behandelinhoudelijk leider zijn die zorgt voor een rode draad in de behandeling.

- Over het algemeen ben ik tevreden met de teamleidster. Individuele begeleiding doet ze goed. Er mag wel teamcoaching komen.
- Voor het implementeren van nieuwe afspraken e.d. wordt nu veel via de mail gecommuniceerd. Het is onduidelijk wie dit dan moet oppakken. Er zou een aandachtsfunctionaris mogen komen voor nieuwe afspraken.

Samenvatting interview sociotherapeut 3

Visie

Tot nu toe werd er vooral beheersmatig gewerkt op de FPA. Nu wordt de cliënt al meer op de eigen verantwoordelijkheid aangesproken. Dit moet echter nog meer. Bij sociotherapeutisch werken moet de controle losgelaten kunnen worden. Cliënten moeten betrokken worden bij elkaar en van elkaar leren, voornamelijk op het gebied van sociale vaardigheden. Nu is het leefmilieu vooral ik-gericht. Het therapeutisch milieu moet aangestuurd worden door het team. Een eenduidige visie hebben is belangrijk, deze is er nou niet. Motivatie om hier voor te gaan is ook essentieel en lijkt er nu niet 100% te zijn. Als sociotherapeut heb je een voorbeeldfunctie.

Methode

- Themabespreking, HKB, dagopening /sluiting en libermann zijn sociotherapeutische interventies / methoden die nu gehanteerd worden.
- VERS therapie zou ook belangrijk zijn.
- Aanwezigheid van de sociotherapeuten op de groep is zeer belangrijk en gebeurt nu te weinig.
- Als de cliënt bepaald gedrag laat zien moet daar direct een interventie op ingezet kunnen worden zonder dat dit eerst uitgebreid besproken moet worden. Dit wordt nu niet gedaan.
- Het is afhankelijk van individuen of dat er sociotherapeutische interventies ingezet worden.
- Interactie met de cliënt is heel belangrijk, dat gebeurt nu te weinig.
- De vaardigheden van motiverende gespreksvoering zijn belangrijk bij het werken met sociotherapie. Deze worden nu te weinig toegepast.
- Er moeten oefensituaties gecreëerd worden.
- Het ondernemen van activiteiten met de cliënt is belangrijk en zorgt voor een ander contact.

Randvoorwaarden

- Werkoverleg, casusbespreking en een klinische les is belangrijk.
- Het werkoverleg is voornamelijk praktisch van aard, er worden vaak beslissingen genomen voor de groep. Bij sociotherapie dient de sociotherapeut met de groep zelf tot beslissingen / oplossingen te komen.
Het werkoverleg dient niet gericht te zijn op cliënt gerelateerde zaken. Dingen die hierin besproken moet worden zijn bijvoorbeeld hoe we handelen (intervisie) en onze werkwijze (kantoorzaken).
- MDO, overleg dag coördinator zijn huidige overlegvormen.
- De cliënt moet betrokken zijn bij de behandeling.
- Contact multidisciplinair en met cliënt dient gelijkwaardig te zijn, geen autoritaire houding
- Betrokkenheid binnen het team, binnen de cliënten groep en tussen deze groepen is belangrijk. Deze is er nou te weinig.

- Je hebt kennis nodig van sociotherapie. Dit is er wel een beetje, maar er wordt geen uitvoer aan gegeven.
- We vallen snel terug in oude patronen.
- De mate van kennis en vaardigheden is afhankelijk van de individu.
- Intervisie met het team is belangrijk. Praten over visie en handelen (evaluatie) en inzicht krijgen in elkaars kennis & vaardigheden. Er is nu geen intervisie.
- Sowieso is overleg, open communicatie, vragen stellen zeer belangrijk. Dit wordt nog niet zo veel gedaan. Feedback geven en ontvangen is hierbij ook belangrijk. Ook moet men open staan, het hoeft niet altijd te gaan zoals hij/zij het zelf wil.
- Een randvoorwaarde is veiligheid in het team
- Coaching on the job
- Er moet multidisciplinair meer interactie zijn zodat iedereen van elkaar weet wat ze doen. De verpleegkundigen / begeleiders moeten wat kennis hebben van wat er in therapieën gedaan wordt en moeten handvatten hebben om een transfer te maken naar het leefmilieu. Rapportage is hierbij ook belangrijk.
- De leidinggevende ervaar ik als betrouwbaar, duidelijk, bereikbaar en zij draagt een duidelijke visie uit. Ik vind dat ze aandacht moet hebben voor het samenstellen van een goed team.

Samenvatting interview sociotherapeut 4

Visie

Binnen sociotherapie creëer je een therapeutisch leefmilieu waarin cliënten met vaardigheden uit de therapieën kunnen oefenen. Sociotherapie is niet beheersmatig / verpleegkundig werken. Het is wel bewust en doelgericht en je dient met het gehele multidisciplinaire team een eenduidige visie te hebben en uit te dragen. Op de FPA weet iedereen wel wat de bedoeling is en zijn we hier ook tot gemotiveerd maar komt het nog niet tot uiting. Het is momenteel nog erg beheersmatig en het sociotherapeutisch leefmilieu is er nog niet.

Methode

Als sociotherapeut ben je aanwezig in de groep, ga je de interactie aan met de cliënten en speel je een voorbeeldfunctie. Dit wordt nu wel al wat gedaan maar kan nog veel beter. Motiverende gespreksvoering is een belangrijke methodiek en wordt nog te weinig gebruikt.

Een aanbod aan therapieën is zeer belangrijk omdat de cliënt hiermee moet oefenen in het leefmilieu. Voorbeelden zijn cognitieve gedragstherapie, schematherapie, beeldende therapie, PMT en muziektherapie. Nu is er nog een te weinig aanbod aan therapieën.

Randvoorwaarden

- Er moet een behandelinhoudelijke leider zijn die de rode draad bepaalt en sociotherapeuten hierin kan aansturen. Behandeling moet doelgericht zijn. Dit bereik je onder andere door rapporteren en regelmatig overleggen. Op de FPA is een lange tijd geen vaste behandelinhoudelijke leider geweest. Het uitzetten van de rode draad kan beter en overleg mag vaker zijn.
- De leidinggevende is nu directief en moet zich in leiderschapsstijl ook aan kunnen passen aan het team. Het is wenselijk dat een team op een gegeven moment zelfsturend wordt. De communicatie tussen leidinggevende en team moet dan open zijn. Een leidinggevende moet zich bezig houden met het eigen takenpakket en de huidige leidinggevende wijkt hier vaak vanaf.

- Als team moet je elkaar ook geregeld kunnen spreken over casussen en werkwijze. Bijvoorbeeld in een overdracht die nu te kort is.
- De competenties waarover een sociotherapeut onder andere moet beschikken zijn: stevig in de schoenen staan, hbo-denkniveau, verbanden kunnen leggen, feedback geven en ontvangen, open communiceren, open kunnen staan voor anderen ideeën dan de eigen en afspraken na kunnen leven. Ik heb wel het idee dat er binnen het team op de FPA de competenties aanwezig zijn om sociotherapeutisch te kunnen werken.
- Ik heb zelf wel een gevoel van veiligheid binnen het team, maar ik weet dat het niet (altijd) aanwezig is.
- In het leefmilieu is er ook niet altijd een veilige sfeer, dit is wel in ontwikkeling en hier heeft de sociotherapeut een grote rol in.
- Personele bezetting is een belangrijke factor om sociotherapeutisch te kunnen werken, de bezetting is nu niet voldoende.

Samenvatting interview sociotherapeut 5

Visie

Sociotherapie is het creëren van een normaal milieu i.p.v. het klinische. Een huiselijke sfeer, waarin je samen met de cliënt dingen doet. Het doel van sociotherapie is het bevorderen van de zelfstandigheid van een cliënt.

Interventies

- Er wordt nog weinig sociotherapeutisch gewerkt binnen de FPA. Ik heb in ieder geval nog weinig concrete interventies gezien. Er is ook weinig groepsgebeuren.
- Verpleging en begeleiding wijzen cliënten op hun eigen verantwoordelijkheden.
- Tijdens een themabespreking hebben de cliënten veel vrijheid. Ze hebben vaak geen eigen inbreng. Het belangrijk om de cliënten te activeren en te stimuleren. Om bijvoorbeeld een eigen inbreng te hebben tijdens een themabespreking. Op dit moment wordt dit naar mijn mening te weinig gedaan binnen de FPA.
- Ik weet dat er verschillende overlegstructuren zijn zoals een MDO of een teambespreking. Inhoudelijk weet ik er niks over te zeggen. De inhoud van een teamoverleg zou moeten zijn: actualiteiten, mededelingen, casusbespreking en intervisie.
- Ik zou het leuk vinden om uitstapjes te doen met de cliënten. Je komt dan uit de setting, krijgt een ander contact met de cliënten.

Randvoorwaarden

- Het is belangrijk om als sociotherapeut veel in de groep aanwezig te zijn. Dit is op dit moment niet het geval. Verpleegkundigen en begeleiding zitten nog teveel op kantoor.
- Cliënten kunnen ook leren van elkaar. Op dit moment is er weinig betrokkenheid tussen de cliënten, maar wel veel 'haantjesgedrag'.
- Ik heb kennis van verschillende methodieken, zoals motiverende gespreksvoering, Libermann en SOVA training. Ik weet niet in hoeverre deze worden gebruikt binnen de FPA. Motiverende gespreksvoering zie ik niet duidelijk terug.
- Er is geen veilige sfeer binnen de cliëntengroep. Om veiligheid te creëren moet sociotherapeut in de groep aanwezig zijn.
- Ik ben tevreden over het leiderschap van de leidinggevende. De communicatie verloopt soepel en we functioneren als gelijke. Ze staat niet als een baas boven me.

- Het team is betrokken naar de cliënten. De communicatie verloopt echter vaak functioneel. Betrokkenheid creëert vertrouwen, een werkrelatie. Deze is nodig om de veiligheid te vergroten.
- Om sociotherapeutisch te werken moet er geld en middelen beschikbaar zijn.

Samenvatting interview behandelaar 1

Visie

Bij sociotherapie is er sprake van een therapeutisch leefmilieu wat eigenlijk een samenleving het in klein representeert. Als sociotherapeut ben je aanwezig in de leefgroep. Hier let je op de vaardigheden & beperkingen van de cliënt, het probleemoplossend vermogen en op onderlinge bejegening communicatie (sociale vaardigheden). Zelf ben je een voorbeeldfunctie voor de cliënt. De laatste tijd zie ik meer aanwezigheid van de sociotherapeut in de leefgroep, het is echter nog niet optimaal. Daarnaast vraag ik me af in hoeverre men therapeutisch aanwezig is, ik denk dat dit te weinig gebeurt. Er wordt vaak ook nog beheersmatig gewerkt.

Het is belangrijk dat er een eenduidige visie aanwezig is, maar deze is er niet / wordt niet multidisciplinair uitgedragen. Ik zie in het team niet voldoende motivatie om sociotherapeutisch te werken.

Methode

Het is belangrijk dat de sociotherapeut de interactie met de cliënt aan gaat en interventies inzet op basis van observaties. Ook samen iets doen met de cliënt is belangrijk en dit gebeurt af en toe op de FPA. Interventies kunnen individueel en groepsgewijs zijn.

Randvoorwaarden

- Er dient een hiërarchische aansturing te zijn van de rode draad van de behandeling. Een behandelinhoudelijk leider heeft hierin de eindverantwoordelijkheid, deze is er nu een lange tijd niet geweest. De zelfstandigheid van de sociotherapeut is echter ook belangrijk.
- Er dient een transfer naar de leefgroep te zijn van de dingen die in therapie geleerd zijn. Dit gebeurt te weinig. Hiervoor kunnen handvatten gegeven worden door de behandelaren.
- Casusbespreking en intervisie zijn belangrijke overlegvormen binnen het team maar zijn momenteel niet gefaciliteerd. De veiligheid in het team is echter niet goed.
- Overleg is zeer belangrijk maar hier is niet genoeg tijd voor. Overlegvormen zoals het MDO, BE en overdracht zijn wel gefaciliteerd. Het overleg is echter niet altijd efficiënt en de terugkoppeling van overleg is niet voldoende. Ook is er niet altijd veel aanwezigheid bij overlegvormen. Een klinische les zou wenselijk zijn.
- Een sociotherapeut moet feedback kunnen geven en ontvangen, open kunnen staan voor een andere visie, afspraken naleven. Deze competenties zie ik in het huidige team niet terug.
- Duidelijkheid is belangrijk maar is er op de FPA op meerdere gebieden niet.
- De leidinggevende ervaar ik positief, ze is directief.

Samenvatting interview behandelaar 2

Visie

Bij sociotherapie begeleid je de client in het dagelijks leven bij de behandeldoelen. Sociotherapie wordt voornamelijk uitgeoefend door de sociotherapeut omdat die de 24-uurs zorg levert. Het gehele multidisciplinaire team dient echter een eenduidige visie uit te dragen. Dit gebeurt nu niet, de visie is ook niet duidelijk / bekend.

Een therapeutisch leefmilieu moet aangestuurd worden door de sociotherapeut.

Methode

- In de behandeling heeft de pb'er een belangrijke rol.
- De sociotherapeut dient op de leefgroep leer- en oefensituaties te creëren en interventies in te zetten op basis van wat er geobserveerd wordt. Hier kan de sociotherapeut zelfstandig in handelen. Nu wordt er op de FPA vaak niet geobserveerd of er worden geen interventies ingezet. Dit is afhankelijk van de medewerker. Sociotherapeutisch werken wordt wel al uitgevoerd op de FPA, zij het echter dat dit nog veel verder doorgevoerd kan worden.
- Sociotherapeutische interventies zijn individueel en in de groep. Groepsinterventies zijn themabespreking, dagopening/ sluiting en libermann. Interventies die er niet zijn op de FPA, maar wel wenselijk zijn, zijn SoVa, assertiviteitstraining, g-training, sport en meer vormen van dagbesteding in het algemeen. Er is mijns inziens voldoende personele bezetting om dit te realiseren.
- In de dagelijkse zorg is motiverende gespreksvoering een belangrijke methode.

Randvoorwaarden

- Sociotherapie dient doelgericht te zijn, er moet een rode draad van de behandeling uitgezet worden door de behandelaar. Voor het bepalen van de rode draad is multidisciplinair overleg wenselijk. Dit wordt over het algemeen te weinig gedaan.
- In het MDO vindt dit overleg wel plaats maar is te kort van duur, niet effectief en dingen blijven liggen na het overleg. Ik denk dat dit onder andere komt doordat taken en verantwoordelijkheden niet duidelijk geformuleerd zijn of nageleefd worden. Overleg om dit te verduidelijken en sowieso over de werkwijze & visie is wenselijk. Dit zou door de leidinggevende gefaciliteerd moeten worden.
- Naast het MDO zijn er nog andere overlegvormen zoals het BE en het daco overleg.
- Vaardigheden van een sociotherapeut zijn open kunnen communiceren, open staan voor een andere visie dan de eigen, respect, afspraken naleven en feedback geven & ontvangen. Ik twijfel eraan of de vaardigheden allemaal aanwezig zijn in het huidige team, maar sowieso denk ik dat hiervoor niet genoeg veiligheid is in het team. Algemene vaardigheden in het werken met in de psychiatrie zijn wel aanwezig.
- Er is kennis nodig over (forensische) psychiatrie en groepsdynamica. Ook is er kennis over agressieregulatie en emotieregulatie wenselijk.
- Ik ben zeer tevreden over de leidinggevende, ik vind dat ze duidelijk is en bereikbaar. Een leidinggevende moet gericht zijn op de facilitering in de randvoorwaarden.

Samenvatting interview overige discipline 1

Visie

Bij sociotherapie behandel je via een therapeutisch leefmilieu. Sociotherapie gebeurt voornamelijk in de leefgroep. Op het moment is er geen sociotherapeutisch leefmilieu. Er wordt veel beheersmatig gewerkt. Zorgt een forensische setting niet voor beheersmatige interventies i.p.v. behandel / sociotherapeutische interventies?

Sociotherapie houdt in dat er een transfer is tussen dat wat er in de leefgroep gebeurt en in de therapieën.

Bij sociotherapie leert de groep op het gebied van sociale vaardigheden, onderlinge bejegening en communicatie en normen en waarden. Als sociotherapeut ben je hierin een voorbeeldfunctie en zet je interventies in op hetgeen je ziet gebeuren op deze gebieden.

Het hebben van een eenduidige, gedragen visie is belangrijk bij het uitoefenen van sociotherapie. Deze is er nu al lang niet. Er is wel motivatie en vooral ook behoefte aan duidelijkheid.

Het sociotherapeutische klimaat is afhankelijk van de cliënten groep.

Een sociotherapeut dient bewust te handelen.

Methode

- Interventies zijn afhankelijk van de cliënten groep.

Randvoorwaarden

- Kennis sociotherapie is belangrijk, en bij mij niet echt aanwezig.
- Scholing, coaching on the job en feedback zijn belangrijk.
- Ik heb geen goed zicht op de vaardigheden van het team om sociotherapeutisch te werken. Gebaseerd op wat ik op het kantoor hoor vraag ik me af of hoe de vaardigheden in de groep tot uiting komen. De sociotherapeut wordt misschien soms geleidt in zijn handelen door overdracht / tegenoverdracht.
- Transfer tussen leefgroep en therapieën is er nu niet. Dit komt o.a. door een gebrek aan communicatie en betrokkenheid binnen het multidisciplinaire team.
- Veiligheid in de leefgroep is afhankelijk van de cliënten groep.
- Veiligheid is belangrijk voor te komen tot ontwikkeling. Ik ervaar geen veiligheid in het multidisciplinaire team.
- Open communicatie, respect en vertrouwen dienen aanwezig te zijn.
- Overleg en evaluatie is belangrijk.
- Er hoort ruimte te zijn voor de zelfstandigheid van de sociotherapeut.
- Om sociotherapie te dragen dienen er bottom-up beslissingen te worden gemaakt en nu gebeurt dat top-down.
- Een leider draagt een visie uit, en zorgt voor een rode draad in de behandeling. Er moet ook iemand eindverantwoordelijke zijn. Ook in het team is een leider belangrijk voor het uitdragen van de visie. Dit kon de dag coördinator zijn.
- Voor het succesvol implementeren van sociotherapie moet er eerste een visie zijn voordat de interventies ingezet worden.

Samenvatting interview overige discipline 2

Visie

Sociotherapie is het samen met cliënten dingen doen. Dat de cliënten leren om zelfstandig te worden en zelf zorg te dragen voor een prettig leefklimaat. Hier zie ik op dit moment weinig van terug.

De doelstelling van de FPA is op zich wel duidelijk, maar het beleid eromheen is onduidelijk. Er is onduidelijkheid over de manier van werken en er is geen eenduidigheid in het naleven van de afspraken. Iedereen is wel gemotiveerd om sociotherapeutisch te gaan werken.

Behandelaren moeten een lijn uitzetten welke verwachtingen ze hebben, zodat op de vloer duidelijk is wat ze moeten doen.

Interventies

- Voor sociotherapie zijn themabesprekingen en huiskamerbesprekingen nodig. Deze verlopen op dit moment goed. Het doel van een themabespreking is om elkaar met respect te behandelen en de dingen die er spelen bespreekbaar te maken. Het hebben over normen en waarden. Deze besprekingen dienen goed te worden voorbereid en cliënten moeten zelf aandragen wat ze belangrijk vinden.
- Het is belangrijk om te luisteren naar de vraag van de cliënt. Dit gebeurt naar mijn mening soms wel en soms niet.
- Om sociotherapeutisch te werken moet onze houding veranderen. Deze moet opener en we moeten beter communiceren. Op dit moment is de houding nog wat star. Er moeten veel meer worden overlegd in het team. Er blijven nu best veel dingen liggen.
- Motiverende gespreksvoering is een techniek om sociotherapeutisch te werken. Deze wordt nu nog niet/nauwelijks ingezet.

Randvoorwaarden

- Er is nauwelijks tot geen terugkoppeling van gemaakte afspraken. Het is belangrijk dat de dingen worden doorgepakt.
- Ik dien als ondersteuning te functioneren. Op dit moment heb ik veel meer een sturende rol.
- Veiligheid is belangrijk om sociotherapeutisch te werken. Dat je een vertrouwensband hebt met de cliënt. Op dit moment ervaar ik de veiligheid als wisselend. Dit ligt eraan wie er in dienst is. De ene dag krijg ik veel teruggekoppeld en feedback, de andere dag niets.
- Het is belangrijk dat er aansturing is vanuit het behandelteam.
- Het is belangrijk dat de verpleging/begeleiding aanwezig is in de groep. Dit nu te weinig het geval. Er is dan weinig interactie met de cliënten.
- Er moet vertrouwens zijn in een team onderling. Op dit moment is dit onvoldoende. Het team moet elkaar feedback kunnen geven en open communiceren.
- Het teamoverleg is een belangrijk onderdeel. De opkomst vanuit het multidisciplinaire team is laag.
- Er is weinig transparantie vanuit het team naar de leidinggevende. Vanuit de leidinggevende naar het team is er wel een open communicatie.
- Het team verwacht veel leiding vanuit de leidinggevende. De leidinggevende verwacht zelfstandigheid van het team.

- Het is belangrijk dat iedereen verantwoordelijkheid neemt voor z'n eigen taken. Dit is nu niet het geval.
- Teamcoaching is belangrijk.
- Personele bezetting is belangrijk. Op dit moment is deze voldoende.
- Financiële middelen zijn nodig om activiteiten met cliënten te ondernemen. Op dit moment worden er nauwelijks activiteiten ondernomen.
- Ik heb geen kennis over Sociotherapie. Ik werk op routine en ervaring.

Samenvatting interview leidinggevende

Visie

De visie van sociotherapie is dat je een klimaat creëert op de afdeling waarin patiënten dingen kunnen leren en oefenen met vooral het zelf verantwoordelijk zijn, verantwoordelijkheden kunnen nemen, het kunnen regelen van zaken maar ook in het dagelijkse dingen, interacties met anderen en communicatie. Het neerzetten van een sociotherapeutisch milieu waarin mensen kunnen leren om op alle leefgebieden hun verantwoordelijkheden te nemen en te kijken wat ze zelf kunnen, te ontdekken waar hun kracht en waar hun valkuilen liggen.

Sociotherapie is op dit moment geen gedragen goed. Het is geen eenduidige werk-/behandelvisie. Sociotherapie doe je met het gehele behandelteam. Sociotherapeuten, vaktherapeuten en behandelaren. Alle medewerkers zijn betrokken bij het sociotherapeutisch klimaat.

Interventies

- Af en toe worden sociotherapeutische interventies toegepast. Dit is afhankelijk van het individu en het zijn op zichzelf staande dingen.
- Motiverende gespreksvoering past binnen sociotherapie, maar dit wordt niet of nauwelijks ingezet.
- Verpleging en begeleiding werken nog teveel vanuit de verpleegpost. Er moeten meer gesprekken plaatsvinden tussen verpleging/begeleiding en cliënten.
- Er moet een klimaat gecreëerd worden waarin oefensituaties bewust of onbewust worden ingezet, zodat patiënten vaardigheden kunnen aanleren of kunnen vasthouden.
- Cliënten moeten zelf verantwoordelijk worden gemaakt.
- De patiëntenpopulatie maakt niet uit voor het sociotherapeutisch werken. Je kunt een milieu creëren voor een hele groep, maar je kunt ook een bepaald leermilieu creëren voor een individu als dat niet in de groep past. Maar de denkwijze moet wel hetzelfde zijn.
- De rehabilitatiegedachte zou ook kunnen passen binnen sociotherapie.
- HKB's en themabesprekingen passen binnen het sociotherapeutisch werken.
- Dagbesteding gericht op empowerment/werk zou passend zijn. Deze is nu ronduit slecht.

Randvoorwaarden

- Kennis en tools ontbreken om sociotherapeutisch te werken. Medewerkers hebben wel voldoende kennis over de forensische psychiatrie en de groepsdynamica.
- Enkele medewerkers hebben kennis over Libermann, SOVA en verslaving. Deze kennis moet d.m.v. coaching on the job worden overgedragen.
- Medewerkers zien wel het belang in om sociotherapeutisch te werken, maar weten niet hoe.
- Training motiverende gespreksvoering is gepland. Hiernaast is intervisie belangrijk en het aanstellen van een aandacht functionaris.
- Protocollen en werkwijzen moeten erop gericht zijn dat je meer op patiënten let en samen met de patiënten doet.

- Er moet een transfer worden gemaakt tussen trainingen en therapieën en het sociotherapeutisch klimaat. Op dit moment is die transfer onvoldoende. Deze transfer kan plaatsvinden d.m.v. aandacht functionarissen en coaching on the job.
- Methodieken en behandeldoelen zouden een rode draad moeten vormen. Dit is nu niet het geval.
- Overdrachten en MDO moeten effectiever en doelgerichter (SMART) worden ingedeeld .
- Een pb-er moet het zo moet organiseren dat iedereen op dezelfde manier met de patiënt kan werken en dat ook iedereen het weekgesprek kan voeren en dat iedereen ook weet wat er voor die patiënt belangrijk is. Op dit moment ligt de behandeling op de groep vooral bij de pb-er.
- Het behandelteam (verpleging/begeleiding, vaktherapeuten en behandelaren) moeten eenduidigheid uitstralen. Niemand hoeft door te verwijzen naar een ander.
- Er is weinig terugkoppeling vanuit het behandelinhoudelijk overleg.
- Het werkoverleg is op dit moment te praktisch van aard en gaat niet/nauwelijks over de samenwerking. Het is belangrijk dat de samenwerking aan bod komt. Hiernaast ook de werkprocessen, het klimaat en de werkwijze.
- Medewerkers moeten kritisch zijn naar elkaar.
- Het is noodzakelijk om geld en tijd beschikbaar te stellen. Geld is aanwezig, voor: opleiding, intervisie & supervisie.
- Personele bezetting is op dit moment voldoende.
- Er is een tekort in behandelbezetting en in vaktherapieën. Er zijn een aantal specifieke gedragstherapeutische technieken die we niet gebruiken die misschien wel heel passend zijn, zoals gedragstherapie die door een psychiater of door een klinisch psycholoog gegeven kan worden. Daar heb je wel een bepaalde behandelarengroep voor nodig.
- Er is op dit moment geen behandelinhoudelijke leider.
- Er is op dit moment geen zorgprogramma manager. Hierdoor ligt de ontwikkeling van een visie stil.
- Op dit moment wordt er gehandeld n.a.v. wat er gebeurd (ad hoc/reactief). Er zou proactief moeten worden gehandeld.
- Ik pas mijn leidinggeven aan het moment aan. Zoveel mogelijk de verantwoordelijkheid bij het team terugleggen en waar nodig directief. Ik probeer zo open mogelijk te communiceren. Vaak gaat de communicatie via de mail.

Standaard labelingstructuur:

Ervaring:

Visie:

- Eenduidige visie aanwezig – (8)
- Sociotherapie wordt niet bewust ingezet 2
- Visie sociotherapie – (5) + (2)
- Het team ziet het belang van sociotherapie+1 – 1
- Sociotherapie uitgeoefend door het gehele multidisciplinaire team – 2
- Motivatie voor sociotherapie + (6) – (3)
- Eigen verantwoordelijkheid cliënt + (1) – (1)
- Multidisciplinair uitdragen van een eenduidige visie – (5)
- Iets samen met de cliënt doen –1 +1
- Beheersmatig +5
- Empowerment +
- Leefmilieu ik-gericht
- Sociotherapeutisch leefmilieu – 3
- voorbeeldfunctie
- Doelgericht –

Methodiek/interventies:

- Interventies afhankelijk van het individu 3
- Interventies afhankelijk van de situatie
- Interventies zijn op zich zelf staand
- Leer- en oefensituaties creëren +
- Motiverende gespreksvoering – (8) + (2)
- Aanwezigheid sociotherapeut in leefgroep – (7) + (4)
- Uitvoering sociotherapeutisch werken – (8)
- Interactie tussen het multidisciplinair team en cliënt – (5)
- PB-er is als enige van het verpleegkundig team betrokken bij behandeling van cliënt –(2)
+(1)
- Bejegening afhankelijk van individu
- SMART doelen –
- Huiskamerbespreking + (4)
 - o Zinvol –
- Themabespreking + (6)
- PMT +
- AHT +
- Beeldende therapie +

- Gedragstherapie –2
- Schematherapie –
- VERS training –
- Traumabehandeling –
- Sova –
- Assertiviteitstraining –
- Sport –
- Libermann +3
- Terugvalpreventie
- Dagbesteding – 3
- Interventie inzetten op basis van observatie – (3)
- Activiteiten ondernemen met cliënten –
- Groepsgebeuren –2
- Dagopening / sluiting 2
 - Functioneel +
 - Zinvol +
- Gordon +

Randvoorwaarden:

- Randvoorwaarden sociotherapie –1 +1
- Kennis sociotherapie – (5) + (1)
- Kennis forensische psychiatrie + 2
- Kennis groepsdynamica + 2
- Kennis Libermann +1 –1
- Kennis SOVA +1 – 1
- Kennis verslavingsproblematiek +
- Kennis motiverende gespreksvoering –
- Competenties werken met doelgroep +2
- Competenties sociotherapie – 2 +1
- Transfer tussen trainingen/therapie en leefgroep – 6
- Rode draad in behandeling – 4
- Aandachtsfunctionaris – 2
- Coaching on the job –
- Multidisciplinair Overleg 4
 - Effectiviteit – 2
 - Doelgerichtheid –
 - Tijdsduur –
- Behandelevaluatie 5
 - Planning BE –
 - Cliënt betrekken –
- Behandelplanbespreking
- Werkoverleg team (groot / klein)
 - Praktisch van aard + (2)

- Er worden beslissingen genomen voor de groep
- Onderwerp: samenwerking – (2)
- Onderwerp: werkwijze –
- Onderwerp: belangrijke actualiteiten
- Voorbereiding –
- Voorzitter –
- Frequentie –
- Tijdsduur –
- Behandelinhoudelijk overleg –2
- Overdracht
 - Tijdsduur –2
- Terugkoppeling inhoud overleg – (5)
- Dingen blijven liggen 4
- Feedback geven aan elkaar – (4) + (1)
- Tijd + (1) – (2)
- Geld +(1) – (1)
- Personele bezetting + (4) – (2)
- Betrokkenheid multidisciplinair team naar cliënt – (3) +(4)
- Betrokkenheid cliënten onderling +
- Bezetting behandelaren – 2
- Aanwezigheid voldoende vaktherapieën – 3
- Behandelinhoudelijke leider – 3
- Teamleider + (6) – (1)
 - Gericht op team
 - Gericht op randvoorwaarden
 - Gericht op behandelinhoud
 - Proactief – 2
 - Situationeel leiderschap
 - Directief leiderschap 3
 - Communicatie via de mail 4
 - Open communicatie + (3)
 - Aanwezigheid + (2)
 - Verwacht zelfstandigheid team
 - Gelijke bejegening +
 - Betrouwbaar +
 - Heeft visie voor ogen +
 - Duidelijkheid +
 - Individuele begeleiding +
 - Zicht op wat er op de werkvloer gebeurt –
 - Afgebakend takenpakket – (2)
- Open communicatie naar de cliënt + (2) – (2)
- Open communicatie team – (5) + (1)
- Overleg –6 +1
- Eenduidigheid naleven van afspraken –2

- Taken en verantwoordelijkheden bekend – (5)
- Zelfstandigheid medewerker + (2) - (2)
- Verantwoordelijkheid –
- Veiligheid team afhankelijk van individu
- Veiligheid team –6 +1
- Veiligheid leefmilieu –4 + 1
- Vertrouwen team – (1) + (1)
- Transparantie team naar leidinggevende –
- Team verwacht leiding
- Zelfsturend team –
- Aanwezigheid bij overleg –3
- Intervisie – (5)
- Inzicht in elkaars kennis & vaardigheden –
- Kennis afhankelijk van individu 2
- Vaardigheden afhankelijk van individu
- Overleg dag coördinator 2
- Open staan voor andere ideeën – 3
- Interactie binnen het multidisciplinair team –4
- Betrokkenheid binnen multidisciplinair team –2
- Top-down beslissingen
- Duidelijkheid –3
- Teveel administratieve dingen
- Respect –
- Kwetsbaar durven opstellen –
- Casusbespreking –

Kennis:

Visie

- Eenduidige visie aanwezig 8
- Sociotherapie past bij behandelklimaat 4
- Sociotherapie moet tussen je oren zitten
- Sociotherapie uitgeoefend door het gehele multidisciplinaire team 3
- Therapeutisch leefmilieu 6
- Eigen verantwoordelijkheid cliënt 3
- Sociotherapie in alledaagse situaties 2
- Empowerment 4
- Vasthouden van vaardigheden cliënt
- Ontdekken van krachten en vaardigheden cliënt 2
- Diversiteit in cliëntenpopulatie niet van invloed op sociotherapie
- Diversiteit in cliëntenpopulatie van invloed op sociotherapie
- Sociotherapeutisch klimaat afhankelijk van cliënten groep 2

- Multidisciplinair uitdragen van een eenduidige visie 4
- Iets samen met de cliënt doen 4
- Client zorgt zelf voor prettig leefmilieu
- Geen klinisch maar normaal milieu creëren
- Cliënten leren van elkaar 3
- Aansturing therapeutisch leefmilieu door team 5
- Niet beheersmatig werken 3
- Inzichten creëren 2
- Motivatie 5
- Voorbeeldfunctie 5
- Gericht op onderlinge bejegening / communicatie 3
- Bewust handelen 2
- Sociotherapie is een onderdeel van het behandelaanbod
- Samenleving in het klein 2
- Voorbereiden op terugkeer in de maatschappij
- Sociotherapie is een methode om een doel te bereiken
- Doel sociotherapie kan divers zijn
- Sociotherapie is behandelingsbreed
- Sociotherapie is een manier van bejegenen
- Doelgericht 2

Methodiek/interventies

- Motiverende gespreksvoering 6
- Aanwezigheid sociotherapeut in leefgroep 7
- Stabiele factor in de groep zijn 2
- Leer- en oefensituaties creëren 4
- Interactie tussen het multidisciplinair team en cliënt 7
- Sociotherapie zowel op groeps- als individueel niveau 4
- Sociotherapie taak v/d pb'ers
- Rehabilitatiegedachte
- Huiskamerbespreking 3
- Themabespreking 5
- Dagopening / sluiting 2
- PMT 4
- AHT
- Terugvalpreventie
- Beeldende therapie 3
- (cognitieve) gedragstherapie 3
- Schematherapie 2
- VERS training 2
- Traumabehandeling
- Libermann 4
- Assertiviteitstraining

- Dagbesteding 3
- Informatief zijn
- Interventie inzetten op observatie cliënt 5
- Activiteiten ondernemen met cliënten 5
- Individueel behandelproces
- SoVa 6
- Interventie afhankelijk van cliënten groep
- Sport 2
- Muziektherapie 2
- Interne en externe activiteiten
- Gordon
 - o Niet sociotherapeutisch

Randvoorwaarden

- Kennis sociotherapie 5
- Kennis (forensische) psychiatrie 3
- Kennis groepsdynamica 2
- Kennis van aanwezige therapieën
- Kennis motiverende gespreksvoering
- Kennis agressieregulatie
- Kennis emotieregulatie
- Competenties werken met doelgroep
- Competenties sociotherapie
- Coaching on the job 3
- Scholing/Training 4
- Intervisie 6
- Aandachtsfunctionaris 2
- Transfer tussen trainingen/therapie en leefgroep 6
- Handvatten voor transfer 2
- Rode draad in behandeling 5
- Multidisciplinair Overleg 7
 - o Effectiviteit
 - o Doelgerichtheid
- Behandelevaluatie 5
 - o Cliënt betrekken
- Behandelplanbespreking
- Overdracht 3
- Casusbespreking 2
- Klinische les 2
- Werkoverleg team (groot / klein) 4
 - o Onderwerp: samenwerking
 - o Onderwerp: werkwijze 2
 - o Onderwerp: visie

- Onderwerp: actualiteiten
 - Onderwerp: casusbespreking
 - Onderwerp: werkinhoudelijk vpk
 - Voorbereiding
 - voorzitter
- Terugkoppeling inhoud overleg 3
- Betrokkenheid multidisciplinair team naar cliënt 2
- Tijd 3
- Geld 4
- Personele bezetting 5
- Bezetting behandelaren
- Aanwezigheid voldoende vaktherapieën 3
- Behandelinhoudelijke leider 5
- Teamleider 2
 - Proactief
 - Open communicatie 2
 - Gericht op randvoorwaarden 2
 - Draagt visie uit
 - Coaching
 - Leiderschapstijl aangepast aan het team 2
 - Wederzijds elkaar nodig hebben voor o.a. feedback
- Leider binnen het team
- Respect 5
- Normen & waarden 3
- Voorbereiding door sociotherapeut
- Betrokkenheid cliënt bij de behandeling 4
- Betrokkenheid cliënten onderling
- Betrokkenheid cliënten onderling afhankelijk van groep
- Taken en verantwoordelijkheden bekend 3
- Hiërarchische aansturing 5
- Veiligheid leefmilieu 3
- Veiligheid team 5
- Vertrouwen team 3
- Wederzijds vertrouwen 3
- Aanwezigheid bij overleg (multidisciplinair) 3
- Zelfstandigheid begeleider 6
- Geen autoritaire houding 2
- Inzicht in elkaars kennis & vaardigheden
- Evalueren 2
- Rapporteren 3
- Overleg dag coördinator 2
- Behandelinhoudelijk overleg 3
- Multidisciplinair overleg over werkwijze & visie 3
- Open staan voor andere ideeën 5

- Veiligheid cliënten groep afhankelijk van populatie
- Duidelijkheid 3
- Rust
- Verschillende multifunctionele ruimtes
- Bottom-up beslissingen
- Interactie binnen het multidisciplinair team 6
- Open communicatie 7
- Feedback geven aan elkaar 8
- Overleg 7
- Conflicten mogen er zijn
- Naleven van afspraken 4
- Kwetsbaar opstellen 2
- Stevig in de schoenen staan
- Hbo denkniveau
- Verbanden kunnen leggen
- Zelfsturende team

Bijlage 5: Codeboom Ervaring

Label:	Thema:	Kernthema:
Eenduidige visie aanwezig – (8)	Aanwezigheid visie (2) + (22) –	Visie
Visie sociotherapie – (5) + (2)		
Multidisciplinair uitdragen van een eenduidige visie – (5)		
Sociotherapie wordt bewust ingezet – (2)		
Sociotherapie uitgeoefend door het gehele multidisciplinaire team – (2)		
Het team ziet het belang van sociotherapie + (1) – (1)	Motivatatie voor sociotherapie (7) + (4) –	
Motivatatie voor sociotherapie + (6) – (3)		
Eigen verantwoordelijkheid cliënt +(1) – (1)	Inhoud visie sociotherapie (10) + (6) –	
Iets samen met cliënt doen – (1) + (1)		
Beheersmatig + (5)		
Empowerment + (1)		
Leefmilieu ik-gericht + (1)		
Sociotherapeutisch leefmilieu – (3)		
Voorbeeldfunctie + (1)		
Doelgericht – (2)		
Interventies afhankelijk van het individu + (3)	Interventies (11) – (3) +	Methodiek/ interventies
Interventies afhankelijk van situatie		
Interventies zijn op zich zelf staand		
Bejegening afhankelijk van individu		
Interventies inzetten op basis van observatie – (3)		
Uitvoering sociotherapeutisch werken – (8)		
Motiverende gespreksvoering – (8) + (2)	Methodieken binnen sociotherapie (22) + (21) –	
Gedragstherapie – (2)		
Schematherapie – (1)		
VERS training – (1)		
Traumabehandeling – (1)		
Libermann +(3)		
AHT + (1)		
SOVA– (1)		
Assertiviteitstraining – (1)		
Terugvalpreventie + (1)		
Sport – (1)		
Dagbesteding – (3)		
Huiskamerbespreking + (4) • Zinvol – (1)		
Themabespreking + (6)		
Dagopening / dagsluiting + (2) • Functioneel + (1) • Zinvol + (1)		
Gordon + (1)		

PMT +	Vaktherapie (2) + (3) -	
Beeldende therapie +		
Aanwezigheid voldoende vak therapieën – (3)		
Aanwezigheid sociotherapeut in leefgroep – (7) + (4)	Sociotherapeut functioneert in en met de groep cliënten (5) + (15) –	
Interactie tussen het multidisciplinaire team en cliënt – (5)		
Activiteiten ondernemen met cliënten – (1)		
Leer- en oefensituaties creëren + (1)		
Groepsgebeuren – (2)		
PB-er is als enige van het verpleegkundige team betrokken bij de behandeling van de cliënt – (2) + (1)	Betrokkenheid PB-er in behandeling (1) + (2) -	
Kennis sociotherapie – (5) + (1)	Kennis (8) + (8) –	
Kennis (forensische) psychiatrie + (2)		
Kennis Groepsdynamica + (2)		
Kennis Libermann + (1) – (1)		
Kennis SOVA + (1) – (1)		
Kennis Verslavingsproblematiek + (1)		
Kennis motiverende gespreksvoering – (1)		
Kennis afhankelijk van individu (2)		
Competenties werken met de doelgroep + (2)	Competenties (4) + (7) –	
Competenties sociotherapie – (2) + (1)		
Competenties afhankelijk van individu		
Feedback geven – (4) + (1)		
Kwetsbaar durven opstellen – (1)		
Open staan voor andere ideeën – (3)		
Multidisciplinair overleg + (4) • Effectiviteit – (2) • Doelgerichtheid – (1) • Tijdsduur – (1)	Overlegvormen (12) + (23) –	
Behandelevaluatie (5) • Planning BE – (1) • Cliënt betrekken – (1)		
Behandelplanbespreking + (1)		
Werkoverleg team (groot/klein) • Praktisch van aard + (2) • Er worden beslissingen genomen voor de groep + (1) • Onderwerp samenwerking – (2) • Onderwerp werkwijze – (1) • Onderwerp belangrijke actualiteiten + (1) • Voorbereiding – (1)		

• Voorzitter – (1) • Frequentie – (1) • Tijdsduur – (1)		
Overdracht		
• Tijdsduur – (2)		
Behandelinhoudelijk overleg – (2)		
Casusbespreking – (1)		
Overleg dag coördinator + (2)		
Overleg – (6) + (1)		
Terugkoppeling inhoud overleg – (5)	Rode draad in behandeling (21) –	
Rode draad in behandeling – (4)		
Transfer tussen trainingen/therapie en leefgroep – (6)		
Aanwezigheid bij overleg – (3)		
Dingen blijven liggen (4)		
Duidelijkheid – (3)		
Bezetting behandelaren – (2)	Personele bezetting (4) + (4) –	
Personele bezetting + (4) – (2)		
Open communicatie naar de cliënt + (2) – (2)	Communicatie (3) + (12) –	
Open communicatie team + (1) – (5)		
Transparantie team naar leidinggevende – (1)		
Interactie binnen het multidisciplinaire team – (4)		
Respect – (1)		
Veiligheid team afhankelijk van individu	Veiligheid (4) + (13) –	
Veiligheid team – (6) + (1)		
Veiligheid leefmilieu – (4) + (1)		
Vertrouwen team – (1) + (1)		
Feedback geven aan elkaar – (2) + (1)		
Eenduidigheid in het naleven van afspraken – (2)	Verantwoordelijkheid (2) + (9) –	
Taken en verantwoordelijkheden bekend – (5)		
Zelfstandigheid medewerker + (2) – (2)		
Intervisie – (5)	Intervisie (6) –	
Inzicht in elkaars kennis en vaardigheden – (1)		
Betrokkenheid binnen multidisciplinaire team – (2)	Betrokkenheid (5) + (5) –	
Betrokkenheid multidisciplinaire team naar cliënt – (3) + (4)		
Betrokkenheid cliënten onderling + (1)		
Behandelinhoudelijke leider – (3)	Leiderschap (27) + (10) –	
Teamleider + (6) – (1)		
• Gericht op het team + (1)		

• Gericht op randvoorwaarden + (1) • Gericht op behandelinhoud + (1) • Proactief – (2) • Situationeel leiderschap + (1) • Directief leiderschap + (3) • Communicatie via de mail + (4) • Aanwezigheid + (2) • Open communicatie + (3) • Verwacht zelfstandigheid van het team • Gelijke bejegening + (1) • Betrouwbaar + (1) • Heeft visie voor ogen + (1) • Duidelijkheid + (1) • Individuele begeleiding + (1) • Zicht op wat er op de werkvloer gebeurt – (1) • Afgebakend takenpakket – (2)		
Team verwacht leiding		
Top- down beslissingen		
Zelfsturend team – (1)		
Tijd + (1) – (2)	Tijd	
Teveel administratieve dingen	(1) + (2) –	
Geld + (1) – (1)	Geld	
	(1) + (1) –	
Aandachtsfunctionaris – (2)	Implementatie	
Coaching on the Job –	(3) –	

Bijlage 6: Codeboom Kennis

Label	Thema	Kernthema
Eenduidige visie aanwezig (8)	Aanwezigheid visie (14)	Visie
Multidisciplinair uitdragen van een eenduidige visie (4)		
Sociotherapie is een onderdeel van het behandelaanbod		
Sociotherapie moet tussen je oren zitten		
Motivatatie (5)	Motivatatie voor sociotherapie(9)	
Sociotherapie past bij behandelklimaat (4)		
Eigen verantwoordelijkheid cliënt (3)	Inhoud visie sociotherapie (39)	
Empowerment (4)		
Iets samen met de cliënt doen (4)		
Niet beheersmatig werken (3)		
Voorbeeldfunctie (5)		
Inzichten creëren (2)		
Aansturing therapeutisch leefmilieu door team (5)		
Sociotherapie is een manier van bejegenen		
Sociotherapie uitgeoefend door het gehele multidisciplinaire team (3)		
Doelgericht (2)		
Sociotherapie is een methode om een doel te bereiken		
Sociotherapie is behandeling breed		
Gericht op onderlinge bejegening en communicatie (3)		
Bewust handelen (2)		
Therapeutisch leefmilieu (6)	Sociotherapeutisch milieu (14)	
Sociotherapie in alledaagse situaties (2)		
Cliënt zorgt zelf voor prettig leefmilieu		
Geen klinisch maar normaal milieu creëren		
Samenleving in het klein (2)		
Sociotherapeutisch klimaat afhankelijk van cliëntengroep (2)		
Vasthouden van vaardigheden cliënt	Doel sociotherapie (8)	
Ontdekken van krachten en vaardigheden cliënt (2)		
Cliënten leren van elkaar (3)		
Voorbereiden op terugkeer in de maatschappij		
Doel sociotherapie heel divers		
Diversiteit in cliëntenpopulatie niet van invloed op sociotherapie	Invloed cliëntenpopulatie op sociotherapie (2)	
Diversiteit in cliëntenpopulatie van invloed op sociotherapie		
Interventie inzetten op basis van observatie (5)	Interventies (11)	Methodiek/ Interventies

Individueel behandelproces	Methodieken binnen sociotherapie (45)	
Interventie afhankelijk van cliënten groep		
Sociotherapie zowel op groeps- als individueel niveau (4)		
Sociotherapie taak v/d pb'ers		
Motiverende gespreksvoering (6)		
Rehabilitatiegedachte		
Huiskamerbespreking (3)		
Themabespreking (5)		
Dagopening/ dagsluiting (2)		
AHT		
Gedragstherapie (3)		
Schematherapie (2)		
VERS training (2)		
Dagbesteding (3)		
Terugvalpreventie		
Assertiviteitstraining		
Traumabehandeling		
Sport (2)		
Libermann (4)		
SOVA (6)		
Interne en externe activiteiten		
Gordon Is niet sociotherapeutisch		
PMT (4)	Vak therapie (12)	
Beeldende therapie (3)		
Muziektherapie (2)		
Aanwezigheid voldoende vak therapieën (3)		
Aanwezigheid sociotherapeut in leefgroep (7)	Sociotherapeut functioneert in en met de groep cliënten (26)	
Sociotherapeut is de stabiele factor in de leefgroep (2)		
Interactie tussen het multidisciplinaire team en cliënt (7)		
Leer- en oefensituaties creëren (4)		
Informatief zijn		
Activiteiten ondernemen met cliënten (5)		
Kennis sociotherapie (5)	Kennis (13)	Randvoorwaarden/ Organisatie
Kennis (forensische) psychiatrie (3)		
Kennis groepsdynamica (2)		
Kennis van aanwezige therapieën		
Kennis agressie- en emotieregulatie		
Kennis motiverende gespreksvoering		
Competenties werken met de doelgroep	Competenties (10)	
Competenties sociotherapie		
Stevig in de schoenen staan		
Hbo denkniveau		
Verbanden kunnen leggen		

Open staan voor andere ideeën (5)		
Multidisciplinair overleg (7) • Effectiviteit • Doelgerichtheid	Overlegvormen (44)	
Behandelevaluatie (5) • Cliënt betrekken		
Behandelplanbespreking		
Casusbespreking (2)		
Werkoverleg team (groot/klein) (4) • Onderwerp: samenwerking • Onderwerp: werkwijze (2) • Onderwerp: visie • Onderwerp: actualiteiten • Onderwerp: casusbespreking • Voorbereiding • Voorzitter		
Multidisciplinair overleg over werkwijze en visie (3)		
Behandel inhoudelijk overleg (3)		
Overleg dag coördinator (2)		
Overdracht (3)		
Overleg (3)		
Transfer tussen trainingen/therapie en de leefgroep (6)	Rode draad in behandeling (26)	
Handvaten voor transfer (2)		
Rode draad in behandeling (5)		
Terugkoppeling inhoud overleg (3)		
Aanwezigheid bij overleg (multidisciplinair) (3)		
Duidelijkheid (3)		
Naleven van afspraken (4)		
Personele bezetting (5)	Personele bezetting (6)	
Bezetting behandelaren		
Respect (5)	Communicatie (24)	
Normen en waarden (3)		
Rapporteren (3)		
Interactie binnen het multidisciplinair team (6)		
Open communicatie (7)		
Veiligheid leefmilieu (3)	Veiligheid (27)	
Veiligheid team (5)		
Vertrouwen team (3)		
Rust		
Wederzijds vertrouwen (3)		
Feedback geven aan elkaar (8)		
Kwetsbaar opstellen (2)		
Conflicten mogen er zijn		
Veiligheid cliëntengroep afhankelijk van		

populatie			
Voorbereiding door sociotherapeut	Verantwoordelijkheid (10)		
Taken en verantwoordelijkheden bekend (3)			
Zelfstandigheid sociotherapeut (6)			
Intervisie (6)	Intervisie (7)		
Inzicht in elkaars kennis en vaardigheden			
Betrokkenheid multidisciplinair team naar cliënt (2)	Betrokkenheid (8)		
Betrokkenheid cliënt bij de behandeling (4)			
Betrokkenheid cliënten onderling			
Betrokkenheid cliënten onderling afhankelijk van de groep			
Behandel inhoudelijke leider (5)	Leiderschap (27)		
Teamleider (2) • Proactief • Open communicatie (2) • Gericht op randvoorwaarden (2) • Draagt visie uit • Coaching • Leiderschapsstijl aangepast aan het team (2) • Wederzijds elkaar nodig hebben voor o.a. feedback			
Leider binnen het team			
Hiërarchische aansturing (5)			
Geen autoritaire houding (2)			
Zelfsturend team			
Bottom-up beslissingen			
Tijd (3)			Tijd (3)
Geld (4)			Geld (4)
Evalueren (2)			Evaluatie (2)
Coaching on the Job (3)			Implementatie (5)
Aandachtsfunctionaris (2)			
Scholing/training (4)	Scholing (6)		
Klinische les (2)			
Verschillende multifunctionele ruimtes	Gebouw (1)		

Bijlage 7: Waardeverhelderingsoefening

Datum:

Ik geloof dat het ultieme doel van sociotherapie is.....

Ik geloof dat dit doel bereikt kan worden door.....

Ik geloof dat mijn rol als sociotherapeut/vaktherapeut/ behandelaar/ leidinggevende met betrekking tot sociotherapie is.....

Ik geloof dat bevorderende factoren om het uitvoeren van sociotherapie mogelijk te maken zijn.....

Ik geloof dat belemmerende factoren bij het uitvoeren van sociotherapie zijn.....

Andere waarden en overtuigingen betreffende sociotherapie die ik heb zijn.....

Bijlage 8: CAI meting

Gids voor gebruik van de Context assessment index (CAI)

Deze gids is een vertaling van het werk van de University College Cork en University of Ulster (Prof. Brendan McCormack).

De scorelijst is vertaald en gevalideerd door Pieter van Gorkom, tijdens zijn masteropleiding aan de Universiteit van Antwerpen.

De vertaalde Context Assessment Index (CAI)

De stellingen hieronder hebben betrekking op de afdeling waar je nu werkzaam bent.

Kruis het antwoord aan wat het beste bij jou aansluit.

Zorgprofessionals zijn verpleegkundigen / verzorgenden / nurse practitioners en studenten werkzaam in de zorg.

Evidence is het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor individuele patiënten.

1	Binnen het team worden individuele grenzen van zorgprofessionals gerespecteerd.	0	0	0	0
2	Afspraken die gemaakt worden op de afdeling, worden duidelijk door alle medewerkers. Gedocumenteerd.	0	0	0	0
3	De zorgprofessionals zijn actief met de ontwikkeling / aanpassing van de geleverde zorg bezig.	0	0	0	0
4	Alle aspecten van zorg/behandeling zijn gebaseerd op kennis van (praktijk) onderzoek.	0	0	0	0
5	De teamleider / senior verpleegkundige is een rolmodel voor de uitoefening van goede praktijkvoering	0	0	0	0
6	Zorgprofessionals creëren de mogelijkheden voor patiënten om mee te beslissen over hun eigen zorg	0	0	0	0
7	Deskundigheidsbevordering / scholing heeft prioriteit op de afdeling.	0	0	0	0
8	De werkrelatie tussen artsen en verpleegkundigen is goed.	0	0	0	0
9	Zorgprofessionals krijgen klachten die de afdeling betreffen, te horen. (FONA, MIP)	0	0	0	0
10	Zorgverleners binnen een Multi Disciplinair Team / behandelteam hebben een gelijkwaardige beslissingsbevoegdheid	0	0	0	0
11	Uitkomsten van onderzoek / visitaties worden gebruikt om de zorg aan te passen.	0	0	0	0
12	Er wordt regelmatig gereflecteerd in teambijeenkomsten / functioneringsgesprekken om te kijken of de doelen van de te leveren zorg aangepast moeten worden.	0	0	0	0
13	Zorgprofessionals zijn zich er van bewust van dat hun eigen attitude en overtuigingen invloed hebben op de uitvoering van de zorg	0	0	0	0
14	Patiënten participeren actief in hun eigen zorg	0	0	0	0
15	Er wordt veel waarde gehecht aan privacy, men vindt het belangrijk om de patiënt in zijn waarde te laten.	0	0	0	0
16	De rolverdeling tussen zorgprofessionals en de ondersteunende diensten is voor iedereen duidelijk. (Ondersteunende diensten zijn o.a. voeding, transport, huishoudelijk werk)	0	0	0	0
17	Afdelingsbesluiten worden binnen het team op een democratische manier genomen.	0	0	0	0
18	Relevante informatie is voor alle patiënten toegankelijk (eventueel folders met groot lettertype, gesproken info)	0	0	0	0
19	Zorgprofessionals en patiënten werken samen voor patiëntgerichte zorg .	0	0	0	0
20	De zorgverlening is gebaseerd op een uitgebreide anamnese	0	0	0	0

		Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens
21	Zorgprofessionals en direct betrokkenen bij de zorg worden door de teamleiders / seniorverpleegkundigen ondersteund en aangemoedigd om de zorg kritisch te bespreken	0	0	0	0
22	De zorgprofessionals bespreken de zorg samen met de patiënten.	0	0	0	0
23	Deskundigheidsbevordering en / of bijscholing van de zorgprofessionals wordt door de verpleegkundige leiding als prioriteit gezien.	0	0	0	0
24	Afdelingsverpleegkundigen reflecteren (systematisch) op hun functioneren, (interviews, Action learning sets) om de zorg te evalueren en te ontwikkelen.	0	0	0	0
25	Het management van de instelling waardeert het als teams zelfstandig functioneren	0	0	0	0
26	Het verpleegkundig team staat open voor culturele diversiteit.	0	0	0	0
27	Er is kennis gebaseerd op evidence beschikbaar voor de zorgprofessionals op de afdeling	0	0	0	0
28	Patiënten hebben inspraak in hoe hun zorg of behandeling er uit ziet, gepland en geëvalueerd wordt.	0	0	0	0
29	Zorgprofessionals hebben de gelegenheid om experts te raadplegen.	0	0	0	0
30	Zorgprofessionals voelen zich bekwaam om de zorg te ontwikkelen	0	0	0	0
31	Teamleiders / senior verpleegkundigen creëren een werkomgeving die bevorderlijk is voor het ontwikkelen en delen van nieuwe ideeën.	0	0	0	0
32	Richtlijnen en protocollen, gebaseerd op best practice (patiënt-ervaring, klinische ervaring, onderzoek) zijn beschikbaar.	0	0	0	0
33	Patiënten worden aangemoedigd om feedback te geven op de verpleegkundige zorgverlening.	0	0	0	0
34	Er zijn middelen als computers en databanken, beschikbaar om zorgverlening op evidence te baseren (EBP).	0	0	0	0
35	De organisatie is niet hiërarchisch. Beslissingen worden op verschillende plaatsen genomen	0	0	0	0
36	De afdelingsvisie en de daaruit afgeleidde doelstellingen met betrekking op de patiëntenzorg, worden door het team gedeeld	0	0	0	0
37	Erzijnscholingsprogramma's voor alle zorgprofessionals aanwezig.	0	0	0	0

Informatie over de context Assessment Index (CAI)

Het doel van de CAI is om gezondheidszorgprofessionals handvaten te geven om de context waarbinnen de zorg wordt verstrekt, te beoordelen. De CAI kan door één persoon ingevuld worden (specialist of afdelingsleider), of het meetinstrument kan door een volledig team worden ingevuld. Het is raadzaam dat één persoon het proces coördineert.

Context

De context wordt gedefinieerd als de setting waarbinnen mensen de gezondheidszorgdiensten ontvangen. Drie elementen zijn belangrijk om deze context om te vormen zodat er persoonsgerichte zorg gegeven kan worden (McCormack et al 2001). Deze elementen zijn: cultuur, leiderschap en evaluatie.

De CAI toetst deze drie elementen. Elk element heeft kenmerken die van 'zwak' tot 'sterk' gedefinieerd kunnen worden (Tabel 1). Voor een efficiënte context die klaar is om te veranderen in een omgeving waar persoongerichte zorg gegeven kan worden, is het belangrijk dat deze drie elementen als sterk gescoord worden. Elk element wordt hieronder kort beschreven:

Cultuur

Cultuur wordt gezien als 'way things are done around here' (Drennan 1992). De cultuur kan niet concreet worden gezien, maar is gebaseerd op normen, waarden en veronderstellingen van een individu, een team of een organisatie. De cultuur van de praktijk moet bekend zijn om een zinvolle en aanhoudende verandering in een persoongerichte praktijk te kunnen bereiken. (McCormack 2002).

Leiderschap

De nadruk van efficiënt leiderschap ligt op transformationele leiders die een cultuur creëren, waarbinnen iedereen als een leider van iets gezien wordt. Zij inspireren personeel om te komen tot een gedeelde toekomstvisie. Medewerkers worden uitgedaagd en gestimuleerd om zich te ontwikkelen binnen hun beroep. Er wordt een vertrouwelijke omgeving gecreëerd, waarin een goede communicatie centraal staat. (Schein 1985). De transformationele leiders bezitten emotionele intelligentie, zijn rationeel, kunnen medewerkers motiveren, inspireren en hebben een groot empathisch vermogen. Deze kwaliteiten betekenen dat een transformationele leider de cultuur kan veranderen en een context tot stand brengen die bevorderlijk is voor innovatieve en persoongerichte zorg

Evaluatie

Evaluatie van praktijk kan op verschillende manieren. Men kan gebruik maken van 'harde'- gegevens zoals kostendoeltreffendheid, lengte van verblijf en 'zachte data zoals patiëntenervaring. In een efficiënte cultuur gebruiken de gezondheidszorgprofessionals bewijsmateriaal uit verschillende bronnen en voelen medewerkers zich verantwoordelijk op basis van deze gegevens de doeltreffendheid van de zorg integraal aan te passen. In deze cultuur spelen peer-reviews, het geven van feedback en reflecties op de gegeven zorg een belangrijke rol. Ook bewijsmateriaal uit systematische reviews, meta-analyses en interne audits wordt hiervoor gebruikt. De uitkomsten van metingen / assessments die op de afdeling zelf afgenomen zijn, worden gebruikt in de besluitvorming om dit bewijs binnen de zorg toe te passen.

Redenen om meetinstrument te gebruiken

Door de CAI af te nemen zult u en het team kunnen beoordelen in welke mate de context waarbinnen u werkzaam bent klaar is om persoon gecentreerde zorg op basis van bewijs te kunnen leveren.

Het meetinstrument zal handvaten geven over veranderingen die binnen de context gedaan moeten worden om te veranderen in een sterke context.

De CAI kan worden afgenomen bij gezondheidszorgprofessionals die binnen de context werkzaam zijn of die werkervaring hebben binnen de context. Als er verschillende antwoorden gegeven worden bij de meting dan wil dit niet zeggen dat de een goed is en de ander fout, maar het geeft de persoonlijke werkervaring van de medewerker weer.

Tabel 1 Karakteristieken van context		
element	Zwakke indicatoren	Sterke indicatoren
Context	• Onduidelijke grenzen • Gebrek aan geschiktheid en transparantie • Gebrek aan kracht en autoriteit • Niet openstaan voor veranderingen	• Grenzen zijn goed gedefinieerd (fysiek, structuur, sociaal, cultureel) • Transparante en juiste besluitvorming • Kracht en autoriteit worden gezien • Openstaan voor veranderingen
Cultuur	• Onduidelijke waarden en normen • Weinig aanzien voor individuen • Gebrek aan consistentie	• De heersende cultuur(en) zijn duidelijk en geaccepteerd • De individuele inbreng van staf en patiënt wordt gewaardeerd • Duidelijkheid over ieders rol en kennis van elkaars waarden over: ○ relaties met anderen ○ werken binnen het team ○ Kracht en autoriteit ○ Erkenning en beloning
Leiderschap	• Traditioneel controlerend leider • Gebrekkige rolomschrijving • Slecht teamwerk • Belerende kijk op onderwijs/leren/managen	• Transformationeel leider • Duidelijke rollen • Effectief teamwerk • Motiverende en stimulerende kijk op onderwijs/leren/managen
Evaluatie	• Afwezigheid van feedback en informatie • Eenzijdig gebruik van informatiebronnen • Evaluaties worden steeds op dezelfde wijze gedaan • Slechte organisatiestructuur.	• Feedback op individueel, team en systeem nivo • Gebruik van verschillende aanwezige bronnen • Gebruik van verschillende methoden om te evalueren • Effectieve organisatiestructuur

Gebruiksaanwijzing voor het invullen van de CAI

1. Lees elke stelling
2. Twijfel niet te lang over de betekenis van een stelling, maar laat jouw intuïtie spreken over de betekenis
3. Zoek het antwoord dat het beste jouw gevoel op dit moment beschrijft. En kruis het bijbehorend vakje aan
4. Het gaat bij alle antwoorden over wat jij vindt. Er zijn geen goede of foute antwoorden.
5. Zet bij elke stelling één kruisje.
6. Het invullen van deze lijst kost maximaal 20 minuten.

Gebaseerd op McCormack B., Kitson A., Harvey G., Rycroft-Malone J., Titchen A., Seers K. (2002) Getting evidence into practice: the meaning of context. Journal of Advanced Nursing, 38(1) 94-104

Gids om de gegevens van de CAI te kunnen interpreteren.

Deze handleiding helpt u om te uitkomsten van de CAI te kunnen verwerken. Het is handig om hierbij een calculator te gebruiken.

Stap1

Vul de scores voor elke stelling die de respondent ingevuld heeft in onderstaande tabel.

Scoor 4 voor "helemaal mee eens"

scoor 3 voor "mee eens"

scoor 2 voor "niet mee eens"

scoor 1 voor "helemaal niet mee eens"

Voorbeeld																
Nummer	1	3	6	10	13	14	16	19	21	22	25	28	30	31	33	Totale score
Score	1	4	3	3	4	3	2	1	4	3	2	3	4	3	2	= 42
																= 70,0%

Element cultuur																
Nummer	1	3	6	10	13	14	16	19	21	22	25	28	30	31	33	Totale score x 1,6667
Score																= %
Element leiderschap																
Nummer	2	5	8	15	20	26	36									Totale score x 3,5714
Score																= %
Element evaluatie																
Nummer	4	7	9	11	12	17	18	23	24	27	29	32	34	35	37	Totale score x 1,6667
score																= %

Stap 2

Zet de percentages per deelnemer per element uit op een lijn van 0 tot 100%.
Dit maakt duidelijk of de score per element zwak of sterk is. Voor de uitleg hiervan zie tabel 1

Als voorbeeld zijn onderstaande lijnen ingevuld

Cultuur



Leiderschap



Evaluatie

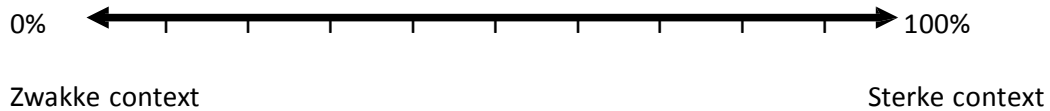


Stap 3 Totale individuele score

Om de totaalscore per deelnemer te berekenen neemt men het gemiddelde van de drie scores, door ze bij elkaar op te tellen en door drie te delen.

Dit kan ook weer uitgezet worden op een lijn van 0% tot 100%

Totale score

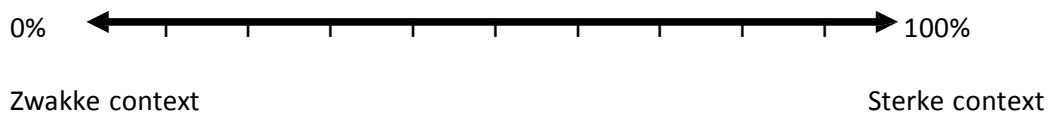


Stap 4 Totale team score

Tel de uitkomst van de deelnemers van de totaalscore bij elkaar op en deel dit door het aantal deelnemers die de CAI heeft ingevuld. Er komt dan een gemiddelde score van het gehele team uit.

Deze berekening kan ook gemaakt worden voor de afzonderlijke drie elementen.

Totale score



INZICHTELIJK MAKEN VAN GEBIEDEN VAN DE CONTEXT DIE ONTWIKKELD MOETEN WORDEN

Het ontdekken van zaken die ontwikkeld moeten worden: “zwakke plekken”
De items met de laagste scores worden inzichtelijk gemaakt. Zo worden de gebieden die ontwikkeld moeten worden duidelijk.

Stap 1 Vul de scores per deelnemer in onderstaande tabel. Aan de linkerkant kunnen de initialen of nummer van de deelnemers gezet worden.

Bijvoorbeeld

Bijeenkomst																																					
nr	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
A	4	3	2	4	3	3	3	3	3	3	3	1	4	2	1	4	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	4	1	2	3	3	3	3	3	2	4
B	3	3	2	3	3	4	4	2	2	1	4	2	4	2	2	3	3	3	3	3	1	1	4	4	4	4	4	3	2	2	4	4	4	2	3	3	3
C	2	4	1	3	4	4	3	3	4	2	3	1	3	1	2	3	3	4	4	4	2	1	4	2	2	4	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3
D	3	2	2	2	3	4	4	2	3	1	4	1	3	1	2	2	4	4	4	4	2	1	3	4	3	3	3	3	1	4	3	3	2	3	3	2	2

Stap 2 Bekijk welke items bij de meeste deelnemers laag scoren. In dit voorbeeld zijn dat de items 3,12,14,15,21,22,29.

3	De zorgprofessionals zijn actief met de ontwikkeling / aanpassing van de geleverde zorg bezig.
12	Er wordt regelmatig gereflecteerd in teambijeenkomsten / functioneringsgesprekken om te kijken of de doelen van de te leveren zorg aangepast moeten worden.
14	Patiënten participeren actief in hun eigen zorg
15	Er wordt veel waarde gehecht aan privacy, men vindt het belangrijk om de patiënt in zijn waarde te laten.
21	Zorgprofessionals en direct betrokkenen bij de zorg worden door de teamleiders / seniorverpleegkundigen ondersteund en aangemoedigd om de zorg kritisch te bespreken
22	De zorgprofessionals bespreken de zorg samen met de patiënten.
29	Zorgprofessionals hebben de gelegenheid om experts te raadplegen.

Stap 3

Nu is bekend op welke items er laag is gescoord. Er kan een actieplan gemaakt worden om gericht te focussen op items die veranderd moeten worden.

Invulmatrix

[illegible]

Vermeld hieronder welke items laag scoren:

Conduct a Claims, Concerns & Issues Exercise

Claims, concerns and issues is a process commonly used by Practice Developers whereby stakeholders provide input into an evaluation process. The ward/unit nurses are key stakeholders in implementing a CNM because they are:

- Producing, using and implementing the project
- Will hopefully benefit from the project
- May in their view be negatively affected by the project.

Requirements:

- Butchers paper and 'post it notes' or a white board. These will be used to capture the information, making it easy to visualise and keep for future reference and action planning
- A facilitator – preferably external to the ward/unit.

The Facilitator's role is to:

- Enable team members. It is important that nurses are allowed to share their perspective as they see it
- Challenge the group members if values are not adhere to during the process
- Assist in drawing information from participants
- Clarifying meaning.

Claims, Concerns & Issues		Adapted from Koch 1994
Claims	A claim is any assertion that a stakeholder may make that is favourable and is a platform from where the team can take the next steps. For example it might be that the staff feel they already have good teamwork on the ward..	
Concerns	A concern is any assertion that is unfavourable. The purpose is to highlight potential barriers: personal, systematic or organisational, real or perceived. An example might be that a collaborative nursing model will require a change to the way the rosters are usually structured.	
Issues	An issue is a reasonable question raised through better understanding of claims and concerns. Issues are drawn from claims and concerns using What and How questions and issues will need to be addressed before progressing with the project.	

