Afstudeerproject

Onderzoek naar de ontslagfase van de Transit kliniek en mogelijke verbeteringen van deze fase

Datum: 4 juni 2009

Studenten: Sjanien Oort en Anneke Dooijewaard
Studentnummers: s316208 en s316860

Instelling: Meerkanten, Transit kliniek
Begeleidster: Jade Scheltis

School: Christelijke Hogeschool Windesheim
Begeleider: Klaas Smid

Voorwoord

Dit onderzoek is uitgevoerd door Anneke Dooijewaard en Sjanien Oort. Wij hebben dit gedaan naar aanleiding van een opdracht van de Transit kliniek te Ermelo, onderdeel van Meerkanten. Zij hebben ons gevraagd onderzoek te doen naar de huidige ontslagfase van de klinische behandeling en hier een onderdeel aan toe te voegen.
Doormiddel van een uitgebreid onderzoek hebben wij kennis vergaard, die wij hebben gebundeld in een eindproduct. Dit eindproduct kan in de toekomst worden gebruikt voor de behandeling van de Transit kliniek.

Inhoudsopgave

Inhoud	Blz.
Inleiding	4
Hoofdstuk 1: Literatuurstudie	5
Hoofdstuk 2: Methoden van onderzoek	7
Hoofdstuk 3: Analyse van de uitkomsten van de interviews en gesprekken	11
Hoofdstuk 4: Vorming van het eindproduct	17
Hoofdstuk 5: Aanbevelingen	20
Conclusie	21
Nawoord	22
Bijlagen	
Bijlage 1: Literatuurlijst	23
Bijlage 2: Doelgroep, Transit, behandeling, groepen	24
Bijlage 3: Vragenlijsten	26
Bijlage 4: Interviews	30
Bijlage 5: Checklist ontslagfase	67
Bijlage 6: Handleiding voor het werken met de ontslaggroep	69

Inleiding

In dit hoofdstuk vindt u een overzicht van de belangrijkste informatie met betrekking tot ons onderzoek. Hierbij hebben we de doelstelling, de hoofdvraag, de deelvragen, een doelgroepbeschrijving en hoofdstukindeling gedefinieerd.

We zijn ons onderzoek begonnen met de volgende doelstelling:
We willen onderzoeken waar behoefte aan is tijdens de laatste fase van behandeling om de terugkeer in de maatschappij te vergemakkelijken. Vervolgens is onze doelstelling om op deze behoeften in te spelen door in de ontslagfase van cliënten een onderdeel toe te voegen.

Deze doelstelling kwam voort uit de vraag vanuit de Transit kliniek om de ontslagfase te verbeteren. De medewerkers van de kliniek gaven aan dat zowel zij als de cliënten iets misten in deze fase misten.
Ons doel was dus eigenlijk deze ontslagfase te verbeteren.

Om dit doel te kunnen bereiken hebben we voorafgaand aan het onderzoek de volgende hoofdvraag geformuleerd:
Wat is nodig om de cliënten van de Transit kliniek in de ontslagfase beter te ondersteunen in hun terugkeer binnen de maatschappij?

Na het formuleren van onze hoofdvraag hebben we de volgende deelvragen opgesteld:
- Hoe ziet de huidige ontslagfase binnen de Transit kliniek er uit?
- Waar hebben de cliënten in de ontslagfase behoefte aan?
- Wat mist het verpleegkundig team in de ontslagfase?
- Wat bieden andere instellingen in de ontslagfase wat Transit niet biedt?
- Wat kan er toegevoegd worden aan de ontslagfase, waardoor cliënten beter worden voorbereid op de terugkeer in de maatschappij?

Transit
Transit is een afdeling binnen GGZ Meerkanten. Transit betekent letterlijk 'doorgang, passage' en staat symbool voor de behandeling als een weg naar verandering en groei.
Transit is gespecialiseerd in de behandeling van traumagerelateerde problematiek en is sinds 2008 aangesloten bij het LCVT (landelijk centrum vroegkinderlijke traumatisering).
Behalve klinische opnames biedt Transit ook deeltijd- en ambulante behandeling.

Doelgroep
Transit biedt ambulante, deeltijd en klinische behandeling aan volwassenen vanaf 18 jaar. Cliënten binnen Transit hebben een psychische problematiek die gerelateerd is aan traumatische ervaringen. De meest voorkomende problematieken zijn: dissociatieve stoornissen, posttraumatische stressstoornis, persoonlijkheidsstoornissen en eetstoornissen. Tijdens ons onderzoek hebben wij ons gericht op de klinische behandeling van Transit.

We hebben ons onderzoek in de volgende hoofdstukken opgebouwd:
In hoofdstuk 1 zal onze literatuurstudie aan de orde komen.
In hoofdstuk 2 lichten wij de keuze van de methoden toe.
In hoofdstuk 3 analyseren wij de uitkomsten van de diverse interviews en gesprekken.
In hoofdstuk 4 geven we u zicht op de vorming van het uiteindelijke product.
In hoofdstuk 5 doen wij aanbevelingen over onderwerpen met betrekking tot de ontslagfase.

Daarnaast vindt u in de bijlagen de literatuurlijst, de doelgroepbeschrijving, de diverse vragenlijsten, de uitgewerkte interviews, de ontslagfase- checklist en tot slot de handleiding voor het werken met de ontslaggroep.

Hoofdstuk 1
Literatuurstudie

In dit hoofdstuk hebben we de oriëntatie beschreven die wij gedaan hebben voorafgaand aan en tijdens ons onderzoek. Hierbij hebben we ons georiënteerd op de instelling Meerkanten, de Transit kliniek, het interview en de begrippen rehabilitatie en resocialisatie.

Meerkanten
Meerkanten is een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Er wordt behandeling en begeleiding geboden aan verschillende doelgroepen: kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen met psychische en psychiatrische problemen en verslavingsproblematiek. Hulp bieden aan mensen met psychiatrische en ernstig psychische problemen is dan ook de kern van de visie van Meerkanten. Meerkanten kent vier kernwaarden, de zogenoemde vier B's: betrouwbaar, betrokken, bekwaam en beschikbaar. Meerkanten hecht groot belang aan een zo korte en doeltreffend mogelijke behandeling. Hierbij wordt aandacht besteed aan de sociale leefomgeving van cliënten, de levensbeschouwing en vragen rondom zingeving.

De Transit kliniek
Doel van de behandeling binnen de Transit kliniek is altijd ik- versterking, zodanig dat re-integratie in de maatschappij mogelijk wordt.
De visie van Transit komt overeen met die van Meerkanten. Ook op Transit wordt gestreefd naar hulpverlening die zo kort en doeltreffend mogelijk is.
Naast deze algemene visie heeft de Transit kliniek nog een meer specifieke visie, gericht op de eigen afdeling. Het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid van cliënten, is een zeer belangrijk punt in deze visie. Hierbij gaat het om algemene zaken die binnen de groep geregeld moeten worden, zoals boodschappen, koken of andere corveetaken en het overleg dat hieromheen plaatsvindt. Ook zijn er bepaalde regels opgesteld om cliënten verantwoordelijkheid te laten nemen. Dit is tijdens de behandeling van belang, maar de regels zijn er ook om de cliënt voor te bereiden op de terugkeer in de maatschappij. Hierbij gaat het onder andere om de procedures van ziekmeldingen en het aanvragen van vakantiedagen en sociaal verlof.

In bijlage 2 vindt u een volledig beeld van onze oriëntatie op de Transit kliniek, waarin we een meer uitgebreide beschrijving geven van de kliniek, de doelgroep, de handeling en de therapieën.

Begrippen rehabilitatie en resocialisatie
In de beginfase van ons onderzoek hebben we ons verdiept in bestaande literatuur betreffende ons onderwerp. Omdat ons onderwerp gericht is op de ontslagfase binnen de Transit kliniek, zochten we naar informatie over verschillende onderwerpen die hiermee samenhangen.
Allereerst de doelgroep. Om hiervan een duidelijk beeld te krijgen hebben we ons in de doelgroep ingelezen. Een uitgebreide doelgroepbeschrijving vindt u eveneens in bijlage 2.
Na deze informatie over de doelgroep, hebben we gezocht naar literatuur over de ontslagfase. Omdat informatie over deze specifieke fase moeilijk te vinden was, hebben we gezocht naar begrippen die hierop van toepassing zijn. Hierdoor zijn we bij de begrippen rehabilitatie en resocialisatie gekomen.

Lastig is wel dat de informatie betreffende deze onderwerpen lang niet altijd van toepassing was op de doelgroep binnen de Transit kliniek, doordat de literatuur zich vooral gericht was op de chronische patiënt. We hebben echter verschillende facetten uit de literatuur kunnen halen en deze bij ons onderzoek kunnen betrekken.

Resocialisatie
Resocialisatie is de herintegratie in de eigen of nieuwe sociale omgeving.[1]

Rehabilitatie
Het begrip rehabilitatie heeft diverse betekenissen. Het kan gezien worden als een methodiek, een houding, een proces of een benadering.
Rehabilitatie is te definiëren als het proces van het helpen van fysiek en psychisch gehandicapten, om zo goed mogelijk gebruik te maken van hun mogelijkheden. Dit heeft ten doel dat deze groep mensen op een zo optimaal niveau kunnen functioneren in een zo normaal mogelijke context.[2] Om dit doel te bereiken, worden ook de methodiek, houding en benadering gebruikt.
In Nederland staat het begrip rehabilitatie ook wel voor 'eerherstel'. In dit rehabilitatiebegrip wil men zowel het stigma van krankzinnigheid blijvend bestrijden, als wel het proberen te herstellen van de zogenaamde sociale competentie, of het verhogen van de eigen handelingscompetentie. Tijdens ons onderzoek richten wij ons op dit tweede aspect. Er zijn verschillende trainingen en benaderingen die zich richten op deze competenties. Hierbij valt te denken aan; de Liberman trainingen, systematisch rehabilitatie gericht handelen, de individuele rehabilitatiebenadering en de integrale rehabilitatie benadering.

Theoretische onderbouwing interviews
Interviewen is de aangewezen methode van dataverzameling wanneer je iets wilt weten over attitudes, opinies, gevoelens, gedachten of kennis.[3] Door middel van een interview kun je in een betrekkelijk korte tijd over verschillende aspecten van het onderwerp informatie verkrijgen en kun je er verschillende mensen mee bereiken.
Per gesprek hebben we afgewogen welke vorm van interview het best toepasbaar zou zijn. Welke afwegingen we hierin hebben gemaakt kunt u lezen in hoofdstuk 2.

---

[1] Online encyclopedie (2009), resocialisatie, geraadpleegd op 10-12-2008, http://www.encyclo.nl/begrip/Resocialisatie
[2] Petay, D., Nuy, M., (1997), De ontmaskering: de terugkeer van het eigen gelaat van mensen met chronisch psychische beperkingen, Utrecht, Uitgeverij SWP
[3] Baarda, D. B., Goede, de, M. P. M. (2001), Basisboek Methoden en technieken: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek, Groningen: Wolters- Noordhoff

Hoofdstuk 2
Methoden van onderzoek

Gedurende ons onderzoek hebben we verschillende fasen doorlopen. In dit hoofdstuk hebben we beschreven hoe we tot belangrijke keuzes gekomen zijn. Hierbij gaat het om de mensen en instanties die we bij ons onderzoek betrokken hebben en welke methoden we hierbij hanteerden.

Om een duidelijk beeld te krijgen van de ontslagfase van de Transit kliniek, vonden we het belangrijk om binnen de Transit kliniek mensen bij ons onderzoek te betrekken. Allereerst het verpleegkundig team, bestaande uit zowel verpleegkundigen als GGZ- agogen. Hoewel er binnen de Transit kliniek gewerkt wordt met een multidisciplinair team, kozen we ervoor om ons te richten tot het verpleegkundig team. Dit met name doordat dit ook ons beroepsprofiel is en dit team het meest met ons onderzoek en de resultaten hiervan, in aanraking zouden komen. Om hun meningen te horen over de huidige ontslagfase en samen met hen te brainstormen over verdere mogelijkheden, hebben wij een gesprek gehad met het verpleegkundig team tijdens een VBB (verpleegkundige beleidsbespreking).

Naast het verpleegkundig team zijn er de cliënten, die wellicht nog nauwer met ons onderzoek en de uiteindelijke resultaten hiervan betrokken zouden zijn. We vonden het dan ook van wezenlijk belang om binnen ons onderzoek aan hun meningen en ideeën gehoor te geven. We hebben gevraagd om hun vrijblijvende medewerking. Hiervoor hebben we een uur gepland, waar de cliënten zich voor konden opgeven. Er waren in totaal 7 cliënten bij dit gesprek aanwezig.

Binnen de Transit kliniek hebben we ook een gesprek gehad met Mariëtte Groenendijk. Zij is psychotherapeut en tevens het hoofd van de behandeling binnen de kliniek. Omdat we het belangrijk vonden dat ons uiteindelijke product binnen de behandeling zou passen hebben we hierover met Mariëtte een gesprek gevoerd.

Om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de mogelijkheden binnen de ontslagfase, vonden we het belangrijk ook zicht te hebben op de ontslagfase van klinieken binnen andere instellingen. Om informatie te verkrijgen die het meest van toepassing was op de Transit kliniek, hebben we contact gezocht met vergelijkbare instellingen. In eerste instantie instellingen die, net als Transit, aangesloten zijn bij het LCVT . Echter, van hen kregen we geen reactie of een afwijzing, met name door tijdgebrek of het ontbreken van een klinische setting.

Hierna besloten we dat een vergelijkbare doelgroep niet zozeer noodzakelijk was, maar een vergelijkbare setting wel van belang was, namelijk klinisch. We hebben verschillende klinieken benaderd, waarna afspraken volgden bij GG- net in Apeldoorn en GGZ- wnb. Ook hebben we een afspraak gehad bij een kliniek binnen Meerkanten, waar men gespecialiseerd is in resocialisatie, namelijk 'de Ganzenhof' te Putten.

Nadat we vastgesteld hadden wie we bij ons onderzoek wilden betrekken, hebben we ons gericht op de manier waarop wij hieraan vorm wilden geven. Hierbij zijn we op zoek gegaan naar de juiste methoden, gezien onze doelstellingen voor de gesprekken. Ook hebben we bij het indelen van de gesprekken rekening gehouden met de volgorde. Het doel van de afspraken buiten Meerkanten, was puur het verkrijgen van oriënterende informatie. We hadden namelijk nog weinig voorkennis van de mogelijkheden. Daarom hebben we deze afspraken het eerst gepland. Vervolgens wilden we samen met het verpleegkundig team en de cliënten van Transit brainstormen over hun ideeën en hun mening horen over onze bevindingen tot nu toe. Deze afspraken hebben dan ook kort na elkaar plaatsgevonden. De afspraak met Mariëtte Groenendijk hebben we enige tijd hierna laten volgen, zodat we alle

bevindingen op een rijtje konden zetten en samen met haar naar de praktische kant konden kijken.

GGZ- instellingen
De gesprekken met deze instellingen waren van puur informatieve aard. We hebben ons voorafgaand aan de gesprekken georiënteerd op een aantal methoden die wij konden gebruiken bij het vergaren van de informatie van deze instellingen. We hebben hierbij verschillende methoden overwogen, zoals een enquête, vragenlijst, groepsgesprek of interview. Een groepsgesprek viel al snel af, aangezien dit de instellingen te veel tijd zou kosten. Bovendien wilden we informatie vergaren over hun huidige ontslagfase en daarvoor is een groepsgesprek overbodig. Middels een enquête zouden we niet aan de benodigde informatie komen, om ons doel te bereiken. Bij een enquête is voornamelijk sprake van gesloten vragen. Echter, wij hadden nog weinig zicht op het behandelaanbod in de ontslagfase. Het stellen van gesloten vragen in een enquête was dus niet de juiste methode om deze kennis te vergaren.

Na het uitsluiten van de enquête en het groepsgesprek, hielden we het interview en de vragenlijst nog over. Om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de instelling en de ontslagfase, leek het ons het beste een gesprek te plannen met een medewerker binnen de instelling Dit in de vorm van een interview. Onze voorkeur ging hierbij uit naar een direct gesprek bij de instelling zelf en geen telefonisch interview. Bij dit laatste zou het gesprek namelijk wat lastiger te voeren zijn, aangezien ons onderzoek een redelijk uitgebreid en ingewikkeld onderwerp betreft. Echter, we waren ons ervan bewust dat wij hierbij wel afhankelijk van de instellingen waren. Een telefonisch gesprek was voor hen wellicht gemakkelijker en zou minder tijd in beslag nemen. We vonden het dan ook fijn dat de instellingen GGZ- wnb GG- net, 'de Viersprong', en 'de Ganzenhof instemden met een gesprek bij de instelling.

Na de bevestiging van de afspraak hebben we ons gericht op de vormgeving van het interview. Omdat we specifieke informatie nodig hadden, met name over hun ontslagfase, hebben we een gestructureerd interview afgenomen. Op deze manier hoopten we alle informatie te krijgen, die we nodig achtten voor ons onderzoek. In het interview hebben we met name gekozen voor veel open vragen, omdat we relatief weinig voorkennis hadden en we hierdoor veel informatie hoopten te vergaren.

Het verpleegkundig team van Transit
Door onze literatuurstudie en vooronderzoek hadden we al een duidelijk beeld gekregen van de huidige ontslagfase binnen de Transit kliniek. Daarbij was bij ons ook al bekend geworden dat hierover ontevredenheid bestond, aangezien zij ons gevraagd hebben hier onderzoek naar te doen. Daarom viel onze keuze op een minder gestructureerd interview met het verpleegkundig team van de Transit kliniek, namelijk een half gestructureerd interview.
Voor ons onderzoek wilden we zoveel mogelijk verpleegkundigen bereiken. Om veel verpleegkundigen te benaderen, zou een enquête al snel voor de hand liggen. Echter, het doel van het betrekken van de verpleegkundigen bij ons onderzoek, was om hen onze bevindingen tot nu toe voor te leggen, hun mening hierover te horen en samen met hen te brainstormen over verschillende manieren om de ontslagfase vorm te geven. Door middel van een enquête zouden we deze informatie niet kunnen verkrijgen. Daarom kozen we voor een gespreksvorm. Het benaderen van verschillende verpleegkundigen individueel, zou teveel tijd innemen. Bovendien kon door middel van een groepsgesprek interactie ontstaan, waardoor wij zoveel mogelijk informatie, ideeën en meningen hoopten te verkrijgen. Toch hebben we een zekere structuur in het gesprek aangebracht, door onze informatie, verkregen bij de gesprekken bij de GGZ- instellingen, met hen te hebben gedeeld en hierover ook hun mening te hebben gehoord.
We hadden voor dit gesprek een korte lijst opgesteld, met daarop een korte indeling van het gesprek. Deze lijst bestaat uit een aantal kernvragen, tijdens het gesprek werden deze

kernvragen verder uitgebreid . Bij het opstellen van de vragen, hebben we goed nagedacht over de opbouw. Zo wilden we eerst de ideeën van de verpleegkundigen horen, alvorens wij onze bevindingen met hen zouden delen. Op deze manier hoopten we de meeste ideeën te krijgen, die niet beïnvloed zouden zijn door onze bevindingen.

De cliëntengroep van Transit
Naast verpleegkundigen wilden we voor ons onderzoek ook zoveel mogelijk cliënten benaderen. Echter, ook hier viel de mogelijkheid van de enquête of de vragenlijst al gauw af. Door met een enquête of vragenlijst te werken, zouden we geen optimaal gebruik kunnen maken van de creativiteit van cliënten. Bij een enquête is veelal sprake van gesloten vragen en ook als we open vragen in de vragenlijst zouden opnemen, hadden we hier niet voldoende op in kunnen gaan. Het afnemen van individuele gesprekken met cliënten, zou allereerst veel tijd in beslag nemen. Daarnaast zouden cliënten deze individuele gesprekken als eng kunnen ervaren. We dachten ook dat cliënten meer geprikkeld zouden worden te reageren in een groepsgesprek. Om zoveel mogelijk medewerking van cliënten te krijgen, hebben we een aantal maal uitleg gegeven over ons onderzoek tijdens de spits. Zo wisten cliënten aan wat voor project wij werkten, kenden zij het belang van het onderzoek en nodigden wij hen uit hieraan deel te nemen.
We hebben, net als met het groepsgesprek met het verpleegkundig team, gekozen voor een half gestructureerd groepsgesprek. De opzet van het gesprek was vergelijkbaar met die van de verpleegkundigen, alleen meer toegespitst op de cliëntengroep.

Tijdens de interviews kregen we informatie en tips over andere instellingen en disciplines die we voor ons onderzoek konden benaderen. Hierdoor hebben we na de geplande interviews nog een gesprek gehad bij 'de Viersprong' en 'de Ganzenhof', waar we informatie hebben verkregen over thema's rondom de ontslagfase en resocialisatie. Naar aanleiding van het thema financiën en sociale contacten hebben we nog een gesprek met de maatschappelijk werkster van Transit gehad, Lyanne Meijer.

De vragenlijsten en uitgewerkte interviews vindt u in bijlage 3 en 4.

Gestructureerd interview
Bij een gestructureerd interview ligt een duidelijke volgorde van de vragen vast. Dit betekent dat de interviewer de loop van het gesprek bepaalt. Het gestructureerde interview wordt gebruikt wanneer zeer gerichte informatie van de geïnterviewde nodig is.

Half gestructureerd interview
Ook bij een half gestructureerd interview oefent de interviewer nog controle uit op de loop van het gesprek. De vragen staan echter minder vast en zijn afhankelijk van de antwoorden die de geïnterviewde geeft. De interviewer heeft voor het gesprek echter wel bepaalde onderwerpen vastgelegd en hiervoor een logische volgorde aangebracht. Een half gestructureerd interview wordt gebruikt wanneer men informatie, ideeën of meningen wil verkrijgen van de geïnterviewde over verschillende deelonderwerpen.

Mondeling interview
Een mondeling interview betekent dat je als interviewer instellingen benadert en om medewerking vraagt. Wanneer zij aan het onderzoek willen meewerken, wordt een afspraak gepland. Deze afspraak vindt veelal plaats op het kantoor van de geïnterviewde.
Het mondeling afnemen van een interview heeft verschillende voor- en nadelen. Allereerst kunnen tijdens een interview veel vragen gesteld worden. Hierbij kan het gaan om open en ingewikkelde vragen. Het grote voordeel van het interview is dat op de besproken punten dieper ingegaan kan worden. De interviewer kan uitleg geven over de vraagstelling en verdere vragen stellen bestreffende het onderwerp. Omdat het interview mondeling wordt afgenomen, kan de interviewer erop toezien dat hij op alle vragen een volledig antwoord krijgt.

Naast deze voordelen, heeft het mondeling afnemen van een interview ook een aantal nadelen. Zo kost het afnemen van een mondeling interview vaak veel tijd, wat het daarmee duur maakt. Ook kan het moeilijk te organiseren zijn om een afspraak te plannen en wordt het interview niet anoniem ingevuld. Hierdoor kan het mondelinge interview gevoelig zijn voor sociale wenselijkheid. Dit betekent dat de geïnterviewde antwoorden geeft waarmee hij of zij denkt een goede indruk achter te laten. Tot slot is er bij het afnemen van interviews, net als bij vrijwel alle andere methoden, het probleem van de non- respons, wanneer mensen geen medewerking willen verlenen.

Criteria voor een goed interview
Bij het opstellen van het interview is een goede opbouw van belang.
Na de kennismaking zal de interviewer een korte inleiding geven op het onderwerp en het belang van het interview duidelijk maken. Na deze inleiding gaat de interviewer over op het stellen van de vragen.
Deze vragen zijn opgedeeld in een aantal deelonderwerpen. Het eerste aantal vragen zijn veelal korte en vrij gemakkelijk te beantwoorde vragen, om zo het onderwerp verder duidelijk te maken. Hierna volgen meer open vragen om specifieke informatie te vergaren betreffende het onderzoek. Wanneer de interviewer niet helemaal tevreden is met het antwoord, kan hij een vervolgvraag stellen, aansluitend op de eerder gestelde vraag. De interviewer zorgt ervoor dat er een logische samenhang in de vragen is. Tijdens het interview kan hij een deelonderwerp afsluiten door deze nog even kort samen te vatten en het volgende deelonderwerp in te leiden.
Aan het einde van het interview vat de interviewer het gesprek samen en trekt indien mogelijk een conclusie. Hierbij kan de geïnterviewde nog om aanvullingen gevraagd worden, waarna deze wordt bedankt voor zijn tijd en het gesprek wordt afgesloten.

Hoofdstuk 3
Analyse van de uitkomsten van de interviews en gesprekken

Tijdens ons onderzoek hebben wij verschillende interviews en gesprekken gehad om op deze manier de benodigde informatie te vergaren. In dit hoofdstuk vindt u een analyse van de uitkomsten van deze interviews en gesprekken. De complete weergave van de interviews vindt u in de bijlagen.

Erik Rekers, Scelta; GG- net Apeldoorn
De behandeling bij Scelta is gefundeerd op 3 pijlers. De 3 pijlers zijn gedragsverandering, sociaal functioneren en maatschappelijk functioneren. Aan al deze pijlers wordt tijdens de behandeling uitgebreid aandacht besteed. Dat betekent dat Scelta gedurende de hele behandeling al bezig is met het maatschappelijk functioneren en het uiteindelijk terugkeren in de maatschappij. Daarvoor wordt in het begin van de behandeling ook een sociaal netwerkanalyse gemaakt om te kijken wat de doelstellingen op het gebied van sociaal functioneren zijn.
Daarnaast wordt er een uur in de week maatschappelijke oriëntering gegeven door de sociotherapeut. Daarin staan vooral de onderwerpen wonen, werken en sociale contacten centraal. Ook wordt er iedere week een uur maatschappelijke re-integratie (MR) gegeven door een maatschappelijk werker en sociotherapeut, een thema-uur waar grotere thema's als werk en wonen aan de orde komen. Ook sollicitatietraining en gastsprekers worden daarbij ingezet. Naast MR biedt Scelta vanaf het begin van de behandeling ook dagactiviteiten in de arbeidsre-integratie. Met behulp van een coach wordt dan gekeken naar bijvoorbeeld vrijwilligerswerk. In de laatste fase van de behandeling wordt de aandacht extra gericht op het implementeren van het geleerde in de thuissituatie, qua behandelingsprogramma verandert er verder niets.
De tip die wij mee kregen voor ons project was dat tijdens de ontslagfase in therapieën de focus vooral zou moeten liggen op het toepassen van het geleerde in de kliniek in je eigen woonsituatie. Dit punt hebben we in ons eindproduct meegenomen. In de ontslaggroep zal hier aandacht aan worden besteed bij het bespreken van de thema's. Daarnaast zei meneer Rekers het belangrijk te vinden om thema's rondom de ontslagfase gedurende de gehele behandeling actueel te houden. Hij vond dat thema's als wonen, werken en sociaal functioneren veelvuldig aan bod moeten komen tijdens een ontslagfase. Dit waren voor ons onderwerpen die wij in ons eindproduct hebben meegenomen. Wij hebben ons gericht op de ontslagfase. Wel hebben wij een aanbeveling gedaan over het actueel houden van de ontslagfase gedurende de hele behandeling.
De 3 pijlers die gebruikt worden voor de behandeling bij Scelta hebben wij ook meegenomen in ons eindproduct. Deze pijlers zijn onderwerp geworden van de ontslaggroep. Het leek ons een goed idee om ook in ons project aandacht te besteden aan bijvoorbeeld vrijwilligerswerk. Uit dit interview hebben we ideeën gehaald voor de aanpak hiervan. Omdat het niet geheel past bij onze onderzoeksvraag, maar het wel een mooie aanvulling op de behandeling zou kunnen zijn, hebben wij hier een aanbeveling over gedaan. Ook het re-integratie gedeelte is zeer van toepassing op ons project. Hier hebben wij mede onze thema's voor de ontslaggroep op gebaseerd

Geert de Haan, 'de Horst'; GGZ-wnb Halsteren
In de ontslagfase van de afdeling Horst van GGZ-wnb wordt er gewerkt aan het helder krijgen van de behoefte aan verdere hulpverlening, samen met de cliënt. Dat kan gaan om een andere klinische opname, een RIBW, maar ook om terugkeer naar het eigen huis. Samen met de cliënt wordt dan gekeken wat een cliënt nodig heeft om de overstap te maken. Verder wordt er aandacht besteed aan onthechten en hechten op de nieuwe woonplek. Ons werd meegegeven te strijden voor meer individueel werken, dus per cliënt te kijken wat hij of zij nodig heeft. Op Transit wordt hieraan al aandacht besteed. Bijvoorbeeld in gesprekken met de persoonlijk begeleider en behandelaar van de cliënt. Ook tijdens behandelplannen wordt naar de individuele cliënt en diens belangen gekeken en worden

herin afwegingen gemaakt.
Uit het gesprek dat we in Halsteren gevoerd hebben, kwam vooral het belang van de inspraak van cliënten naar voren. Tijdens ons onderzoek hebben we hieraan aandacht besteed, door de cliënten bij het onderzoek te betrekken en te luisteren naar hun meningen en wensen. Ook tijdens het opzetten van het eindproduct hechtten we groot belang aan de inspraak van cliënten. Zo vonden we het belangrijk dat er vraaggestuurd gewerkt zou worden en dat de cliënten aan konden geven hoe zij het uur willen invullen: welk thema zij willen bespreken, welke onderwerpen zij hierbij van belang vinden en van welke hulpbronnen zij gebruik willen maken.

Bert Molenaar en Hedy Foppen, 'de Ganzenhof'; Meerkanten Putten
Op de afdeling revalidatie worden mensen voor ongeveer een jaar opgenomen. Ze zijn vastgelopen, worden opgenomen en dan wordt er bij 'de Ganzenhof' gekeken wat nodig is om het leven thuis of op een andere woonplek weer op te pakken. 'De Ganzenhof' kijkt dan voornamelijk naar 7 gebieden: wonen, werken, leren, recreëren, zelfzorg, sociale contacten en zingeving. Samen met de cliënt worden doelen opgezet en wordt bekeken hoe de cliënt hieraan zal werken. Door de medewerkers van 'de Ganzenhof' wordt hierbij praktische hulp geboden. Ook kan de hulp bestaan uit het helpen voorkomen van een terugval.
Er wordt gewerkt met de systematische rehabilitatie gerichte benadering. Vanuit deze benadering kent de behandeling verschillende fases, waaronder een ontslagfase die uit ongeveer een derde van de behandeling bestaat en begint bij een aanmelding voor een huis of een RIBW. In de behandeling wordt per cliënt individueel gekeken wat hij of zij nodig heeft. Het hebben van een goede dagstructuur wordt als het meest belangrijk beschouwd. Daarnaast moeten cliënten redelijk sociaal vaardig zijn, want in hun leefgroep doen ze alles samen. Samenleven en overleggen zijn essentiële aspecten binnen de behandeling.
In de ontslagfase is het belangrijk dat mensen een goed sociaal netwerk hebben en een goede dagstructuur, maar ook de mogelijkheid hebben om zelf met hun crisisplan om te gaan. Er wordt met bijna iedere cliënt een signaleringsplan gemaakt, dat ook thuis gebruikt kan worden.

Voor het hebben van een goede dagbesteding heeft 'de Ganzenhof' een soort sociale kaart gemaakt van de omgeving. In deze map staan adressen voor vrijwilligerswerk en dagactiviteitencentra. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van job coaches en vrijwilligerscentrales.

Tijdens het gesprek kregen we een protocol dat gebruikt wordt in de ontslagfase, welke we hebben gebruikt bij het maken van een checklist voor de cliënten die in de ontslagfase zitten van de Transit kliniek. Als tip kregen wij mee de cliënten beter voor te bereiden op de overstap naar een nieuwe plek, omdat 'de Ganzenhof' ervaart dat de cliënten van Transit slecht voorbereid zijn. Wat men bij 'de Ganzenhof' als zeer belangrijk beschouwt is de dagstructuur. Ons werd dan ook aangeraden hier aandacht aan te besteden tijdens ons project. Dit hebben we meegenomen bij het uitwerken van het eindproject.

De 7 thema's waar 'de Ganzenhof' mee werkt zijn zeer belangrijk geweest voor ons project. Veel van deze thema's maken onderdeel uit van het eindproduct. Een goed sociaal netwerk, een goede dagstructuur en een signaleringsplan dat thuis bruikbaar is vonden wij ook voor de cliënten van Transit belangrijke onderwerpen. Daarom hebben wij deze punten geïntegreerd in het eindproduct.
Het stimuleren van vrijwilligerswerk sprak ons erg aan. We hebben dit idee meegenomen in ons project in de vorm van een aanbeveling, omdat het niet direct aansluit bij de doelstelling van ons onderzoek.

Verpleegkundig team Transit kliniek
Vroeger was er op Transit iets van een ontslaggroep, dit zou men graag terug willen zien. Het zou dan moeten gaan om een groep met mensen uit alle groepen die in de ontslagfase zitten, net als de voorwerkgroep. Punten die dan besproken zouden kunnen worden zijn: wat verwacht je van je omgeving als je weer thuis bent, hoe reageren die, zodat de cliënt zich daarop voorbereidt. Daarnaast zou aandacht besteed moeten worden aan de vraag: wat ga je doen, in het vooruitzicht dat je straks thuis bent? Ook wordt genoemd dat er een signaleringsplan gemaakt kan worden voor thuis, voor als het niet goed gaat. De ontslaggroep zal een aantal vaste thema's moeten bevatten, maar ook open ruimte voor de cliënten om zelf een inbreng te doen. Wellicht kunnen er thema's op aanvraag besproken worden. Daarnaast vond men dat er meer aandacht besteed moet worden aan de netwerktekening, gedurende de gehele behandeling. Maar vooral in de ontslagfase vindt het team het belangrijk om zich met het netwerk bezig te houden. Ook zou men graag willen zien dat vrijwilligerswerk meer gepromoot wordt, omdat dit appèl doet op het gezonde deel van een cliënt.

Ons idee was om een soort ontslaggroep te starten. Deze zou dan ongeveer 10 weken duren en heeft de mogelijkheid om op elk moment in te stromen. De verpleegkundigen opperde het idee om deze groep 10 weken te laten duren en 2 van deze bijeenkomsten open te laten ter vrije invulling van de cliënten. Uiteindelijk hebben wij ervoor gekozen om slecht één thema open te laten, omdat we tot 9 thema's gekomen zijn die wij erg belangrijk vonden voor de ontslaggroep. Wij besloten daarom dat één thema open laten voldoende zou zijn, omdat er tijdens de ingevulde thema's ook voldoende aandacht besteed wordt aan de behoeften en wensen van de cliënten.

Ook het idee om gastsprekers uit te nodigen in deze ontslagroep werd met enthousiasme ontvangen. Het plan om een soort sociale kaart voor vrijwilligerswerk te maken leek de verpleegkundigen erg nuttig. De maatschappelijk werker zou zich hierop kunnen gaan richten. Het idee was dan om folders over vrijwilligerswerk en cursussen in de omgeving, op het prikbord in Transit te hangen. Op deze manier wordt het doen van vrijwilligerswerk meer gestimuleerd. Hiervoor zou ook een verplichte module een idee zijn. Daar zouden dan vragen worden besproken als: hoe ga ik solliciteren en wat doe ik met gaten in mijn cv? Ook hadden verpleegkundigen het idee om bijvoorbeeld een dagdeel vrij van therapieën te plannen, zodat er ruimte is voor vrijwilligerswerk.

Het verpleegkundige team van de Transit kliniek vond dat er weer een betere lijn tussen de socio en de GMO moet komen (zie voor meer informatie over deze therapievormen bijlage 2). In de GMO zou ook de netwerktekening vaker aan bod moeten komen. Het team wil hier zelf direct mee aan de slag om meer duidelijkheid en structuur in deze therapieën te krijgen. Ook kregen we de tip om contact op te nemen de afdeling 'de Ganzenhof' van Meerkanten, omdat men zich daar tijdens de behandeling richt op het terugkeren in de maatschappij. Laatste idee was nog om een soort folder betreffende de ontslagfase te maken voor cliënten en het team, zodat voor iedereen duidelijk is wat er gaat gebeuren.

Conclusie was eigenlijk dat Transit zich meer zouden moeten richten op het gezonde deel van de cliënt en dat dit mede door de voorgaande besproken zaken mogelijk zal worden.

Het idee om een ontslaggroep te formeren stond ons heel erg aan en we besloten dan ook dit idee te gebruiken. De tips die wij van het verpleegkundig team mee kregen hebben wij geïntegreerd in het eindproduct evenals het idee om een signaleringsplan voor thuis te maken. Omdat wij ons hebben gericht op de ontslagfase van Transit, hebben wij besloten een aanbeveling te doen over de invulling van de GMO. Dit hebben we ook gedaan betreffend het stimuleren van vrijwilligerswerk en het integreren van de netwerktekening in de behandeling. Het maken van een folder hebben wij zeer goed overwogen. Het bleek dat onze prioriteiten ergens anders lagen en deze folder niet direct zou bijdragen aan de

kwaliteit. Wel besloten we een checklist te maken die de cliënten van de Transit kliniek kunnen hanteren tijdens de ontslagfase.

Cliënten Transit kliniek
Cliënten gaven aan dat er weinig lijkt te zijn nagedacht over de ontslagfase. Praktische zaken, zoals AWBZ, moeten zij nu zelf uitzoeken. Verder gaven de cliënten aan wat te zien in een soort ontslaggroep. Ze zouden hier graag praktisch bezig willen zijn met ontslag. In zo'n ontslaggroep zouden dan ook mensen meegenomen moeten worden die na de klinische opname de behandeling in deeltijd vervolgen.
Punten die besproken zouden kunnen worden zijn:

- Hoe ga je thuis goed voor jezelf zorgen?
- AWBZ oftewel financiële veranderingen, rechten en mogelijkheden
- Praktische hulp over bijvoorbeeld: hoe run je een huishouden, waar zoek je hulp als het niet lukt thuis.
- Het maken van een signaleringsplan voor thuis
- Emotionele facetten van ontslag, zoals thuis zijn, alleen zijn en afscheid nemen.
- Oefenen met voor jezelf zorgen. Hier is het zorgen voor bijvoorbeeld het eten een taak die je ook voor de groep doet. Thuis zul je het voor jezelf moeten doen.
- Wat doe je als het niet goed gaat thuis?

Naast een ontslaggroep zouden de cliënten de GMO graag weer als een GMO zien, zoals hij oorspronkelijk bedoeld was. Meer praktisch, actief en meer op de maatschappij gericht. Daarbij zou de aanwezigheid van een maatschappelijk werker op prijs gesteld worden. Eén van de cliënten opperde het idee dat wanneer cliënten een inbreng hebben voor de GMO en niemand iets van dit onderwerp weet, de groepsleden hier samen informatie kunnen gaan zoeken. Ook het bespreken van onderwerpen uit de actualiteit en het bespreken van thema's werden door cliënten een toevoeging aan de GMO genoemd.

Ook werd genoemd dat men het wel ziet zitten om in de ontslagfase bijvoorbeeld een dagdeel vrijwilligerswerk te gaan doen. Cliënten zouden graag zien dat er een dagdeel vrij gepland wordt van therapieën, zodat men dan bezig kan zijn met de maatschappij. Cliënten noemden ook dat in de ontslagfase gericht gekeken zou moeten worden naar het systeem. Dit zou kunnen door middel van de netwerktekening (in bijvoorbeeld de GMO). Deze ideeën vonden wij zeer waardevol, maar niet realiseerbaar voor het eindproduct. Wel hebben wij besloten hier een aanbeveling over te doen, omdat het ons belangrijk leek dat hier iets mee gedaan wordt.

Omdat de ideeën van de cliënten verder heel erg aansloten bij de ideeën van de instellingen, het verpleegkundig team en ons, hebben wij ze meegenomen in het eindproduct.

'De Viersprong', Halsteren
'De Viersprong' kent een duidelijke eindfase in de behandeling. Deze fase duurt minimaal 6 weken, om op deze manier de behandeling voldoende te kunnen afsluiten. De belangrijkste thema's van deze laatste klinische periode van de behandeling zijn onthechting uit de therapeutische gemeenschap, reïntegratie c.q. resocialisatie en het stimuleren van een grotere maatschappelijke zelfstandigheid passend bij de levensfase en het niveau van functioneren van de patiënt. Tevens kan de patiënt de behandelresultaten direct, en onder supervisie van de behandelstaf van de instelling, reeds in de praktijk brengen. Het is een belangrijk fase in de behandeling waarin diverse thema's uit de behandeling opnieuw aan de orde komen in de concrete invulling van het dagelijks leven na het ontslag uit de klinische setting.

Doelstellingen in deze eindfase zijn:

- Het onthechten uit de kliniek/gemeenschap en daarmee het verkleinen van de stap naar de situatie na de klinische behandeling.
- Resocialisatie en bevorderen van de zelfstandigheid door reïntegratie in de samenleving.
- Het bevorderen van de gesocialiseerde individualisatie door het wegvallen van de behandelgroep en opname in een woongroep.
- De voorbereiding en inzetten van de nazorgtrajecten. Deze nazorgtrajecten zijn heel divers. Sommige patienten gaan weer thuis wonen, anderen moeten op zoek naar een kamer.
- De toetsing en integratie van behaalde behandelingsresultaten en geleerde vaardigheden.
- Het versterken van het zelfvertrouwen.

Voor elke patiënt wordt een individueel vertrekplan opgesteld en wordt deze patiënt opgenomen in een van de tweetal woonvormen, welke van elkaar verschillen door de mate van zelfstandigheid, de afstand tussen de woonvorm en de therapeutische gemeenschap en de geplande leefsituatie na behandeling. Het vertrekplan richt zich op de eindfase. De patient beschrijft hoe deze eindfase eruit zal zien. Hierin worden doelen en activiteiten beschreven, maar ook wordt er teruggekeken op de behandeling. Het vertrekplan bestaat uit verschillende onderdelen.

Tijdens de eindfase wordt een groot deel van de dag door de patiënt besteed aan school en/of een andere geïndiceerde dagbesteding zoals het doorlopen van een stage buiten de instelling. Daarnaast is er aandacht zijn voor het organiseren, realiseren en onderhouden van het sociaal netwerk, omdat deze vaak erg klein is. Indien nodig is er aandacht voor het zoeken naar geschikte woonruimte, het regelen van de financiele zekerheden en het nazorgtraject, de vrijetijdsbesteding en de gezinssituatie. Dit alles is geïntegreerd in de doelen uit het eerder genoemde vertrekplan.

Naast het individuele programma en de persoonlijke begeleiding wordt van de patiënt verwacht deel te nemen aan een aantal gezamelijke programma-onderdelen: werkbespreking, huiskameroverleg en themagesprek.

Wat wij vooral hebben meegenomen in ons eindproject is de opzet van de themabespreking. Hier hebben wij goed naar gekeken en de onderwerpen hieruit konden wij goed gebruiken voor de ontslagfase zoals wij hem voor ogen hadden. Het was het doel van het gesprek dat we meer over deze thema's uit de ontslagfase te weten zouden komen. Verder hebben wij een aantal onderdelen van het vertrekplan meegenomen in de uitwerking van de verschillende thema's. We hebben het toekomstgesprek meegenomen in de vorm van een aanbeveling omdat wij vonden dat hier kritisch naar moet worden gekeken door de hulpverleners van de Transit kliniek voordat dit ingevoerd wordt. Bovendien paste dit niet binnen de doelstelling van ons project.

<u>Lyanne Meijer, maatschappelijk werkster Transit</u>
Lyanne Meijer is maatschappelijk werkster van Transit, zowel gericht op de klinische als op de deeltijd- behandeling. Samen met Lyanne hebben we gekeken naar de thema's financiën en sociale contacten. Zij adviseerde ons om ook het thema 'sociale contacten' door de maatschappelijk werker te laten leiden, omdat dit wat laagdrempeliger is dan de systeemtherapeut. Deze laatste is ook meer op therapiegericht, terwijl wij het tijdens het thema ook vooral praktisch wilden houden. Verder hebben we met Lyanne gekeken naar de invulling van het thema financiën . Zij reikte ons een aantal hulpbronnen an, die tijdens dit thema gebruikt kunnen worden.

Mariëtte Groenendijk, psychotherapeut en behandelcoördinator Transit kliniek
Mariëtte Groenendijk is psychotherapeut en tevens behandelcoördinator van de Transit kliniek. Met haar hebben we gekeken naar de vormgeving van het eindproduct en de keuzes van de bijbehorende thema's. Met haar hebben we besproken wat cliënten nodig hebben tijdens de ontslagfase en hoe dit aansluit op de behandeling die in de kliniek geboden wordt. Mariëtte raadde ons aan in de ontslaggroep ook aandacht te besteden aan coping en psycho- educatie. We hebben ervoor gekozen, in overleg met Mariëtte, om het onderwerp coping bij het thema terugvalpreventie te voegen. Deze onderwerpen hebben namelijk enige overlap met elkaar en zijn daarnaast ook een goede aanvulling op elkaar. Het stukje psycho- educatie hebben we in een apart thema gevoegd, waardoor we in totaal tot 9 thema's gekomen zijn.

Jade Scheltis, GGZ- agoog en begeleider vanuit Transit kliniek
Gedurende het gehele proces hadden we regelmatig contact met Jade, onze begeleider vanuit de Transit kliniek. Zij hielp ons bij vragen over de behandeling en de aanpak van het project. Ook heeft zij geholpen bij het kiezen van de methode. In overleg met Jade hebben we de vragen voor de interviews opgesteld . Verder gaf ze ons regelmatig feedback op afgeronde onderdelen. Jade hielp ons met name naar de praktische en inhoudelijke zaken te kijken.

Klaas Smid, begeleider vanuit Hogeschool Windesheim
Gedurende ons afstudeerproject hadden we regelmatig een gesprek met onze begeleider vanuit school. Hij hield een professionele en kritische blik op het proces en het project. Vanuit dit perspectief begeleidde hij ons naar het eindproduct door ons nieuwe inzichten en tips te geven over de aanpak van ons project. Als we vast liepen in de uitwerking, hielp hij ons door er een andere blik op te werpen en kritische vragen te stellen. Op deze manier heeft hij bijgedragen aan het uiteindelijke product van dit afstudeerproject.

Hoofdstuk 4
Vorming van het eindproduct

Vanuit de Transit kliniek kregen wij de vraag onderzoek te doen naar de ontslagfase van de behandeling en iets aan deze fase toe te voegen, om de terugkeer in de maatschappij voor cliënten te vergemakkelijken.

Tijdens ons onderzoek zijn we veel zaken tegengekomen. Zo ook zaken die wel degelijk met de ontslagfase samenhangen en ook de terugkeer binnen de maatschappij zouden vergemakkelijken, maar niet zozeer tijdens de ontslagfase plaatsvinden. Daarnaast kwamen we ook zaken tegen die wel degelijk in de ontslagfase toegevoegd of verbeterd zouden kunnen worden. In dit hoofdstuk leest u de verantwoording van hoe en waarom we tot bepaalde keuzes gekomen zijn.

Aanbevelingen
Tijdens onze gesprekken bij instellingen, merkten we dat de ontslagfase niet op zichzelf staat en thema's rondom deze fase eigenlijk gedurende de gehele behandeling actueel zouden moeten zijn. Er werd ons aangeraden dit mee te nemen in ons project. Hier waren we het mee eens en hoe verder ons onderzoek vorderde, hoe meer we dit soort zaken binnen de behandeling van Transit tegenkwamen. Hierbij gaat het om zaken die tijdens de behandeling (beter) ingezet zouden moeten worden om de terugkeer in de maatschappij voor cliënten te vergemakkelijken. Het stimuleren en aanbieden van vrijwilligerswerk, het verbeteren van de GMO en het voeren van een toekomstgesprek tijdens de behandeling zijn van dit soort zaken. Hoewel we deze zaken erg nuttig en zeker ook van toepassing binnen de Transit kliniek vonden, paste het niet binnen ons project om deze zaken verder uit te werken. Bovendien zou het project dan te groot worden. We kozen er dan ook voor ons te richten op de oorspronkelijke doelstelling, namelijk het toevoegen van een onderdeel aan de ontslagfase. De zaken die we hierboven noemen, kunnen echter wel zeer bruikbaar zijn binnen de behandeling van Transit en ook bijdragen aan het doel om de terugkeer binnen de maatschappij te vergemakkelijken. Daarom hebben we deze onderwerpen vermeld in het hoofdstuk aanbevelingen.

Met name tijdens de gesprekken met het verpleegkundig team van de Transit kliniek en de cliëntengroep, kwam het idee van een soort ontslaggroepje naar voren. Cliënten en het team gaven aan dat een dergelijke groep hen zeer nuttig leek voor cliënten die in de ontslagfase zitten. Tijdens deze groep zouden zij graag thema's bespreken die te maken hebben met het ontslag of de terugkeer naar huis of een andere plek. Na dit met hen besproken te hebben, hebben we gekeken hoe zo'n groep eruit zou komen te zien, welke thema's er besproken zouden kunnen worden en welke disciplines we bij deze groep willen betrekken.

De ontslaggroep
In de bijlage vindt u de vormgeving van het uiteindelijke product, de handleiding van de ontslaggroep. We hebben veel afwegingen en keuzes gemaakt om tot dit eindproduct te komen.

In de ontslaggroep zullen alle cliënten uit de kliniek die op dat moment in de ontslagfase zitten bijeenkomen. Dit zullen dus cliënten uit verschillende groepen zijn, omdat het aantal cliënten anders te klein is, waardoor geen sprake is van een groep.
We hebben ervoor gekozen, nadat zowel het team als de cliëntengroep dit hadden aangegeven, ook cliënten die na hun klinische behandeling overgaan tot de deeltijdbehandeling van Transit, ook nog gedurende hun eerste weken na ontslag uit de kliniek bij de groep te betrekken. Dit kan hen helpen bij de overgang naar huis, zij kunnen aan de hand van hun ervaringen vertellen waar zij tegen aanlopen, hierover delen en hier nog informatie over vragen. Wij zagen dit als steunend voor deze cliënten, als ook nuttig voor

de cliënten die nog voor hun ontslag zitten, aangezien zij dan horen waar anderen thuis tegenaan lopen en hoe zij dit oplossen. Hieruit kunnen nuttige tips ontstaan.

Aan de hand van de ontslagfase binnen Transit, die veelal 12 weken duurt, hebben we ervoor gekozen dat de cliënt 10 maal aan de ontslaggroep deel zal nemen. Dit betekent dat deze groep 10 weken zal vullen. Het houdt in dat cliënten die na hun klinische behandeling op Transit een behandeling elders zullen volgen, na 2 weken ontslagfase in de ontslaggroep instromen. Cliënten die na hun klinische opname naar de deeltijd- behandeling van Transit gaan, zullen tevens de mogelijkheid krijgen om, in overleg, langer aan de ontslaggroep deel te nemen. Ook cliënten die niet klinisch opgenomen zijn (geweest), maar wel de deeltijdbehandeling volgen, zouden op indicatie aan de groep deel kunnen nemen.

De ontslaggroep zal voor deze cliënten dus gedurende 10 weken een vast en verplicht therapie- onderdeel zijn. We hebben ervoor gekozen de groep één keer per week een uur te laten plaatsvinden. Dit sluit aan bij de duur van de meeste therapieën binnen de Transit kliniek. Het leek ons voldoende tijd om het nodige te bespreken en kort genoeg om de concentratie en motivatie bij cliënten vast te houden.

Toen we steeds meer een beeld kregen van de vormgeving van de ontslaggroep, zijn we op zoek gegaan naar onderwerpen die betrekking hebben op ontslag en rehabilitatie. Om zicht te krijgen op de thema's die te maken hebben met rehabilitatie, hebben we een gesprek gehad bij 'de Ganzenhof' in Putten, onderdeel van Meerkanten. Na een tip van een cliënt, hebben we daarna nog een gesprek gehad bij 'de Viersprong', in Halsteren. Hier werken zij met een ontslagteam en wij wilden graag van hen horen welke thema's er worden besproken en hoe hieraan wordt vormgegeven.

Vanuit deze gesprekken en ons verdere onderzoek naar rehabilitatie en resocialisatie zijn we tot 9 thema's gekomen, die tijdens de ontslaggroep besproken zullen worden. In de handleiding vindt u bij ieder thema een aantal onderwerpen, bronnen en handvatten om het thema vorm te geven. Dit zijn een aantal aanknopingspunten en mogelijkheden om het thema met de cliënten te bespreken. We hebben één thema open gelaten, die ingevuld kan worden door de cliënten. Dit betekent dus dat we van de 10 bijeenkomsten, 9 bijeenkomsten al hebben ingevuld, in de vorm van thema's. Dit omdat we het belangrijk vonden dat er tijdens de ontslaggroep genoeg ruimte is voor de inbreng van cliënten. Door een thema open te laten, kunnen cliënten ook thema's bespreekbaar maken die niet in de groep zijn vastgelegd. Ook bij de vastgelegde thema's staan de wensen en behoeften van de cliënten voorop. We vonden het dan ook belangrijk dat er tijdens de ontslaggroep vraaggestuurd zal gaan worden. Dit kan gedaan worden door van te voren te vragen welk thema de cliënten willen bespreken, of dit al de week van te voren te overleggen. Op deze manier zijn de cliënten betrokken en gemotiveerd en dat is bij een dergelijke groep van groot belang. Praktisch gezien zal het wellicht niet altijd mogelijk zijn, omdat je afhankelijk bent van de tijd van verschillende disciplines en eventuele gastsprekers. Ook stromen cliënten ongelijk in, waardoor zij verschillende thema's al besproken hebben. Overleg met de cliënten vonden wij hierin erg belangrijk en samen met hen kan gekeken worden naar hun wensen en de mogelijkheden.

Wij hebben de thema's gekozen naar aanleiding van de gesprekken met de instellingen, het verpleegkundig team en de cliënten van de Transit kliniek. In deze gesprekken zijn al deze thema's aan bod geweest. Wij hebben een selectie gemaakt van de thema's die wij voor de cliënten van de Transit kliniek het meest relevant achtten. De thema's die wij minder relevant vonden, hebben wij geïntegreerd in andere thema's of buiten het project gelaten.

We hebben ervoor gekozen om verschillende disciplines bij de ontslaggroep te betrekken, omdat zowel cliënten als het de verpleegkundigen aangaven dit nuttig te vinden. Door het inzetten van verschillende disciplines, wordt de groep gevarieerd, is meer diepgang mogelijk

en kan meer kennis worden overgedragen. We hebben gekozen voor de disciplines die het meest betrokken zijn bij de thema's van de ontslaggroep en hier de meeste kennis van hebben.

Om de ontslaggroep meer inhoud te geven en in te kunnen gaan op de wensen van de cliënt, leek het ons een goede optie om gebruik te maken van gastsprekers. Hiervoor hebben wij enkele mensen weten te bereiken die bereid zijn als gastspreker bij de ontslaggroep aanwezig te zijn. We hebben ervoor gekozen de contactgegevens van deze sprekers bij het betreffende thema te vermelden, zodat zij desgewenst ingezet kunnen worden. Hierbij kan met de cliënten gekeken worden naar de mogelijkheden en hun voorkeur, omdat ook hier de wensen en motivatie van cliënten van groot belang zijn.

In het ontwerpen van de ontslaggroep vonden we het belangrijk dat cliënten in de groep kunnen instromen. Dit betekent wel dat de ene cliënt nog maar net in de ontslagfase zit, terwijl de ander wellicht al met de deeltijdbehandeling begonnen is. Wij hebben hier voor gekozen, omdat dit naar ons idee juist een positieve werking kan hebben. De cliënten kunnen elkaar dan goed aanvullen tijdens het uur.

De cliënten kennen elkaar al vanuit het leefmilieu of wellicht wel van de therapiegroep, dus een kennismaking is niet nodig. Wel vonden we het belangrijk dat er aandacht besteed zou worden aan cliënten die voor de laatste keer bij de ontslaggroep aanwezig zijn. Omdat cliënten op de afdeling al vrij uitgebreid afscheid nemen, is dit tijdens deze groep overbodig. Wel leek het ons goed hier als groep kort bij stil te staan. Hier kunnen de laatste 5 minuten van het uur aan besteed worden. Er is dan ruimte om de betreffende cliënt iets mee te geven, in de trant van tips of wensen.

Checklist ontslagfase
Behalve steun en informatie misten zowel de cliënten als het verpleegkundig team van Transit ook duidelijkheid in deze laatste fase van behandeling. Zo was het voor hen niet altijd geheel duidelijk wat er allemaal gedaan moest worden en wanneer dit ongeveer plaats moest vinden. Om hierover duidelijkheid te verschaffen hebben we een checklist opgesteld ten aanzien van de ontslagfase. In deze checklist wilden we voor zowel het team als voor de cliënten duidelijk stellen wat er nog gedaan moet worden. Tijdens het opstellen van deze checklist hebben we andere klinieken binnen Meerkanten benaderd en zo van hen protocollen/checklists ontvangen. Wij hebben deze protocollen naast elkaar gelegd en gekeken wat hiervan van toepassing was binnen de Transit kliniek. Ook het vertrekplan, dat men gebruikt bij 'de Viersprong', hebben we in onze checklist meegenomen. Zo is voor de cliënt helder waar hij of zij tijdens de laatste fase van behandeling aan gaat werken. We wilden een checklist beschrijven, waarmee zowel de cliënten als de teamleden helder en duidelijk kregen wat er tijdens de laatste fase van behandeling gedaan moet worden. Daarom hebben we ervoor gekozen de checklist van de cliënten ook aan teamleden te geven, met name de individueel begeleiders, zodat deze weten waar de cliënt aan werkt en de voortgang in de gaten kunnen houden.

In de uitgeschreven interviews, die u vindt in bijlage 4, kunt u lezen welke informatie en tips wij hebben mee gekregen uit de verschillende gesprekken. In bijlage 5 vindt u de checklist.

Hoofdstuk 5
Aanbevelingen

Om de cliënten te ondersteunen bij hun terugkeer in de maatschappij hebben wij een ontslaggroep ontwikkeld. Tijdens ons onderzoek zijn wij echter tegen meer zaken aangelopen, die de cliënten bij de terugkeer in de maatschappij kunnen ondersteunen. Bij ieder onderwerp hebben we een aantal aanbevelingen gedaan.

Vrijwilligerswerk

- Vrijwilligerswerk stimuleren, zeker tijdens de ontslagfase.
- Een duidelijk aanbod hebben van vrijwilligerswerk in de nabije omgeving. Dit kan worden opgepakt door de volgende SPH- stagiaire, die hiervan een sociale kaart kan maken.
- Folders van instellingen en instanties op het prikbord hangen waar vrijwilligerswerk gedaan kan worden, zodat de cliënten hieraan herinnerd worden.
- Een verantwoordelijke binnen Transit aanwijzen, die kennis heeft van het aanbod en tevens contact onderhoudt met instellingen en instanties.

Groeps Maatschappelijke Orientering (GMO)

- De GMO gebruiken om aandacht te houden voor zaken die te maken hebben met de maatschappij.
- Hiervoor kan er met duidelijke afspraken en thema's gewerkt worden, bijvoorbeeld iedere 1e GMO van de maand werken aan de netwerktekeningen en iedere laatste GMO van de maand een groepsdiscussie. De rest van de GMO's kan dan worden ingevuld door cliënten.
- Meer aanwezigheid van de maatschappelijk werker bij de GMO's.
- Wanneer cliënten een inbreng doen over een bepaald onderwerp en andere cliënten hier weinig kennis van hebben, kan ervoor gekozen worden hier een volgende GMO op terug te komen. In de tussentijd kunnen cliënten dan informatie vergaren over het betreffende onderwerp.
- Tijdens de GMO kan tevens kort aandacht besteed worden aan de actualiteiten. Dit kan bijvoorbeeld een thema zijn of een kort beginrondje, waarin iedereen aangeeft wat hij of zij de afgelopen week in het nieuws gezien of in de krant gelezen heeft en wat dit voor hem of haar betekent.

Toekomstgesprek

- Halverwege de behandeling kan een toekomstgesprek plaatsvinden.
- Dit is een gesprek tussen de cliënt, de IPB'er en de behandelaar. Indien gewenst kan er een familielid of vriend bij het gesprek aanwezig zijn.
- Tijdens dit gesprek wordt gekeken naar wat de cliënt na de behandeling op Transit wil en wat hij of zij hier nog voor nodig heeft.
- Na dit gesprek kan gericht naar deze doelen worden toegewerkt.

Conclusie

Mede door ons gebrek aan ervaring in het doen van onderzoek en het ontbreken van nuttige informatie omtrent de ontslagfase, hebben we een lange oriëntatieperiode gehad. Hierin hebben we gesprekken gevoerd met deskundigen en cliënten en zijn we veelvuldig op zoek gegaan naar bestaande gegevens rondom de ontslagfase. We hebben gemerkt dat deze oriëntatieperiode zeer essentieel is geweest voor het verdere verloop van ons onderzoek.

Door verschillende interviews af te nemen, zijn we tot een negental thema's gekomen. Doordat thema's rondom de ontslagfase in verschillende interviews terugkwamen, konden we concluderen dat deze van belang zijn te bespreken tijdens de ontslagfase. We hebben deze thema's vervolgens zo aangepast, dat deze van toepassing zijn op de doelgroep van de Transit kliniek. Daarbij vonden we het van groot belang dat er tijdens de ontslaggroep cliëntgericht gewerkt zou word. Bij de uitwerking van de ontslaggroep en de bijbehorende thema's hebben we hier dan ook rekening mee gehouden. Dit hebben we gedaan door verschillende aanknopingspunten, hulpbronnen en onderwerpen per thema te beschrijven, maar deze niet zozeer vast te leggen. Zo zijn er verschillende thema's en onderwerpen per thema, waardoor de cliënten kunnen aangeven welk thema zij willen bespreken en welke vorm zij hierbij prettig vinden.

Tijdens het bespreken van de thema's achtten we het bovendien van belang rekening te houden met de behandeling die de cliënten binnen de kliniek gehad hebben en hierop aan te sluiten. Hierbij hebben we ons gericht op het generaliseren van het therapie- effect. Dit betekent dat de ontslaggroep niet meer zozeer gericht is op de afdeling, maar meer op de thuissituatie.

Uiteindelijk zijn we tot een product gekomen, wat binnen de Transit kliniek gebruikt kan worden. De handleiding van de ontslaggroep hebben we zo uitgewerkt, dat het team zonder veel voorbereiding met de ontslaggroep kan starten.

Nawoord

Wij hebben met erg veel plezier aan dit afstudeerproject gewerkt. Het was een interessante en leerzame periode. Het werken aan het afstudeerproject liep voorspoedig en we zijn zeer tevreden met het eindresultaat.
We hopen met ons eindproduct een bijdrage te leveren aan het behandelaanbod van de Transit kliniek.

Tot slot willen we dit nawoord gebruiken om de mensen die ons gesteund, begeleid en geholpen hebben te bedanken.

Onze dank gaat uit naar Jade Scheltis, Klaas Smid, Erik Reekers, Geert de Haan, Bert Molenaar, Hedy Foppen, Liesbeth Sluijter, Sylvia Petkova, het verpleegkundig team van de Transit kliniek, Mariëtte Groenendijk, Lyanne Meijer en de cliëntengroep van de Transit kliniek.

Bijlage 1
Bronvermelding

Boeken

- Petay, D., Nuy, M. (1997), De ontmaskering: de terugkeer van het eigen gelaat van mensen met chronisch psychische beperkingen, Utrecht: Uitgeverij SWP
- Baarda, D. B., Goede, de, M. P. M. (2001), Basisboek Methoden en technieken: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek, Groningen: Wolters-Noordhoff
- Liberman, R. P. Handbook of psychiatric rehabilitation, New York: Macmillan Publishing Company
- Coleman, R. (1999), Herstel, kan dat wel?, Stichting Weerklank
- Roosenschoon, B. J., Driedonks, G. A., Wel van, T.F. (1997), Het product rehabilitatie: onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg, Utrecht: NZI
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G. (2004), *Handboek psychopathologie: deel 1, basisbegrippen,* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Vandereycken, W., van Deth, R. (2004). *Psychiatrie, van diagnose tot behandeling.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Reedijk, J.S. (2003). *Psychiatrie.* Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Janzing, C., van den Berg, A., Kruisdijk, F. (2000). *Hanboek voor milieutherapie; theorie en praktijk van de klinische psychotherapie.* Assen: Van Gorcum.
- Remmerswaal, J. (2004). *Handboek groepsdynamica; een inleiding op theorie en praktijk.* Soest: Nelissen
- Tellegen, T. (2005). Misschien wisten zij alles+ 313 verhalen over de eekhoorn en alle andere dieren, Querido

Internet

- Het oude gesticht (2008), Psychosociale rehabilitatie STORM, geraadpleegd op 10-01-2009, http://www.hetoudegesticht.com/2008/02/06/psychosociale-rehabilitatie-volgens-storm
- Online encyclopedie (2009), resocialisatie, geraadpleegd op 10-12-2008, http://www.encyclo.nl/begrip/Resocialisatie

Interviews

- GG- net, 'Scelta', Deventerstraat 459, Apeldoorn, Erik Reekers
- GGZ- wnb, 'de Horst', Hoofdlaan 8, Halsteren, Geert de Haan
- Meerkanten, 'de Ganzenhof', Korenbloemstraat 41, Putten, Bert Molenaar en Hedy Foppen
- 'de Viersprong', de Beeklaan 2, Halsteren, Liesbeth Sluijter en Sylvia Petkova
- Meerkanten, de Transit kliniek, verpleegkundig team
- Meerkanten, de Transit kliniek, cliëntengroep

Gesprekken

- Hogeschool Windesheim, Klaas Smid
- De Transit kliniek, Jade Scheltis
- De Transit kliniek, Mariëtte Groenendijk
- De Transit kliniek, Lyanne Meijer

Overige

- Ontslagprotocol 'de Rietschans', Meerkanten
- BAR (bureau arbeidsrehabilitatie), Meerkanten

Bijlage 2
Beschrijving Transit kliniek, doelgroep, behandeling en therapieën

Transit
Transit is een afdeling binnen GGZ Meerkanten. Transit betekent letterlijk 'doorgang, passage' en staat symbool voor de behandeling als een weg naar verandering en groei.
Transit is gespecialiseerd in de behandeling van traumagerelateerde problematiek en is sinds 2008 aangesloten bij het LCVT (landelijk centrum vroegkinderlijke traumatisering).
Behalve klinische opnames biedt Transit ook deeltijd- en ambulante behandeling.

Doelgroep
Cliënten binnen Transit hebben een psychische problematiek die gerelateerd is aan traumatische ervaringen. De meest voorkomende problematieken zijn: dissociatieve stoornissen, posttraumatische stressstoornis, persoonlijkheidsstoornissen en eetstoornissen.
De behandeling
Binnen de Transit kliniek wordt intensieve behandeling geboden aan bovenstaande doelgroep. Binnen de klinische setting van Transit is plek voor 22 cliënten. Deze zijn opgedeeld in vier verschillende groepen.

- De stabilisatiegroep: de groep is bedoeld voor mensen met PTSS- klachten of andere traumagerelateerde problematiek waarbij stabilisatie van de symptomen nodig is. Deze groep volgt vier dagen in de week behandeling binnen de kliniek.
- De verwerkingsgroep: deze groep is bedoeld voor mensen die hun trauma's willen en kunnen verwerken en hiervoor voldoende stabiliteit bereikt hebben. De behandeling bestaat uit drie therapiedagen per week.
- De directieve groep: in deze groep is sprake van heftige symptomen, zoals zelfdestructief gedrag, waardoor begrenzing van dit gedrag nodig is. De cliënten volgen vijf dagen in de week therapie.
- De procesgroep: de groep is bedoeld voor mensen met ernstige problemen waardoor zelfstandig functioneren niet meer lukt. Deze problemen kunnen bij verschillende diagnoses behoren. De opvang en veiligheid van de kliniek is nodig bij het opbouwen van een werkrelatie en een verdere inschatting van de problematiek.

In bovenstaande groepen zijn ook cliënten opgenomen die de behandeling in deeltijd volgen en de avonden en nachten dus thuis doorbrengen. Behalve de groepen biedt Transit voor 2 of 3 cliënten van de kliniek een individueel programma, gedurende ongeveer 6 maanden. De cliënt volgt dan individuele psychotherapie, gesprekken met psychotherapeut en non- verbale therapieën. Daarnaast eet de cliënt in een groep mee en helpt hierbij ook met de corvee- taken.

De behandeling
Binnen de Transit kliniek wordt gebruik gemaakt van een therapeutisch milieu. Dit betekent de behandeling niet alleen bestaat uit de therapieën die door de cliënten gevolgd worden, maar ook uit het samenleven met elkaar. Dit betekent dat ook de eet- en koffiemomenten belangrijk zijn. Net als het overleg dat binnen de groep plaatsvindt over bijvoorbeeld het corvee. Het plannen, overleggen en nemen van verantwoordelijkheid zijn belangrijke aspecten binnen de klinische behandeling.

De therapieën
De behandeling binnen Transit bestaat dus uit verschillende groepstherapieën. Om u hiervan een idee te geven, zullen we deze hieronder kort beschrijven.

- De voorwerkgroep: deze groep is er voor mensen die op de wachtlijst staan voor een klinische behandeling. Het is een dagdeel per week en wordt verzorgd door verpleegkundigen. Het dient als een korte overbrugging en voorbereiding op de opname binnen de kliniek.
- het Wenthema: het wenthema is onderdeel van de voorwerkgroep en tevens ook

nog programma- onderdeel voor mensen die in de wenfase van de klinische behandeling zitten.
- De spits: iedere therapiedag wordt gestart en beëindigd met een spits. Tijdens dit kwartier komen alle cliënten uit de groepen bij elkaar en kunnen (huishoudelijke) mededelingen worden gemeld.
- De corveebespreking: wekelijks komen de cliënten met hun groep bij elkaar om corveetaken in te delen en zaken hieromheen te bespreken. Hierbij gaat het om het doen van boodschappen, koken, tafel dekken, afwassen en schoonmaken.
- Sociotherapie: iedere groep heeft twee keer in de week sociotherapie, verzorgd door verpleegkundigen/ GGZ- agogen. Tijdens dit uur is ruimte voor de inbreng van cliënten, of een weekend voor- of nabespreking. De sociotherapie is bedoeld een veilig klimaat te creëren om problemen te bespreken en nieuw gedrag uit te proberen. De sociotherapie wordt begonnen en beëindigd met een 'goed nieuws rondje.
- Groeps Maatschappelijke Orientering (GMO): de samenstelling van een GMO is gelijk aan die van de sociotherapie. Ook het verloop van het uur is gelijk aan de socio. De GMO is echter meer gericht op het netwerk van de cliënt, huisvesting, financiën enzovoort. Zo wordt er een netwerktekening gemaakt, waarin de cliënt zowel de weergeeft, als de veranderingen die hij of zij hierin zou willen aanbrengen.
- Groepspsychotherapie: tijdens deze therapie worden ervaringen gedeeld. Hierbij kan van elkaar worden geleerd en staat dan ook het oefenen van vaardigheden en gedrag centraal. Psycho is meer dan de GMO of de sociotherapie gericht op ervaringen uit het verleden. De groepsleden werken aan het verkrijgen van inzicht in hun problematiek en het oplossen hiervan. De psycho wordt geleid door een vast psychotherapeut.
- Creatieve Therapie Beeldend (KTB): creatieve therapie wordt zowel in groepsverband als individueel aangeboden. Door te werken met beeldend materiaal kunnen ervaringen zichtbaar worden, of kunnen mogelijkheden die cliënten kunnen helpen bij het verwerken worden ontwikkeld of (her)ontdekt.
- Psychomotore Therapie (PMT): ook deze therapie wordt zowel in groepsverband, als individueel aangeboden. Lichaamsbeleving, houding en bewegen staan centraal bij PMT. De cliënt leert signalen van het lichaam te herkennen en hierna te luisteren.

Naast deze therapieën, biedt Transit ook modules aan. Deze modules zijn gericht op een specifieke doelgroep, de cliënten kunnen zich hiervoor inschrijven. De modules worden dus niet in de eigen groep gevolgd. Per module verschilt de begeleiding van verpleegkundigen, non- verbale therapeuten en psychotherapeuten (al dan niet in samenwerking).
Voorbeelden van modules zijn: de eetmodule, sociale vaardigheden, de module dissociatie, de vrouwen- en mannenmodule en de slaapmodule.

Bijlage 3
De vragenlijst voor de GGZ- instellingen

Introductie
- Voorstellen (Naam en functie van de ondervraagde ervaring binnen de psychiatrie)
- Inleiding Transit, doelstelling en onderzoeksvraag

Doelstelling:
We willen onderzoeken waar behoefte aan is tijdens de laatste fase van behandeling om de terugkeer binnen de maatschappij te vergemakkelijken. Vervolgens is onze doelstelling om op deze behoeften in te spelen door in de ontslagfase van cliënten een onderdeel toe te voegen.

Onderzoeksvraag:
Wat is nodig om de cliënten van de Transit kliniek in de ontslagfase beter te ondersteunen in hun terugkeer binnen de maatschappij?
- Gespreksdoel: informatie verkrijgen over de ontslagfase van de betreffende instelling
- Opbouw
- Geschatte duur: (Maximaal 1 uur)
- Belang van de informatie: door informatie van andere instellingen over hun ontslagfase te verkrijgen, kunnen we deze vergelijken met de ontslagfase binnen Transit. Ook kunnen we ideeën opdoen en bepaalde elementen meenemen in ons uiteindelijke product.
- Indien wenselijk kunnen wij de uitkomsten van ons onderzoek met u delen.

De doelgroep
- Kunt u iets vertellen over de doelgroep?
- Wat is de gemiddelde leeftijd van cliënten?
- Wat is de doelgroep van de instelling?
- Welke psychiatrische ziektebeelden komen bij cliënten voor?
- Is er een gelijkwaardige verdeling in het aantal mannen en vrouwen op de afdeling?

De afdeling
- Kunt u iets vertellen over de afdeling?
- Hoeveel cliënten zijn er op de afdeling?
- Welke disciplines zijn er werkzaam?

De behandeling
- Hoelang duurt een gemiddelde behandeling?
- Hoeveel dagen in de week zijn de cliënten hier op de afdeling?
- Is de behandeling in verschillende fasen opgedeeld? Zoja, welke fasen? (bijv. wenfase, behandelfase, ontslagfase)
- Welke methodiek hanteren jullie?
- Welke therapieën worden er aangeboden?
- Welke trajecten volgen jullie cliënten vaak na hun behandeling hier?

De ontslagfase

- Hoe lang duurt een ontslagfase?
- Wat bieden jullie in de ontslagfase aan? Wordt dit individueel aangeboden of in groepsverband? Vanwaar deze keuze? Hoe wordt er gewerkt en door wie?
- Welke elementen zijn in deze fase belangrijk? (huisvesting, werk, dagbesteding, sociale contacten)
- Hoe zijn jullie tot de keuze voor deze elementen gekomen?
- Hebben jullie de ontslagfase in een protocol vastgelegd? Zo ja: hoe ziet deze eruit? Zo nee: waar is het dan op gebaseerd?
- Welke methode(n) hanteren jullie?
- Wat vindt u van de ontslagfase?
- In hoeverre bent u tevreden over de kwaliteit van de ontslagfase?
- In hoeverre kunt u oordelen over de tevredenheid van cliënten?
- Wat zou er aan de ontslagfase verbeterd kunnen worden?
- Zijn jullie momenteel bezig met het verder ontwikkelen van de ontslagfase? Zo ja: wat zijn deze ontwikkelingen?

(enkel van toepassing op de Ganzenhof)
Resocialisatie

- Hoe wordt in jullie behandeling aandacht besteed aan resocialisatie? (elementen)
- In welke therapieën wordt hierover gesproken? En hoe gaat dit in zijn werk?
- (Indien er sprake is van een GMO binnen de behandeling: Hoe wordt deze vormgegeven? Welke disciplines? Welke onderwerpen?)
- Wat voor activiteiten ondernemen jullie cliënten buiten de kliniek? (Denk aan vrijwilligerswerk, sport etc).
- Welke aspecten uit de resocialisatie zouden wij mee kunnen nemen in ons project?

Als afsluiting willen we u vragen of u nog een advies voor ons heeft, in het verdere werken aan de verbetering van de ontslagfase op Transit.

Hartelijk bedankt voor uw tijd!

Transit kliniek, verpleegkundig team

Inleiding op ons project

Doel van deze bespreking

Opbouw
- Ideeën van de verpleegkundigen
- Onze bevindingen tot nu toe
- Meningen hierover
- Wat is haalbaar?

Ideeën van verpleegkundigen
- Wat vinden jullie van de huidige ontslagfase?
- Wat missen jullie/ wat zouden jullie nog graag willen zien?

Onze bevindingen tot nu toe
- Een ontslaggroep
- Beter gebruik van de GMO
- Stimuleren van vrijwilligerswerk (kennis hebben van aanbod)

Meningen
- Ontslaggroep: Onderwerpen? Disciplines? Deeltijd?
- GMO: Vinden jullie dat de GMO verbeterd moet worden? Zo ja; hoe zien jullie deze verbeteringen? Verschil in groepen: Geen GMO, wat dan?
- Hoe kunnen we onderwerpen zoals (vrijwilligers)werk, sociaal functioneren, wonen en financiën terug laten komen gedurende de hele behandeling?
- Eigen verantwoordelijkheid van de cliënt of hierin meer sturen?

Wat is haalbaar?

Aanvullingen

Heel erg bedankt voor jullie tijd!

Transit kliniek, cliënten

Inleiding op ons project

Doel van deze bespreking

Opbouw
- Ideeën van de cliënten
- Onze bevindingen tot nu toe
- Meningen hierover

Ideeën van cliënten
- Wat vinden jullie van de huidige ontslagfase?
- Wat missen jullie/ wat zouden jullie nog graag willen zien?

Onze bevindingen tot nu toe
- Een ontslaggroep
- Beter gebruik van de GMO
- Meer en duidelijker aanbod in vrijwilligerswerk

Meningen
- Ontslaggroep: Onderwerpen? Disciplines? Deeltijd?
- GMO: Vinden jullie dat de GMO verbeterd moet worden? Zo ja; hoe zien jullie deze verbeteringen? Verschil in groepen: Geen GMO, wat dan?
- Hoe belangrijk vinden jullie vrijwilligerswerk? In welke fase zou hier meer aandacht aan besteed kunnen worden? Groepje voor vrijwilligerswerk? Wat bespreek je hierin?

Aanvullingen van cliënten

Heel erg bedankt voor jullie tijd!

Bijlage 4
Interviews

Interview Erik Rekers, afdeling Scelta, GG- net Apeldoorn 05-03-2009

R= Erik Rekers
S= Sjanien Oort
A= Anneke Dooijewaard

Introductie
A: Wij zijn Sjanien Oort en Anneke Dooijewaard en we zitten nu in het vierde jaar van de SPH. En daarvoor doen wij ons afstudeerproject bij de Transit Kliniek van Meerkanten.
R: Dat begreep ik
A: Transit biedt zowel ambulante, deeltijd als klinische behandeling voor mensen met een traumagerelateerde problematiek. Vanuit de Transit kliniek hebben wij de vraag gekregen onderzoek te doen naar hun huidige ontslagfase en te onderzoeken hoe wij deze kunnen verbeteren, zodat cliënten beter worden voorbereid op hun terugkeer binnen de maatschappij.
Onze doelstelling luidt als volgt: we willen onderzoeken waar behoefte aan is tijdens de laatste fase van de behandeling om de terugkeer in de maatschappij makkelijker te maken. En dan is onze doelstelling om op deze behoefte in te spelen en een onderdeel aan de ontslagfase toe te voegen bij Transit. Daarnaast hebben we verschillende deelvragen opgesteld. Eén deelvraag heeft betrekking op het behandelaanbod tijdens de ontslagfase van andere instellingen. Ons doel van dit gesprek is dan ook hier over kennis bij u te vergaren en te horen hoe dit binnen Scelta geregeld is.
R : Oké.
A: We hebben wat algemene vragen over deze afdeling en de doelgroep en de behandeling in het algemeen. Daarnaast hebben we wat specifieke vragen over de ontslagfase op deze afdeling.
R: Ja, dat is prima.
S: Misschien is het handig als we eerst ook even opnemen wat de precieze functie van u is.
R: Mijn functie is manager.
S: Oké.
R: Dat betekent dat ik vooral de beheerskant doe. Dus niet de inhoudelijke kant, maar de beheerskant. Dus ik ga over de financiën, over wie hier binnenkomen, over productie, over al dat soort saaie bedrijfsmatige zaken.
S: Oké.
R: Daarnaast ben ik wel iemand, dat is hier ook wel de traditie, die voortkomt uit de inhoud. Dus ik ben niet een manager die niks van de inhoud weet, maar ik weet wel degelijk de inhoud.
S: Oké, dat is fijn. We hadden ongeveer bedacht dat dit interview ongeveer een uurtje zou duren.
R: Heb ik ook ingepland.

De doelgroep
S:Kunt u dan misschien als eerst iets vertellen over de doelgroep?
R: Ja kan ik heel kort in zijn. Scelta is een expertisecentrum voor mensen met een persoonlijkheidproblematiek. Dus wat behandelen wij? Mensen met een persoonlijkheidsproblematiek.

S: Oké.
R En niet geheel in de volle breedte. Bijvoorbeeld een echte anti sociale persoonlijkheidsstoornis, daar kunnen we niks mee. Die zien we hier ook niet.
S: Oké, maar eigenlijk de overige persoonlijkheidsproblematieken dus wel?
R: De anderen wel, waarvan je zou kunnen zeggen dat zo'n 80% ergens in het kader valt van bordeline- persoonlijkheidsstoornis.
S: Oké.
S: En wat is de gemiddelde leeftijd van cliënten?
R: Er zit wel verschil in leeftijd. Maar wat je over het algemeen ziet, is dat mensen aan zo'n intensieve behandeling beginnen, wanneer er vaak al een hele behandelingsgeschiedenis. En voor klinisch zie je vaak dat het mensen zijn die vastgelopen zijn op allerlei gebieden. Dus in werk, in relaties en noem maar op.
S: Ja.
R. Mensen hebben vaak al een hele hulpverleningsgeschiedenis. Je komt hier niet blanco binnen. Over het algemeen zie je dat het mensen zijn gemiddeld midden 20. En daarboven en onder hebben we natuurlijk altijd uitzonderingen. Soms heb je wel eens iemand van 17 jaar binnen. We hebben ook wel eens iemand van 40 of 50 jaar binnen. Maar de grootste groep is tussen de 20 en 30 jaar oud.
S Oké, en wat is hierin de verdeling tussen het aantal mannen en vrouwen op de afdeling?
R: Het zijn bijna allemaal vrouwen.
S: Ja?
R: We hebben net sinds een half tot driekwart jaar weer twee mannen op de afdeling. Dus het zijn echt voornamelijk vrouwen die hier worden opgenomen.

<u>De afdeling</u>
A: Hoeveel cliënten zijn er in totaal op de afdeling?
R: Er zijn 2 klinische programma's en een klinisch programma bestaat uit 24 cliënten.
A: En welke disciplines zijn er op de afdeling werkzaam?
R: Wij werken hier met een multidisciplinair team: sociotherapeuten, psychotherapeuten, maatschappelijk werk, een psychiater en de non-verbale therapeuten.

<u>De behandeling</u>
A: Oké. Kunt u iets vertellen over de behandeling die jullie hier bieden. Tijdens onze oriëntatie zagen we dat er twee programma's worden aangeboden. Hoe ziet deze behandeling eruit?
R: Ja, er zijn twee klinische programma's. En een klinisch programma bestaat dus uit een leefgroep van 24 cliënten, die weer verdeeld zijn in 3 therapiegroepen van 8 cliënten.
Het verschil tussen de groepen zit hem in de manier van werken. Hierbij gaat het om mensen die bepaalde vaardigheden nooit echt aangereikt of aangeleerd hebben gekregen. De andere groep heeft deze vaardigheden wel degelijk aangeleerd gekregen, maar weten deze niet goed in te zetten. Bij deze groep wordt meer inzichtgevend gewerkt. Zo kun je duidelijk maken wat patronen zijn, hoe deze werken en van daaruit kijken of mensen veranderingen in die gedragspatronen aan kunnen brengen.
A: Oké. En u zegt, na een jaar hebben de cliënten hun behandeling hier afgerond. Wat zijn de trajecten die jullie cliënten veelal volgen na hun behandeling hier?
R: Ja, dat is divers. Omdat het mensen zijn, uit vrijwel heel het land. Dus dat betekent dat de nazorg ook vaak weer teruggaat naar de eigen regio. Als het hier gebeurt, wordt er vaak een resocialiserende deeltijd aan de behandeling vastgeplakt. Deze duurt ongeveer 6 maanden. Daarnaast keren mensen terug naar hun eigen plek, of naar een beschermde woonvorm.

A: Oké. We willen nu graag een aantal vragen stellen over de behandeling in het algemeen hier. Hoeveel dagen in de week zijn mensen hier in behandeling?
R: Over het algemeen 5 dagen. En over het weekend zeggen we: in principe ga je in het weekend naar huis. Om daar hetgeen wat je hier leert ook inderdaad in je eigen praktijk te internaliseren.
A: En hoelang duurt een gemiddelde behandeling?
R: Voor beide programma's geldt dat de behandelduur tussen 9 maanden en een jaar ligt. Maximaal een jaar. Heel soms wordt het jaar overschreden, maar eigenlijk bijna nooit.
A: Oké. En hanteren jullie een bepaalde methodiek hier op de afdeling?
R: Ja, je werkt hier erg methodisch. We werken hier multidisciplinair en een van de belangrijkste behandelmiddelen is eigenlijk het therapeutisch milieu.
S: Oké.
R: Dus milieutherapie is eigenlijk een heel belangrijk onderdeel van de behandeling. Dan gaat het over samenwerken en samenleven. Alles wat je daarin tegenkomt is stof voor de therapie.
A: Ja, oké. En wat zijn de therapieën die jullie de cliënten aanbieden?
R: De therapieën zijn psychotherapie, sociotherapie, beeldende therapie, psychomotore therapie en muziektherapie. Dat samenleven en samenwerken binnen zo'n afdeling is van groot belang om de leermomenten uit te halen en zo concreet te maken. Je zou de afdeling een soort mini maatschappijtje kunnen noemen. Hier komen mensen alles in geconcentreerde vorm tegen wat ze anders ook hierbuiten tegenkomen.
S: Ja.
R: Het is dus enerzijds een ruimte waarin ze gedragspatronen leren herkennen en anderzijds een ruimte waarin ze kunnen oefenen met het doorbreken van gedragspatronen. Hier zou je kunnen zeggen dat het meer trainingsgerichte programma veel meer een ik- versterkend milieu is. Het andere milieu is enerzijds ik- versterkend , maar er zitten ook wat psychotherapeutische elementen in. Daar gaat het meer over het verkrijgen van inzichten.
A: Hmm, oké. En hoe worden cliënten in de subgroepen van deze programma's ingedeeld?
R: Er wordt gewoon gekeken waar er plek is en daar gaat iemand dan heen.
A: Dus eigenlijk is er tussen die drie subgroepen geen verschil, niet in de indeling of benadering?
R: Nee, geen verschil. Het enige wat we doen is dat, wanneer er mannen opgenomen zijn, deze bij elkaar in de groep proberen te plaatsen.
A: Is de behandeling opgedeeld in verschillende fasen?
R: Ja, allereerst is er de diagnostische fase, de eerste 6 tot 8 weken. In deze fase is nog wat aanvullende informatie nodig, zoals bijvoorbeeld kennismaking met het systeem. In de diagnostische fase wordt door stagiaires nog een aanvullend onderzoek gedaan. Maar je behandelt natuurlijk vanaf dag 1. Ook dan ben je al direct bezig met resocialiseren en het ontslag. Dus de diagnostische fase, behandelfase en dan kennen we ook de ontslagfase. Meestal zijn dat de laatste 2 maanden van de behandeling. Dan heeft iemand hetgeen hij of zij hier kan halen wel zo'n beetje behaald. Het is dan zaak te kijken of hetgeen hier behaald is, geïmplementeerd kan worden in de thuissituatie, in hoeverre iemand zich het echt eigen gemaakt heeft. Maar wat betreft het behandelaanbod verandert er voor de mensen helemaal niks. Het programma zoals het aangeboden wordt is vanaf dag 1 tot de laatste dag helemaal hetzelfde.
A: En zijn er in de behandeling ook momenten waarin alle groepen bij elkaar komen?
R: Ja, daar hebben we een aantal groepsmomenten voor. De huisvergadering, iedere week een cliënten staf bespreking, en de rode draad groep.

A: Wat is een rode draad groep?
R: Tijdens deze Rode draad groep worden uitslagen door de cliënten teruggekoppeld naar het behandelteam. Doel van deze groep is met name het helder houden van de rode draad in de behandeling.
A: Oké, dat klinkt als heel nuttig. Heeft u verder nog aanvullingen over de behandeling in het algemeen?
R: Wat wel aardig is om te vermelden is dat de behandeling gefundeerd is op drie pijlers bij ons. De drie pijlers zijn: gedragsverandering, sociaal functioneren en maatschappelijk functioneren. Dus iemand komt met een probleem en daar gaan we aan werken. Maar daarbij zullen we ook altijd proberen de andere pijlers te versterken. Hierbij zie je dat sommige mensen eigenlijk gedragsmatig niet in staat zijn om echt te veranderen. Maar bij hen kun je wellicht wel het sociaal en maatschappelijk functioneren versterken. Hierdoor kan de cliënt aan het einde van de behandeling toch minder klachten hebben. Dat is een belangrijk uitgangspunt.
A: En wordt dat bij allebei de programma's zo toegepast?
R: Ja, dat wordt bij alle behandelingen op die manier gehanteerd. Dat heeft ook implicaties voor wat jullie noemen de resocialiserende fase, de laatste fase. Je zet het dan echter al in het begin van de behandeling in. Bijvoorbeeld kijkend naar het maatschappelijk functioneren: zijn er nog lijntjes met werk of zijn er zaken op dat gebied die nog uitgezocht moeten worden? Het is dus niet zo dat wij alleen kijken naar het probleem van de cliënt en pas als het probleem behandeld is kijken wat nodig is om terugkeer in de maatschappij mogelijk te maken. Deze zaken moeten allemaal naast elkaar gelijk beginnen.
A: Welke disciplines zijn bij deze groep aanwezig?
R: Psychotherapeuten.
A: En wordt dat dan eens in de week gegeven?
R: Ja. Een aantal cliënten staan centraal, maar het wordt, zoals in de meeste groepstherapieën, zo gauw mogelijk breed getrokken naar de gehele groep. Dit gaat vaak over fenomenen van: eigenlijk ben ik even kwijt waarvoor ik hier eigenlijk kwam. Er zijn heel wat mensen die daar last van hebben. Dan ben je hier en dan denk je: eigenlijk is het hier best lekker. En dan voel je het probleem niet meer, het is eigenlijk alsof het er niet is.
A: Oké, dat klinkt als een zeer nuttige groep.

<u>De ontslagfase</u>
S: Oké, dan denk ik dat we nu een vrij volledig beeld hebben over jullie behandeling. Dan willen we nu wat concreter ingaan op de ontslagfase. Kunt u iets vertellen over hoe deze er hier uit ziet?
R: Daar kan ik iets over zeggen, maar daar zit meteen de dubbelheid in. Omdat wij van mening zijn dat je de zaken die hiermee samenhangen al direct in het begin van de behandeling in moet zetten en dus niet pas in de ontslagfase. Toch is de laatste fase wat meer gericht op datgene wat je leert te implementeren in de thuissituatie. Cliënten kunnen bijvoorbeeld een extra vrije dag hebben om thuis zaken te regelen of op poten te zetten, bijvoorbeeld weer thuis sporten in plaats van hier. Zo maak je de overgang wat vloeiender. Plus dat je bijvoorbeeld de resocialiserende deeltijd inzet om de overgang wat soepeler te maken. Ik weet niet of Transit daar aan meedoet, maar wij meten de effecten van de behandeling, nadat iemand weg is. En wat we zagen was dat deze effecten verschilden per programma. Bij een trainingsgerichte programma zag je dat mensen een bepaald niveau hadden bereikt, terug zakten en vervolgens wel weer op dat niveau terug kwamen. En om dat gat wat zachter te maken, is er de resocialiserende deeltijd. Zo hopen we de mensen

toch wat geleidelijker terug te kunnen zetten in hun eigen omgeving.
A: Welke elementen vindt u tijdens de ontslagfase belangrijk?
R: Woonruimte is van groot belang, iemand moet onderdak hebben. Een plek waar de cliënt in de weekends heen kan, om ook dan aan de slag te gaan met waar men hier in de kliniek aan werkt. Dat wordt vaak direct met iemand opgepakt in het begin van de behandeling. Soms is het zelfs zo dat je aan het begin zegt: het verkrijgen van woonruimte is zo'n belangrijk punt, dat dit momenteel jouw meest belangrijke doelstelling. Dan pas komt de behandeling ook echt in beeld.
Ook sociale contacten zijn erg belangrijk. In de eerste 6 tot 8 weken wordt een sociaal netwerkanalyse gemaakt. Dit is een belangrijke analyse om te kijken wat de doelstellingen op het gebied van sociaal functioneren zijn. Is dat vooral het in stand houden van dat wat je hebt of het juist weer opbouwen van een sociaal netwerk en initiatief nemen in het onderhouden van contacten? Dat soort doelstellingen worden meteen in het begin van de behandeling gesteld. Er is ook iedere week een MO (maatschappelijke oriëntering). Daarin staan vooral wonen, werken en sociale contacten centraal.
A: Is dit een groepstherapie?
R: Ja, dat is een groepstherapie.
A: En door welke discipline wordt deze groep gegeven?
R: Een sociotherapeut.
A: Oké.
S: Zijn er zaken die u graag verbeterd zou zien in de huidige ontslagfase binnen Scelta?
R: Ik ben dan geneigd te zeggen dat wij de ontslagfase meer actueel zouden moeten houden. Dus ook in het begin van de behandeling. Er zit een soort dubbelheid in. Enerzijds zeg je: dat loopt de gehele behandeling door, anderzijds hebben we wel een ontslagfase. En je ziet ook wel bij cliënten dat aan het einde van hun behandeling een aantal zaken niet geregeld zijn, bijvoorbeeld wat betreft (vrijwilligers)werk. Als ik nadenk over verbetering denk ik veel meer over het doorzetten van die lijn, want dat soort zaken zijn echt heel belangrijk. Dat punt wordt nog steeds wel onderschreven, dat zijn toch wel belangrijke, helende factoren. Dat is hetzelfde als je zegt: weer werken is helpend, niet werken daar wordt je ook ziek van.
S: We vroegen ons ook af in hoeverre u ook kunt oordelen over de tevredenheid van cliënten over deze opbouw?
R: Daar kan ik weinig over zeggen. Je kan alleen iets zeggen over het eindoordeel van cliënten. Cliententevredenheid wordt gemeten. Maar over de verschillende fases, dat weet ik niet. Als ik kijk naar de cliënttevredenheid, zie ik dat aspect niet heel specifiek terugkomen.
A: Zijn jullie momenteel bezig met ontwikkelingen omtrent de ontslagfase of de aspecten die hiermee te maken hebben?
R: Niet specifiek. Over het algemeen durf ik te zeggen dat er een grote tevredenheid bestaat met hoe het nu gaat. De laatste stap die we daarin gemaakt hebben is het starten van een resocialiserende deeltijd behandeling.
A: En hoe ziet die deeltijdbehandeling er ongeveer uit?
R: Deze vindt 2 keer in de week plaats, maandag en woensdag. Waarbij bewust gekozen is voor 2 niet- aaneengesloten dagen. Bij deze resocialiserende fase is de eis gesteld dat de cliënt minimaal 3 dagdelen werk moet hebben of een opleiding moet volgen. In sommige gevallen zeggen we ook dat mensen die kinderen opvoeden, deze taak ook als werk kunnen zien. Maar we zijn wel van mening dat een cliënt niet kan profiteren van zo'n resocialiserende behandeling als hij of zij hier niet mee bezig is. Daarnaast is het zaak om datgene dat je in de kliniek geleerd heb in stand te houden. Het gaat tijdens deze behandeling ook over zaken

waar men in het dagelijks leven tegenaan loopt.
S: Oké. Zoals we aan het begin van dit gesprek al zeiden, is het de bedoeling dat wij straks een soort module gaan ontwikkelen, die zich richt op het terugkeren in de maatschappij. We vroegen ons af: wat vindt u daar nou heel belangrijk in? Welke elementen zouden terug moeten komen?
R: Ja, ingewikkeld. Want ik denk: moet je dat nou in een module doen of moet dit veel meer geïntegreerd zijn in het behandelaanbod? Ik zou het laatste zeggen. En wat zijn resocialiserende thema's? Dan gaat het vooral over wonen, werken en sociaal functioneren. Dan is het een beetje afhankelijk van de doelgroep. Het probleem bij mensen met een persoonlijkheidsproblematiek zit hem vaak in de interactie met anderen. Met werken is dat dan bijvoorbeeld het samenwerken met anderen. Of het contact tussen de beiden partners als het om samenwonen gaat. Ik hoor dat ook jullie cliënten de weekenden thuis doorbrengen. Wij zeggen: zo'n weekend is niet vrij, het hoort wel bij de behandeling. Dus kijken waar je in zo'n weekend tegen aanloopt en wat je hier in anders kan doen. Dat betekent dat die maatschappij voortdurend binnenkomt. Dat doe je dus bij de socio en MO, plus dat wij daarnaast nog MR (Maatschappelijke re-integratie) hebben. Dit is meer een thema- uur, waarin wat grotere thema's aan de orde komen. Daar gaat het bijvoorbeeld om werk, gaten in het cv en hoe je hiermee omgaat. Soms zit daarin ook het aanbod van een sollicitatietraining. De MR wordt wekelijks aan de grote groep aangeboden door een maatschappelijk werker en sociotherapeut. Er wordt ook veel gebruik gemaakt van gastdocenten. En dat is dan niet altijd voor iedereen even interessant, maar mensen kunnen elkaar ook altijd helpen en zo van elkaar leren.
A: Wordt dit aan beide programma's aangeboden?
R: Ja, beide programma's haken ook echt in op maatschappelijk functioneren, sociaal functioneren en gedragsverandering. En dat soort thema's in de MR zijn ook echt thema's die betrekking hebben op de ontslagfase. Naast MR hebben we ook nog DaAr: Dagactiviteiten in de Arbeidsre-integratie. Ook dit start direct aan het begin van de behandeling, met wordt dan gekoppeld aan een routecoach. Dit kan heel nuttig zijn voor mensen die nog steeds niet weten wat ze willen. Bij mensen die wel weten wat zij willen, wordt gekeken of zij dan al een lijntje kunnen maken met bijvoorbeeld vrijwilligerswerk. Deze begeleiding kan zelfs nog doorlopen tot na de behandeling. En het kan ook overgenomen worden door een routecoach in een andere regio. Bij ons blijft het programma aanbod dus gelijk gedurende de hele behandeling. Het enige dat we doen is dat het geleerde binnen de kliniek toegepast moet worden in de eigen situatie. Dit is tijdens de therapieën in de ontslagfase dan ook de focus. Het gaat dan dus niet meer om wat men allemaal in de kliniek tegenkomt, maar veel meer om wat men daarbuiten tegenkomt.

<u>De afsluiting</u>
A: Ik denk dat we zo al heel veel informatie hebben over de behandeling in het algemeen en aspecten uit de ontslagfase.
R: Het is ook ingewikkelde materie. Het is ook niet alleen dat laatste stukje, er komt zoveel meer bij kijken. Het gaat uiteindelijk niet om het therapeutisch proces, maar om eindresultaten. We zijn nu ook bezig met harde resultaten, bijvoorbeeld wanneer het om werk of studie gaat. En wij zouden eigenlijk wel toe willen naar harde resultaten die we kunnen tonen naar zorgverzekeraars en de maatschappij. Het moet ook iets opleveren; maatschappelijk meedoen. Maar dit is voor ons ook nog een proces en een zoektocht.
S: Volgens mij is alles ter sprake gekomen, waarover wij informatie wilden. Had u zelf nog aanvullingen?

R: Nee, ik vond het wel leuk. Ik heb niet zo vaak van deze gesprekken. Ik krijg wel eens vragen, maar die zijn dan zo onduidelijk, dat ik er niet op in ga. Ik vond jullie vraag duidelijk en vind het ook goed dat jullie van te voren aangaven wat jullie van mij wilden en wat er voor mij inzat: de eindresultaten.
A: We vonden het ook erg fijn dat u mee wilde werken. Bedankt voor uw tijd.
R: Graag gedaan.

Interview Geert de Haan (en manager), afdeling de Horts, GGZwnb 16-03-2009

H= Geert de Haan
M= De manager
S= Sjanien Oort
A= Anneke Dooijewaard

Introductie

A: Wij zijn Sjanien Oort en Anneke Dooijewaard en zitten momenteel in het vierde jaar van de SPH. Tijdens ons laatste jaar werken wij aan ons afstudeerproject, dat wij doen in opdracht van de Transit Kliniek, Meerkanten.
Vanuit de Transit kliniek hebben wij de vraag gekregen onderzoek te doen naar hun huidige ontslagfase en te onderzoeken hoe wij deze kunnen verbeteren, zodat cliënten beter worden voorbereid op hun terugkeer binnen de maatschappij.
Onze doelstelling luidt als volgt: we willen onderzoeken waar behoefte aan is tijdens de laatste fase van de behandeling om de terugkeer in de maatschappij makkelijker te maken. En dan is onze doelstelling om op deze behoefte in te spelen en een onderdeel aan de ontslagfase toe te voegen bij Transit. Onze hoofdvraag is uit te zoeken wat nodig is om de cliënten binnen de Transit kliniek beter voor te bereiden op hun terugkeer binnen de maatschappij. Daarnaast hebben we verschillende deelvragen opgesteld. Eén deelvraag heeft betrekking op het behandelaanbod tijdens de ontslagfase van andere instellingen. Ons doel van dit gesprek is dan ook hierover kennis bij u te vergaren en te horen hoe dit binnen jullie afdeling bij GGZwnb geregeld is. Naast de interviews bij instellingen, nemen we ook interviews af met het team binnen Transit en de cliëntengroep.
H: Oké.
A: We hopen door het gesprek ideeën op te doen en bepaalde elementen mee te kunnen nemen in ons eindproduct. Indien u hier behoefte aan heeft, kunnen wij de uitkomsten van ons onderzoek met u delen.
H: Oké, prima. Ik ben dan inderdaad ook wel benieuwd naar de uitkomsten.
A: Wat is uw functie binnen deze instelling?
H: Ik ben verpleegkundig specialist. En sinds een jaar ben ik als zodanig ook werkzaam. Ik ben als behandelaar betrokken bij Horst 1. Horst 1 is een unit van vier cliënten, later kunnen we hier meer inhoud aangeven. Verder doe ik een aantal projecten. Sinds januari ben ik projectleider van dwang en drang en probeer ik ook het ervaringsdeskundigheden verhaal op gang te brengen. Deze zaken hebben een basis voor het verminderen en terugdringen van separaties. Daarnaast zijn er nog tussendoortjes; teamdagen, coaching van teams en geef ik lessen bij scholen.
S: Het doel van dit gesprek is dan ook te kijken wat andere instellingen doen aan die ontslagfase en welke elementen kunnen wij daarvan gebruiken? Dit gesprek is daar een onderdeel van en vorige week hebben wij een gesprek gehad bij GG- net.
H: Wie hebben jullie daar gesproken?
A: Erik Rekers.
H: Nee, die ken ik niet.
S: En nadat wij deze gesprekken gehad hebben, zetten we onze ideeën op papier en gaan we met het team van Transit rond de tafel zitten. Dan gaan we na wat hun ideeën zijn en wat zij graag willen zien. Dan leggen wij hen onze ideeën voor, zodat zij daar ook hun mening over kunnen geven. Zij moeten er uiteindelijk toch mee werken. En als we dat gedaan hebben, willen we ook graag de mening van cliënten horen.

H: Zeer belangrijk.
S: Ja, inderdaad. We leggende cliënten voor wat voor ideeën wij hebben en vragen ook van hen ideeën. Uiteindelijk leggen we alles bij elkaar en komt er een eindresultaat uit.
In dit gesprek gaan we eerst een aantal vragen stellen over de doelgroep, de afdeling en vervolgens over de behandeling en uiteindelijk waar het voor ons om draait: de ontslagfase. We denken dat het maximaal een uur zal duren.
H: Ik heb om 2 uur pas een volgende afspraak. En om 12 uur schuift de manager ook aan en kunnen we lunchen.
A: Oké, prima.

<u>De afdeling</u>
S: Zou u eerst iets kunnen vertellen over deze klinische afdeling?
H: Ja, GGZwnb regionaal verzorgingsgebied westelijk Noord-Brabant. En deze afdeling valt onder de langdurige zorg. In die langdurige zorg, even teruggaan naar 2 tot 3 jaar geleden, was de start van het project 'een ernstige zieke laat je niet alleen' het uitvloeisel van de hele gedachtegang van hoe we de separaties terug konden dringen. Naar aanleiding daarvan hebben we in de langdurige zorg gezegd: we hebben een aantal cliënten, waar het verschrikkelijk lastig mee is om mee te werken. Het zijn mensen die al diverse keren stukgelopen zijn op een team, of waar het team mee stuk gelopen is. Het is maar net hoe je het bekijkt, het heeft altijd twee kanten. Het resultaat van dat stuklopen is wel heel veel separaties, rottigheid en strijd. Dat willen we niet, maar de vraag is: wat willen we dan wel? Toen hebben we gezegd: we willen meer gaan onderzoeken. Dus kijken wat er in de literatuur en de praktijk te vinden is. Nou, daar is wat te vinden. Ook in de praktijk; denk aan de Gelderse Roos, waar ze geen separeer meer kennen. Als dat dus daadwerkelijk mogelijk is, moeten wij dat ook kunnen. Dan moeten we wel eerst gaan kijken wat belangrijk is tussen de relatie cliënt en hulpverlening. Wat je dan ziet, in zowel de literatuur als de praktijk, is dat het vertrouwen in de hulpverlening bij deze cliënten volstrekt weg was. Dat was dus de focus. Het zijn mensen die absoluut niets meer met de hulpverlening te maken willen hebben, zichzelf ernstig beschadigen en ook de nodige suïcidepogingen al achter de rug hebben. Hoe kunnen wij er op een andere manier voor zorgen dat mensen meer perspectief krijgen? Het ging om langdurig en gedwongen opgenomen cliënten. Uit de literatuur blijkt dat pro-actief en continu erbij zijn effectief. Er moet continu fysiek contact zijn en dat contact moet dan ook nog eens actief zijn, je ziet wat en daar moet je wat mee doen. En dat pro- actieve betekent dat je in een heel vroeg stadium al met de cliënt in onderhandeling gaat van; ik zie wat, hoe zit dat? Dat onderhandelen zal bekend zijn vanuit de rehabilitatie en herstel. Dat is ook het fundament binnen de langdurige zorg van de visie op de zorg rehabilitatie en herstel. Onderhandelen met iemand die zegt 'zoek het uit, ik heb met jullie niets te maken' is lastig. Dus je zit eigenlijk als begeleider in een soort spagaat: je bent aan het bewaken, maar je wil ook laten zien dat je wel betrouwbaar bent. Als ik wat met jou afspreek, dan doe ik dat ook, ik let op je, ik zorg voor je en als jij wil dat ik van jou afblijf, dan doe ik dat. Maar de grens ligt bij ons als het om leven of dood gaat. Dan zou voor ons een grens gepasseerd worden. Dus alles is onderhandelbaar, behalve dat. Dus wat je dan ziet is dat, dat halen we ook uit de gesprekken met cliënten terug, de eerste 3 weken ze ons wel kunnen wurgen. Omdat we ze constant op de huid zitten. Maar heel belangrijk is daarbij dat je afspraken nakomt. Als we vragen wat iemand nodig heeft, wat onze manier van werken is. Iemand kan aangeven wat hij of zij nodig heeft en dan kun je het zo gek niet bedenken of wij zullen zorgen dat het gebeurt. Tenzij wij redelijkerwijs zeggen dat het niet kan, maar wij gaan daarin wel ontzettend ver. Als iemand om 12 uur 's nachts zegt 'ik red het niet meer', dan vragen we wat hij of zij

nodig heeft. Als het zou kunnen helpen wanneer iemand de komende uren bij jou blijft, dan gaan we dat ook regelen.
S: Is dat dan vanuit het oplossingsgericht werken?
H: De bedoeling is dat wij niet de oplossingen aanreiken, maar eigenlijk, bijna letterlijk, naast de cliënt gaan zitten. De presentietheorie, van Andries Baard. Zijn theorie moet in het rehabilitatieverhaal haast deel uitmaken. Hij zegt dat je als begeleider onvoorwaardelijk aanwezig behoort te zijn. Je kijkt niet op eenzelfde manier als de cliënt, maar je probeert om zijn belevingen en zijn waarneming helder te krijgen en met jouw deskundigheid de goede vragen te stellen. Zo ondersteun je de cliënt in het zoeken van eigen oplossingen, die anders zijn tot nu toe.
S: En hoeveel cliënten zijn er binnen deze afdeling opgenomen?
H: Dat zijn er momenteel 4. Inmiddels hebben 4 mensen elders weer een plek gekregen. Daarvoor zijn 4 anderen weer in de plaats gekomen.
S: Welke disciplines zijn hier werkzaam?
H: Begeleiders, dat zijn dus verpleegkundigen en agogisch geschoolden. Een psychiater en een verpleegkundig specialist als behandelaar. Dat is het kernteam. Daarnaast zijn er psychomotore therapeuten, bewegingsagogen, activiteitenbegeleiders en een maatschappelijk werker.

<u>De doelgroep</u>
S: U vertelt dat zelfbeschadiging hier veel voorkomt. Wat zijn hierbij de psychiatrische ziektebeelden waar jullie cliënten mee te maken hebben?
H: Mensen verblijven maximaal 2 jaar op deze unit, het is de intensive care unit, een gesloten afdeling. Elders zijn oplossingen tot nu toe niet mogelijk geweest of het antwoord sluit niet aan op de vraag. Bij 7 van de 8 mensen ligt posttraumatische stressstoornis en borderline persoonlijkheidsproblematiek. En bij een enkeling is sprake van verslavingsproblematiek met als gevolg acting out en agressief gedrag. Zeer ernstige agressie.
S: En wat zijn de leeftijden van deze cliënten?
H: Het zijn met name cliënten tussen 18 en 50 jaar. Er zit toch wel wat verschil in ja. Bij de groep waar we mee startte lag de leeftijd tussen de 18 en 35. En er zijn nu 2 wat oudere cliënten bij gekomen.
S: Hoe is de verdeling tussen mannen en vrouwen?
H: Tot nu toe zijn het 7 vrouwen en 1 man. Dat is toch bijzonder. De doelgroep was voor ons langdurig psychotische stoornissen en/of persoonlijkheidsproblematiek en dan hoorde daar uiteraard het langdurig in zorg zijn met veel acting out gedrag bij, waarbij het resultaat veel separaties was. Daar is eigenlijk nauwelijks aanbod in, maar het gaat om cliënten die in het velden de nodige trauma's opgelopen hebben.
A: Dus het is een kleinschalige afdeling met maar 4 cliënten?
H: Ja, dat klopt. Er is een onderzoek gepubliceerd dat kleine eenheden extra succes vol zijn.
A: U vertelde net dat 'de Horst' een gesloten afdeling is. Hoe zit dat met vrijheden van cliënten?
H: Als we zeggen dat we onderhandelen met de cliënt, dan moeten we hem ook vertrouwen geven. Dat betekent dat je ook risico's moet nemen en soms zijn die risico's enorm groot en we zijn ons ervan bewust dat we die risico's nemen. En we proberen ze dan ook zo goed mogelijk in te schatten. Dat betekent dat als we vinden dat iemand suïcidaal is, dat we dat ook sowieso tegen iemand zeggen. En dat we het daarom lastig vinden om hem of haar op dat moment vrijheden te geven. En daarover gaan we dan in gesprek. De cliënt kan hierin overtuigend zijn, maar ben ik niet overtuigd, en dan gaat het om leven en dood,

dan besluit ik om geen vrijheden te geven. En dat geeft af en toe behoorlijke conflicten. Maar het leuke is dat we steeds in gesprek blijven en dat is denk ik het wezenlijke verschil met veel andere afdelingen.
S: En over welke vrijheden hebben we het dan bijvoorbeeld?
H: Bijvoorbeeld dat iemand zelfstandig naar de activiteitenbegeleiding gaat, tot aan activiteiten buiten het terrein eigenlijk. We kijken dan hoe we het aan kunnen pakken, bijvoorbeeld met veel telefoon contactmomenten. Het komt ook voor dat wij cliënten behoorlijk ernstig beschadigd aantroffen. En terug op de afdeling ze niet de separeer in gingen en we oordeelden. En dat is wat we naderhand ook van cliënten terugkregen, dat was shocking; geen straf, maar ze gingen met mij in gesprek om te kijken wat ik wel nodig had.

<u>De behandeling</u>
A: We hebben nu een beeld van de doelgroep en de afdeling. We willen nu graag iets dieper ingaan op de behandeling die jullie binnen deze afdeling bieden. U vertelde al dat een behandeling maximaal 2 jaar duurt. Het is een gesloten afdeling en de cliënten. Klopt het dat de cliënten hier dan ook 7 dagen in de week opgenomen zijn?
H: Veelal wel ja. Het kan voorkomen dat iemand aan het afbouwen is en daardoor een aantal dagen thuis doorbrengt. Dat is dan wel in een verder stadium.
A: Kunt u vertellen hoe zo'n behandeling eruit ziet en welke therapieën de cliënten volgen?
H: De behandeling van de cliënten kent veelal individuele contacten: PMT, gesprekken met begeleider en behandelaar. Een half uur in de week is er een groepsgesprek, waarin en ook waarna, veel gebeurt. Daarnaast is het hier een therapeutisch leefmilieu, dus ook het samen leven hier, is onderdeel van de behandeling.
A: Is de behandeling ook opgedeeld in verschillende fasen?
H: Ja, dat is zo. Eerst vindt een intake, waarna gekeken wordt wat wij de cliënt te bieden hebben en of de cliënt hiervan gebruik wil maken. Zo ja, dan kijken we de eerste drie maanden hoe dat er uit moet gaan zien. We kijken dus wat we voor elkaar kunnen betekenen. Dan kan het ook zo zijn dat we na drie maanden tot de conclusie komen dat we elkaar niets te bieden hebben. Als dit het geval is geven wij de cliënt ook een advies. De 1,5 jaar erna werken we aan het komen tot overeenkomsten met de cliënt. Eens in de 3 maanden wordt dit geëvalueerd in een bespreking, waar de cliënt zelf ook bij is. Wat we willen benadrukken is dat we de communicatie open willen houden, dus zoveel als mogelijk directe communicatie. Elke 3 maanden bijstelling van het individueel behandelplan, begeleidingsplan en signaleringsplan. Dat laatste betreft automutilatie en suïcidepogingen. Zo kan de cliënt steeds eerder in staat zijn eerder in te grijpen.

De manager van de afdeling schuift ook aan bij het gesprek.

H: Zegt bureau de MAT interactievaardigheden jullie iets?
S + A: Nee, dat kennen we niet.
H: De training interactievaardigheden van dit bureau moeten onze medewerkers helpen om in dat onderhandelingsproces ook letterlijk naast de cliënt te gaan staan, wel vanuit je deskundigheid. En op termijn willen we ook de cliënten en de naast betrokkenen deze cursus aanbieden.
M: Het gaat dan ook om de interactie te visualiseren. Een mat, half groen en half rood waarbij je werkt met een tas die je overgeeft, de tas staat voor de boodschap.
H: Er zit heel veel in het betrekkingsniveau en dat moeten we helder krijgen.
Vervolgens hebben we die 1,5 jaar doorlopen, en dat kan ook korter zijn. In die laatste 3

maanden gaan we werken naar een ontslagfase. Dan wordt er verder gewerkt aan het helder krijgen van wat de behoefte is aan verdere hulpverlening. Daar hebben we geen standaard antwoord op. Dat zoeken we samen met de cliënt uit.
S: Wat zijn dan bijvoorbeeld na-trajecten die jullie cliënten volgen?
H: Dat verschilt sterk. Dat kan gaan om een andere klinische opname, een RIBW, maar ook terugkeer naar het eigen huis. Wanneer iemand naar een andere afdeling klinisch wordt overgeplaatst kijken we samen met de cliënt wat hij of zij nodig heeft om daar te aarden en contact te maken met de begeleiding en cliënten daar en om zich van ons te onthechten. Hechten en onthechten zijn dan ook zeer belangrijke aspecten. Als hulpverlener vereist dat betrokkenheid en tegelijkertijd professionele afstand. Valkuil hierin in bijvoorbeeld te veel voor de cliënt te zorgen. Dat spanningsveld is ook iets wat constant in overdrachten en reflectiemomenten terugkomen. Doe je dit nou omdat de cliënt het nodig heeft of is dat omdat de hulpverlener zo graag iets wil doen? Hechten, onthechten en de start maken om elders te hechten. Dat betekent ook dat het netwerk vreselijk belangrijk is. En voor mensen die klinisch zijn opgenomen, is het netwerk voor een deel deze afdeling. En voor mensen die naar buiten gaan is het ook kijken; hoe ga ik nou in mijn buurt kennismaken, ga ik contacten opzoeken, ga ik naar het buurthuis?
A: Wordt daaraan aandacht besteed tijdens de laatste fase van behandeling hier?
M: Ja, daar wordt aandacht aan besteed. En dat gaat zo ver, in die zin dat wij als begeleiding meegaan naar de vervolgplek van de cliënt, of huisbezoeken afleggen. Dit wordt in de tijd gedaan waarin overlap is tussen de vroege en late dienst. Die werken zo'n anderhalf uur samen en op deze manier benut je die tijd ook erg effectief.
H: En dat altijd er zijn voor de cliënt heeft natuurlijk ook te maken met gezien worden. Het negeren van iemand is zeer traumatiserend. Zoals begin jaren 90 gedaan werd bij zelfbeschadiging. Dat zul je ook wel terugzien bij Marscha Kroes, ervaringsdeskundige in zelfbeschadiging binnen de hulpverlening.
M: Wij betrekken de cliënt overal bij. Zoals de aanwezigheid bij behandelplannen. Nu willen we er ook aan werken dat de cliënt bij de rapportage aanwezig is. Niet uit een soort wantrouwen, maar uit samenwerking. Het voorbeeld van het opstellen van een individueel behandelplan. Dat is formeel zaak van de behandelaar. Maar ik ga dat niet doen zonder overeenstemming met de cliënt. Als de cliënt het er niet mee eens is, hebben we iets om met elkaar over te babbelen. Dan kunnen we het hebben over de problemen die ik waarneem. Dat zijn vaak geen normale reacties. Daar gaan we dn over in gesprek. Dit komt bijvoorbeeld voor bij cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis, die moeite hebben met deze benaming. Dan gaat het mij niet om dat etiket van borderline, maar om hetgeen wat ik waarneem en hoe de cliënt daar tegenaan kijkt. Wat gebeurt er in het contact met anderen waarom jij op en bepaalde manier reageert? Op deze manier hoeft het niet te gaan over het etiketje, maar over waar het eigenlijk over moet gaan.
M: Als ik iets mag zeggen over de ontslagfase, waar jullie eigenlijk voor kwamen, vraag ik mij af waarom het zo vastgelegd is.
A: We hebben een vraag gekregen vanuit Transit om onderzoek te doen naar deze laatste fase van behandeling. De behandeling is dus opgedeeld in drie fase, wenfase, behandelfase en ontslagfase. Vanuit Transit hebben we de vraag over wat er aan de ontslagfase toegevoegd kan worden aan deze fase om aandacht te besteden aan het afscheid nemen van de kliniek en terug te gaan naar huis (of een andere plek).
H: Bij ons wordt er gevraagd aan de cliënt wat hij of zij nodig heeft om zich elders te kunnen hechten en ons niet meer nodig te hebben?
A: Wordt dit individueel gedaan?

H: Ja.
A: Bij Transit ligt de nadruk van de behandeling meer op groepstherapieën dan op individueel contact. Het is daarom denk ik ook lastig om zoiets individueel te realiseren. Ook omdat het aantal cliënten een stuk hoger is, ook in verhouding met het aantal begeleiders.
M: Ja, maar dat kan ook op grootschaliger niveau. Iedere cliënt heeft de eigen persoonlijk begeleider en dan wordt er een plan gemaakt. Er wordt gekeken wat voor nazorg de cliënt nodig heeft. Zo zijn er cliënten van hier die naar een RIBW gingen en nog een half jaar contact hadden met de individueel begeleider van hier. Om iets af te bouwen en iets op te bouwen. Ik heb toen ook tegen Geert gezegd: het maakt mij niet uit hoe de cliënten met ontslag gaan, als het maar goed gaat. Dat kan ambulant contact zijn of contact blijven houden met de individueel begeleider die een tijd thuis gaat helpen. In de klinische zorg heb je altijd de tal- uren. Dat zijn de uren dat je wel werkt, maar iets minder. Bijvoorbeeld de overlap tussen de vroege en avond dienst. Als je die tijd nou eens gebruikt om ambulant de cliënten te ondersteunen en wees daar vrij in en dan kost het niks, maar je hebt wel extra zorg op maat.
A: Maar dan heb je het over cliënten die binnen de regio blijven. Want bij cliënten die elders ver weg gaan, wellicht terugkeren naar hun eigen woonplaats, is dit niet altijd haalbaar.
H: Dan heb je een praktisch probleem. En dat probleem hebben wij op kleinschaliger niveau ook. Bijvoorbeeld wanneer wij afspreken om te bellen of langs te komen, kan het best zijn dat daar iets tussen komt. Steeds zeggen wij als wij afspraken maken, we willen betrouwbaar zijn en onze afspraken nakomen, maar er kan iets tussenkomen. Maar dan bellen wij jou. En dat ligt vaak heel gevoelig. Bijvoorbeeld wanneer een afspraak niet wordt nagekomen. Dat is onlangs gebeurd nadat een cliënt bij ons met ontslag is gegaan en een belafspraak hadden en deze niet is nagekomen. Dat is echter toch heel wezenlijk, dat je toch ook in die afbouwfase opnieuw die betrouwbaarheid laat zien. Maar dat je tegelijkertijd toch ook bespreekbaar kunt maken dat dergelijke zaken ook in de samenleving voor zal komen. Daar zul je je ook op moeten voorbereiden en daar willen wij bij helpen.
M: We hebben hier bijvoorbeeld ook een transmurale opname afdeling. Mensen die ambulant zorg krijgen of in een RIBW voorziening zitten . Daar zijn 12 bedden, weet je hoeveel behandelaren we daar hebben? Soms wel 50. Iedere cliënt neem zijn of haar eigen behandelaar mee. Tijdens de crisis blijft de behandelaar de cliënt volgen en die zorgt ook weer dat de cliënt buiten komt.
A: Oké, en hoe gaat het op deze afdeling met sociale contacten, sport, studie en werk?
H: Die hangen samen met waar wij de streep trekken, dus veiligheid. We maken altijd de inschatting en die bespreken we met de cliënt. Dan kun je heel veel, dan kun je ook naar huis toe en de nachten daar ook verblijven als je wil. Geslotenheid betekent hier veel meer veiligheid: de buitenwereld even tegenhouden voor je. Dat wordt als heel beschermend ervaren.

<u>De ontslagfase</u>
S: We begrijpen dus dat jullie bepaalde elementen niet willen vastleggen, maar zeer individueel naar en met de cliënt kijkt naar de beste mogelijkheden.
H: Dat klopt inderdaad.
S: Wat zijn daarbij de thema's die jullie van belang achten, die te maken hebben met het ontslag?
H: Hierbij gaat het allereerst dus over het onthechten hier en het hechten op een nieuwe plek of thuis. Hieraan wordt veel aandacht besteed. Het vinden van een nieuwe plek is daarbij een belangrijk aspect. Ook hier kijken we weer heel individueel naar de cliënt en

passen de thema's aan op de behoeften van de cliënten.
A: Kunt u een aantal van deze thema's benoemen?
H: Hierbij gaat het om dagbesteding, sociale contacten en huisvesting. Daar wordt samen met de cliënt naar gekeken en aan de hand hiervan wordt met de cliënt besloten wat hij of zij daarin nog nodig heeft. Dan kan het bijvoorbeeld gaan om het opbouwen van contacten elders, waar ook wij nog een ondersteunende rol in kunnen spelen, mocht de cliënt dit prettig vinden. Maar het is dus niet zo dat wij dit in een protocol hebben vastgelegd, omdat wij de hulpverlening op de individuele cliënt willen aanpassen.

De afsluiting
S: Ik denk dat wij voldoende informatie van u verkregen hebben. Heeft u nog een advies voor ons, in het verdere werken aan dit project?
M: Probeer het niet teveel vast te leggen allemaal. Probeer het zoveel mogelijk aan te passen op de cliëntengroep.
A: Ja, dat vinden wij inderdaad ook belangrijk. Daarom vragen wij ook de cliëntengroep naar hun mening en ideeën.
H: Dat is iets heel belangrijks inderdaad.
S: Oké, dan willen we u bij deze heel erg bedanken voor uw tijd.
H en M: Graag gedaan en veel succes verder!

Groepsgesprek met het verpleegkundig team van de Transit kliniek 18-03-2009
Aanwezig: Rina, Marieke, Corrie, Trees, Mandy en Tim.

R= Rina
M= Marieke
Man= Mandy
T= Trees
G= De groep verpleegkundigen
S= Sjanien
A= Anneke

Introductie
S: We zijn hier vandaag gekomen omdat we jullie graag willen betrekken bij ons afstudeerproject. Het is dan handig als wij jullie eerst iets vertellen over ons afstudeerproject, waaronder de doelstelling. We willen onderzoeken waar behoefte aan is tijdens de ontslagfase om de terugkeer naar de maatschappij te vergemakkelijken. Vervolgens willen we op deze behoeften inspelen door een onderdeel aan de ontslagfase toe te voegen. Onze onderzoeksvraag luidt: Wat is nodig om de cliënten van Transit tijdens de ontslagfase beter te ondersteunen in hun terugkeer naar de maatschappij. We hebben hiervoor twee instellingen bezocht. Deze kun je niet helemaal vergelijken met hier, maar het betreft wel een klinische setting. We wilden kijken wat zij in de ontslagfase aanbieden. Vandaag is het de bedoeling te horen wat jullie ideeën over (het verbeteren van) de ontslagfase zijn.
A: Voor ons onderzoek hebben we dus instellingen benaderd, om te zien hoe zij werken tijdens de ontslagfase van cliënten. Nu willen we jullie meningen en ideeën als team horen en daarna ook van cliënten. Vandaag is het idee om jullie mening over de huidige ontslagfase te horen, samen met jullie te brainstormen over mogelijke verandering tijdens de ontslagfase. Ook willen we onze bevindingen tot nu toe met jullie delen en daar jullie mening over horen. Is dit voor jullie duidelijk?
G: Ja, het klinkt helder.
M: Ik moet wel zeggen dat ik me er niet zo mee bezig heb gehouden, dus misschien stel ik een vraag dat je denkt…
A: Dat geeft niet, het gaat erom dat we het er nu samen over hebben en ideeën en meningen hierover uitwisselen. Dus zeg maar gewoon wat er in je opkomt of wat je denkt.

Meningen over de huidige ontslagfase
A: Het is nu zo dat wanneer cliënten in de ontslagfase komen, zij één of meerdere afbouwdagen krijgen. Verder zijn er in het therapieprogramma eigenlijk weinig veranderingen. Wat vinden jullie van deze huidige ontslagfase?
R: Iedereen krijgt in zijn ontslagfase de laatste doelen, dat is vaak voorbereiden op het ontslag. En bij de één betekent dat verhuizen en voor de andere betekent dat een andere behandelaar, noem maar op. Dus dat zijn dan de doelen waar ze zich mee bezig houden. Ik denk dat je hen daarin kunt steunen. Ik vind wel dat mensen die met ontslag gaan, hier een beetje alleen in staan. Ze doen het altijd alleen, het is een beetje een eenzaam bestaan. Dat is lastig, ze horen er niet meer helemaal bij. Ik denk het misschien wel eens handig zou zijn wanneer er een aantal vaste punten zijn voor iemand die met ontslag gaat, die ook in de groep besproken kunnen worden. En ik weet dat er vroeger iets van een ontslagfase groep was.
M: Ja, je had een groep. Daar hebben we het ook nog wel eens over gehad. Dat dan alle mensen die in de ontslagfase zitten, in die groep een vast moment hadden. En dat lijkt mij

wel goed inderdaad. Met mensen die in de zelfde fase zitten zeg maar.
T: Inderdaad ja. Het lijkt wel alsof alles gewoon doorgaat, de hulp aan iedereen. Maar ondertussen gaan zij wel iets heel moeilijks doen.
R: Ja, en wij hebben daar helemaal te weinig oog voor.
M: Ja, voor ons lijkt de ontslagfase ook al een beetje afscheid nemen, lijkt het wel.
R: Ja, maar je weet er ook te weinig van. Ik weet van bepaalde cliënten de situatie niet, van hoe hun huis er uit ziet en hun sociale netwerk bijvoorbeeld. Ik heb er geen beeld bij.
M: De behandelaar regelt het vervolg, dus daar ben je soms ook niet goed van op de hoogte. Daar houd je je eigenlijk niet mee bezig.
T: En feitelijk is het ook, nu heb je de stoel natuurlijk, maar eerder gingen mensen ook gewoon echt van een kliniek naar niets ofzo. En dat is best een overstap.
A: Dus kunnen we hieruit concluderen dat jullie niet geheel tevreden zijn over hoe de vormgeving van de huidige ontslagfase?
G: Nee, inderdaad niet.

<u>Ideeën ter verbetering van de ontslagfase</u>
A: Wat missen jullie in de huidige ontslagfase? Of wat zouden jullie graag anders zien?
M: Wat ik aan de ontslagfase van nu heel erg mis, is dat mensen afbouwdagen hebben, maar dat deze dagen eigenlijk niet per se gebruiken voor iets van vrijwilligerswerk. Iets gezonders zal ik maar zeggen.
A: Ja, zou jij het goed vinden wanneer hier samen met de cliënt gedurende de behandeling samen gekeken wordt naar mogelijkheden hiervoor?
M: Ja, dat zou ik sowieso wel goed vinden.
A: Dat was ook één van onze bevindingen, maar daar zullen we later wat uitgebreider op terugkomen. Hebben jullie nog meer ideeën ter verbetering van de ontslagfase? Net hoorde ik jullie over een soort van groepje met mensen die in de ontslagfase, bijvoorbeeld. Wat zijn jullie ideeën daarover?
R: Een groepje met mensen die in de ontslagfase zitten, die elkaar dan kunnen helpen zeg maar.
A: En dat zijn dan mensen uit verschillende groepen?
R: Ja, inderdaad. Net als je bijvoorbeeld de voorwerkgroep heb, heb je dan de ontslaggroep.
A: Oké, dat was inderdaad ook een idee waar wij op kwamen. Een soort van ontslaggroep. En heb je een idee wat er dan in die groepen besproken kan worden. Hoe kan dit worden vormgegeven?
R: Ik zou een aantal punten eruit pakken. Zoals: wat verwacht je van je omgeving als je weer thuis bent en hoe reageren? Zodat de cliënt zich hierop kan voorbereiden. En ik zou ook heel erg bezig willen zijn met: wat ga je doen, in het vooruitzicht dat je straks thuis bent.
T: Misschien ook iets van: wat doe je als het niet goed gaat? Misschien iets van een signaleringsplan ofzo.
A: Dus eigenlijk ook aandacht besteden aan hoe zij hetgeen ze hier hebben geleerd kunnen gebruiken in de eigen woon- en leefsituatie.
R: Ja. Ik weet trouwens dat er op de Rietschans een protocol is dat betrekking heeft op de ontslagfase. Bijvoorbeeld hoe de cliënt weggaat bij de afdeling, wat hieraan voorafgaat en wat de cliënt buiten de afdeling gaat doen.
T: In zo'n groep is dan ook ruimte voor de gevoelens die ontslag met zich meebrengen. Ik denk dat het wel heel eng is.
R: Ja, ook dat soort zaken bespreken, wat kom je tegen?

A: En als je dan zo'n ontslaggroep zou doen. Zou je dan net als in de voorwerkgroep willen werken met bepaalde thema's, of zou je het meer aan de cliënten laten, zoals de invulling van een sociotherapie met inbrengen van cliënten? Of hebben jullie andere ideeën over de invulling van zo'n groep?
M: Een combinatie lijkt me het beste. Ik denk dat je wel bepaalde punten voor jezelf helder moet hebben, als begeleiding. Dan kan nu ook in de voorwerkgroep. Aan de hand van thema's kan het ook persoonlijk worden.
A: Dan heb je dus van te voren een onderwerp vastgesteld en dan ligt het wellicht ook aan de groep cliënten hoe dit vorm wordt gegeven?
G: Ja, inderdaad.
T: Maar de ontslagfase: hoe lang duurt die precies?
A: Zo'n 10 tot 12 weken.
T: Want dan zou je een x aantal thema's kunnen vaststellen. Want iedereen komt dan in ieder thema aan bod, dan kun je gewoon instromen zodra je de ontslagfase ingaat.
A: Ja, dat zou ongeveer het idee kunnen zijn. Heeft iemand van jullie misschien uit eerdere werkplekken ervaring met dergelijke groepen in de ontslagfase?
R: Ik ken wel het protocol van de Rietschans, maar verder niet.
Man: Ik heb in de chronische psychiatrie gewerkt, dus die mensen werden of overgeplaatst of ze bleven langdurig. Dus daar werd eigenlijk weinig aan gedaan.
M: Ik heb op de detox gewerkt. Mensen gingen een andere behandeling aan of ze gingen de wijde wereld weer in. Ik heb niet het idee dat daar genoeg aandacht besteed werd aan zaken omtrent ontslag. Want op zich denk ik dat dit daar ook heel goed geweest zou zijn.
R: Zodra iemand de ontslagfase ingaat zou je eigenlijk, zaken (nog) meer moeten betrekken op de thuissituatie. Zoals het signaleringsplan.
A: Ja, dat is ook een goede.
R: Dat heb ik toen ook met een cliënt van mij gedaan.
A: Oké, hebben jullie verder nog aanvullingen wat betreft ideeën en verbeteringen ten aanzien van de ontslagfase en de elementen die daarmee samenhangen?
R: Nou, ik zou ook wel wat meer structuur willen zien in de ontslagfase. Wat betreft er allemaal gedaan moet worden en wanneer. De afbouw van contacten bijvoorbeeld, met behandelaren, IPB'er en in de groep. Ook op de kliniek: waar neem je wanneer afscheid? Je zou eigenlijk een overzicht moeten hebben van die 10 weken. In die week doe je dit en in die week doe je dat.
M: Misschien is het een idee een soort folder te maken over de ontslagfase, waar ook dit soort zaken in beschreven staan.
A: Ja, dat is een goed idee. We hebben nu een aantal van jullie ideeën gehoord: met name het stimuleren van vrijwilligerswerk, het vormen van een ontslaggroep en het aanbrengen van meer structuur zouden jullie als een aanvulling zien binnen de behandeling en de ontslagfase.

<u>Onze bevindingen en meningen hierover</u>
A: Nu houden we ons al enige tijd bezig met dit project en hebben we ook een aantal gesprekken gehad bij andere instellingen. Tijdens deze gesprekken kwam naar voren dat het belangrijk is niet alleen te kijken naar de ontslagfase, maar bepaalde thema's ook in de verder behandeling meer naar voren te laten komen. We willen onze bevindingen met jullie delen en hierover graag jullie mening horen. Ook kunnen we er wat dieper op in gaan, om te kijken hoe aan de ideeën vorm gegeven kan worden. Onze bevindingen komen veelal overeen met jullie ideeën. Allereerst denken we dat het goed zou zijn om vrijwilligerswerk te

stimuleren, zoals jullie eerder ook al noemden. Om het vrijwilligerswerk wat meer te stimuleren. Hiervoor is meer en een duidelijker aanbod nodig in vrijwilligerswerk. Dit kan door hier een sociale kaart van te maken en contacten met instellingen of instanties te onderhouden. Hiervoor zou één persoon verantwoordelijk kunnen zijn, zodat deze dat kan coördineren.
Man: Lyanne neem ik aan dan.
R: Ja, dat is voor het maatschappelijk werk.
A: En dat die ook contact houdt en goed op de hoogte is en dat je cliënten dan ook beter iets aan kan reiken.
Man: Het moet ook meer bij ons leven, denk ik.
A: Ja, we hadden dan bijvoorbeeld ook het idee om hier op een plek op het prikbord allerlei foldertjes te hangen met de mogelijkheden van vrijwilligerswerk. Met telefoonnummers enzo. Iets zichtbaars waar ze tegen aan kan lopen. Daarbij kun je bijvoorbeeld ook de cursus 'samen deskundig' ophangen, die cliënten hier aan hulpverleners kunnen geven. Allerlei van dat soort dingen.
R: Ja, inderdaad! Dat multitoon bijvoorbeeld. Er zijn al zoveel verschillende plekken bij multitoon alleen al.
M: Nou, dat zou ik bijvoorbeeld niet eens weten.
R: Ja joh, het is heel Veldwijk dat daar zit.
M: Oh, maar dat zijn echt stageplekken?
R: Ja, mensen die vrijwilligerswerk doen of elkaar daar zien, of terug gaan in de maatschappij.
C: Maar als cliënten nou in Amsterdam wonen, zie ik ze hier niet zo gauw heen gaan om vrijwilligerswerk te doen.
R: Nee, het is ook in de ontslagfase.
A: Het zou tijdelijk kunnen zijn. Maar van daar uit kun je dan ook kijken wat er in de eigen woonplaats van de cliënt is. Het is toch voor het zelfvertrouwen ook goed om tijdens de behandeling hier met zoiets bezig te zijn. En van daaruit kijk je naar latere mogelijkheden, voor na het ontslag.
R: Dan zou je eigenlijk ook naar zo'n rehabilitatieafdeling moeten kijken. Want die hebben natuurlijk allemaal adressen. Zoals 'de Ganzenhof' en in Harderwijk zit ook zoiets. Ik weet dat de Rietschans ook veel stageplekken heeft.
M: Dat zijn al mensen die gewend zijn om met mensen van Meerkanten te werken.
R: Dan hoef je daarin ook minder uit te leggen. Dat gaan we natuurlijk ook steeds regelmatiger krijgen. Want cliënten die hier in behandeling zijn, zijn hier natuurlijk ook best lang.
M: Want volgens mij word je er ook niet echt beter van als je ook gewoon hele dagen hier in de kliniek zit. Ik heb het gevoel dat hier vooral de therapie heel erg leeft. Ik zou wel een dag therapievrij willen en dat iedereen dan vrijwilligerswerk gaat doen. Ik denk dat dit geen kwaad zou kunnen.
R: Ik denk dat heel gezond zou zijn voor de cliënten.
M: Ja, en voor je zelf vertrouwen, dat zei iemand net al, is het wel heel goed.
R: Ja, binnen de kliniek raak je helemaal vervreemd.
T: De stap wordt dan ook steeds groter om werk of studie weer op te pakken.
Man: En moeilijker ook.
A: Oké, dan zijn we het erover eens dat vrijwilligerswerk meer gestimuleerd moet worden binnen de afdeling.
G: Ja, zeker.

R: Ja, de cultuur hier moet veranderen. Wij zitten direct in de ziektes. En als iemand opgenomen wordt, zouden we meteen moeten zeggen: weet je, je bent nu hier opgenomen en je hebt hier een wereld, maar de wereld buiten blijft ook en gaat gewoon door. Daar moet je ook deel aan blijven nemen. Waarschijnlijk is je opname lang en is het lastig, maar blijf daarmee in contact. Ik denk dat we daar gewoon veel meer aandacht aan moeten besteden. En niet alleen wij, iedereen.
G: Ja, inderdaad.
A: Oké, dat is inderdaad een belangrijk punt.

A: Dan hadden we nog een idee, dat ook al door jullie genoemd werd: de nawerkgrop of ontslaggroep. Tijdens deze groep kunnen een aantal vaste thema's besproken worden. Dus bijvoorbeeld 10 weken, iedere week een thema. Op die manier kan iedereen instromen en krijgt dan wel ieder thema mee.
R: Ja, dat vind ik wel belangrijk. Dat iedereen op elk moment in kan stromen.
S: En dan is er wellicht ook ruimte voor cliënten om zelf een thema in te vullen.
R: Ja, dat ligt ook aan de groep. Het zal misschien best wel eens 1 op 1 zijn.
M: Dan zou je eigenlijk minder thema's dan weken moeten hebben.
A: Dan zou je dus kunnen zeggen, 8 thema's in 10 weken en de overige 2 weken kan vrij door cliënten worden ingevuld.
G: Ja, inderdaad.
A: Tijdens het wenthema, waarmee het dan enigszins te vergelijken is, bespreken verschillende disciplines een bepaald thema. Hoe zouden jullie dit willen zien bij een ontslaggroep?
G: Ook verschillende disciplines.
A: Ja, inderdaad. En bij andere instellingen hebben we ook gezien dat zij gebruik maken van gastsprekers. Bijvoorbeeld iemand die ergens anders veel van weet, bijvoorbeeld over een RIBW, wanneer er net twee cliënten zijn die na hun behandeling hier naar een RIBW gaan. Zo houd je het ook cliëntgericht. Dan kan het best heel zinvol zijn om daar het uur, of net hoelang de groep gaat duren, aan te wijden.
R: Ja, dat zou heel zinvol zijn.
M: Ja, en dan ook richten op vrijwilligerswerk enzo.
A: Ja, inderdaad.
M: Ik wilde hier ook nog even iets over vragen. Want deze groep is dan voor cliënten die in de ontslagfase zitten? Dus niet na de ontslagfase? Want dan zou je ervoor kunnen kiezen om de groep door te laten lopen.
A: Ja, dat idee is er bij ons wel. We zouden ook graag willen horen wat jullie mening hierin is. Nu cliënten ook vanuit de kliniek naar de deeltijd of de stoel gaan, zou je kunnen zeggen dat zij in hun eerste weken deeltijd ook nog deelnemen aan de ontslaggroep. Ik denk dat het dan wel specifiek om die groep mensen gaat die deeltijdbehandeling binnen Transit volgen, omdat mensen er anders heel lang voor moeten reizen en dat kun je ook niet verwachten. Je zou bij anderen de mogelijkheid wel kunnen benoemen.
R: Dus mensen die hier op de stoel zitten?
A: Ja, het gaat dan om de mensen die hier deeltijd of ambulante behandeling krijgen.
T: Ja, ik denk dat er sowieso behoefte aan is. Tenminste, als je kijkt naar de mensen die nu vanuit de kliniek naar een stoel gegaan zijn. Ik denk dat zij het heel prettig hadden gevonden.
A: Ja, en dan kunnen zij ook iets zeggen over hoe het thuis gaat, want zij zijn dan al de hele week thuis. En dan hebben ze ook nog even contact met andere mensen die in de

ontslagfase zitten.
T: Ja en dan echt achter thema's komen en elkaar daarin kunnen helpen.
A: Oké, we hebben het nu over de ontslaggroep gehad en kort over de vormgeving hiervan. Hebben jullie hier nog aanvulling op?
G: Nee, op dit moment niet.

A: Oké, dan gaan we over op ons volgende punt. Een belangrijke link met de maatschappij zou de GMO (groeps maatschappelijke oriëntering) moeten zijn. Wij zijn van mening dat deze therapie hier niet meer optimaal voor benut wordt. Daarom vinden we dat deze weer beter gebruikt moet worden om de link met de maatschappij te maken. Wat vinden jullie hiervan?
G: Zeker.
Man: Het onderscheid tussen de GMO en de sociotherapie wordt ook steeds kleiner.
R: Ik denk dat veel inbrengen weer terugkomen bij hun trauma, dan kom je al snel weer terug bij hun ziek zijn. En dan zeggen cliënten, dat heeft ook met GMO te maken, het gaat toch over mij en mijn familie bijvoorbeeld.
Man: Ik denk dat we de GMO praktischer moeten houden, zodat er ook echt wel onderscheid is.
M: Ik probeer bijvoorbeeld dus wel heel bewust tijd vrij te plannen voor de netwerktekening, maar als je dat niet doet komt er helemaal niets van. Bij mij gebeurt dat trouwens ook regelmatig, dat de groep de inbreng uiteindelijk toch belangrijker vinden dan de netwerktekeningen. En ik denk dat het niet belangrijker is.
Man: De netwerktekening is natuurlijk ook wel enger.
M: Maar ze zien er ook soms het nut niet van in, terwijl het juist wel heel nuttig is.
R: Plus dat mensen hier komen en zien dat andere mensen dezelfde of vergelijkbare problemen hebben als zij zelf, ze vinden veel herkenning bij elkaar. En dan hebben ze zoiets: dan kunnen we het eindelijk daar over hebben. Zo'n soort honger naar het uiten over wat je allemaal hebt meegemaakt.
T: Ja, sommige cliënten zijn natuurlijk al jaren op zoek naar een geschikte behandeling.
R: Ja en aan familie hebben veel cliënten toch nooit iets gehad, dus waarom zouden daarmee bezig zijn, zeggen ze dan.
A: En wat zou je dan als verpleegkundig team kunnen doen om de GMO wel meer te richten op de maatschappij?
R: Dat is een goede vraag.
Man: Ik denk dat je als verpleegkundig team een keer rond de tafel moet zitten en kijken van wat willen we nou eigenlijk echt bespreken in die GMO's en dat terugkoppelen in een CTO. Zodat de cliënten dan ook weten dat er voortaan praktischer gewerkt zal worden tijdens de GMO's. Ik denk dat als wij het duidelijk hebben en dit duidelijk naar hen overbrengen, dan ben je al een eind op weg.
R: Misschien zouden we eens wat meer informatie op moeten zoeken over wat de GMO nou eigenlijk inhoudt, daar is natuurlijk best wel wat informatie over.
Man: Misschien weet Lyanne daar wat van en sowieso kunnen we haar ook meer uitnodigen voor de GMO's.
M: Ja, inderdaad. Maar ik denk ook dat de netwerktekening weer een belangrijke plaats in moet nemen binnen de GMO's. Eén keer in de maand tijdens de GMO alleen daar aandacht aan besteden, bijvoorbeeld iedere eerste GMO van de maand.
Man: Ja, gewoon meer duidelijkheid en meer structuur. Als wij het duidelijk hebben, dan hebben de cliënten het ook duidelijk.
T: Maar zou je dat uur dan ook kunnen gebruiken om bijvoorbeeld iemand die een inbreng

heeft over: ik wil graag werken en hoe pak ik dat aan? Of moet je dat bij Lyanne neerleggen?
R: Nee, ik denk dat dat juist goed zou zijn, als het in de GMO terugkomt.
T: Want dat gebeurt nu helemaal niet, ik heb zo'n inbreng nog nooit gehoord.
R: Nee, maar er zijn maar weinig mensen die dat willen.
A: Dat zit hem dan misschien inderdaad in de sfeer. Dan zou je de sfeer meer moeten verschuiven naar die gezonde dingen, zodat die ook meer besproken worden.
Man: Ja, en dan kun je het ook hebben over: wat zou je dan willen? Denk daar eens over na. Juist motiveren om daar wel bij stil te staan.
M: Dan vind ik dat je die netwerktekening daar ook juist leuk voor kunt gebruiken. Want heel vaak zetten ze dat er dan ook niet op. Bijvoorbeeld wensen ten aanzien van werk en hobby's.
Man: En dan misschien een soort flappenkeer voor de netwerktekening. En dan ook niet per se dat iedereen zijn of haar zegje moet hebben. Je kunt ook gewoon een keer een discussie doen.
R: Of rollenspelen.
Man: Ja, inderdaad. Het mag allemaal wat praktischer. Zo komt er ook een duidelijker verschil komt tussen de GMO en de socio.
T: En ook door je netwerk, ook al heb je er misschien even niets over te melden: het bestaat wel. En ook al is het iets buiten de kliniek, dus er moet wel aandacht voor blijven. Het moet blijven bestaan ofzo.
M: Misschien moeten wij het daar de volgende VBB eens over hebben.
Man: Bijvoorbeeld ook de eerste woensdag van de maand de netwerktekening, de tweede een discussie enzovoort.
G: Ja, het heel erg structureren.
M: Ik denk dat er sowieso te weinig aandacht aan de netwerktekeningen wordt besteed.
A: Want wij denken dat dit toch gedurende de hele behandeling een belangrijk punt is.
M: Dat zou wel zinvol zijn. Om er dan aan het einde juist ook meer zicht op te hebben. Want zoals ook de toekomstwensen komen we in het begin wel op te staan.
R: En heel vaak zijn hier dan natuurlijk mensen die komen met een vol netwerkding en dat als ze hier met ontslag gaan, ze dan bijna niemand meer hebben.
A: En dan hebben ze juist dat netwerk nodig, als ze weer naar huis gaan. Dus eigenlijk is dit iets wat de hele behandeling door zou moeten gaan, aan het einde behandeling op orde is en het team er goed zicht op heeft.
G: Ja, inderdaad.

A: We zijn dus naar GG-net en GGZ Brabant geweest om informatie te vergaren over hun ontslagfase. Zij waren van mening dat je niet per se in de ontslagfase iets extra's moet aanbieden, maar meer de gehele behandeling met bepaalde elementen bezig moet zijn die met ontslag samenhangen. Dat is best wel lastig om dat hier in 1 keer te veranderen. Maar hebben jullie zelf ideeën hoe tijdens de behandeling meer aandacht aan bepaalde thema's besteed zou kunnen worden? Het gaat dan bijvoorbeeld om thema's als huisvesting, studie en werk.
R: Ik denk dat wij in onze behandeling teveel met de ziekte van mensen bezig zijn. Bijvoorbeeld kijkend naar de cliënt die bijles geeft, die doet ook gewoon haar ding. Dat zouden veel meer mensen moeten kunnen. Ik denk dat er ook vanuit hier al veel meer gekeken moet worden naar zaken als vrijwilligerswerk enzo.
T: En dan inderdaad de GMO, waarin deze thema's veelvuldiger aan de orde kunnen

komen.
Man: Daar is die ook voor. Althans, in de theorie. In de praktijk werkt het toch anders.
R: Of een verplichte module. Hoe ga je het aanpakken om in de maatschappij vrijwilligerswerk te zoeken, hoe ga je solliciteren enzovoort.
A: Ja, want bij GG- net was er standaard een uur. Daar werd het in de grote groep gedaan, maar dat zou je hier dan in de vorm van een module kunnen doen. Daar kwamen dan thema's ter sprake, als: hoe ga ik solliciteren en wat doe ik met gaten in mijn cv? Dan kwam er ook een gastspreker om daar iets over te vertellen. En dat dan met verschillende thema's.
R: Ik denk dat dit hier ook heel bruikbaar zou zijn. Als ik dan kijk naar de Rietschans. Die kinderen gingen ook gewoon weer naar school en die hadden ook stageplekken. Die kinderen waren ook ziek, maar kunnen het wel. Dus dan denk ik: waarom kunnen onze cliënten het dan niet?
T: Of een soort 'worden wie je bent module'.
R: Iedereen heeft sterke kanten, dus iedereen kan wat doen. De één is goed met mensen, de ander heeft groene vingers en weer een ander weet alles van computers. Het is ook goed aandacht aan kwaliteiten te besteden en deze ook te benutten.

A: We hebben het over verschillende ideeën gehad. In hetgeen we besproken hebben willen we meer structureren en de cliënten meer stimuleren en aandragen. Maar hoe zien jullie dit in verhouding met de eigen verantwoordelijkheid van de cliënten? Zien jullie deze zaken als eigen verantwoordelijkheid of vinden jullie dat het team daarin een meer sturende rol in moet aannemen?
Man: Ik denk dat het een therapieprogramma wordt, wat ook gewoon verplicht is. En de eigen verantwoordelijkheid is dat je hier ben opgenomen en dat je daaraan deelneemt.
A: Dus het is dan ook meer aan de begeleiding om hierin te sturen en te zorgen dat cliënten het ook echt gaan oppakken?
G: Ja, inderdaad.

S: Nou, het is eigenlijk wel mooi om te horen dat jullie ideeën overeenkomen met onze bevindingen en ideeën tot nu toe. Een beetje bevestiging van wat wij ook wilden.
R: Ik denk wel dat je nu een heel groot onderzoek krijgt. Want je gaat nu bezig met de ontslagfase, maar je gaat ook eigenlijk al een beetje bezig met een soort van cultuurverandering.
A: We zullen ons met name richten op de ontslagfase en toevoegingen daarin. Daarnaast zullen we andere bevindingen in de vorm van aanbevelingen doen. Dat we jullie aanbevelen om daar verder naar te kijken.

<u>Afsluiting</u>
A: Oké, wat ons betreft hebben we alles besproken. Hebben jullie nog aanvullingen?
R: Ik ben verder vooral heel benieuwd, over wat er uitkomt.
Man: Het geeft voor ons ook weer meer duidelijkheid en dat is echt wel nodig. Ik merk dat ik er ook echt wel zin in heb, om ermee bezig te zijn.
R: Het is ook wel leuk dat we echt iets aan dit onderzoek hebben.
A: Oké, dat is mooi. Als er verder geen aanvullingen of vragen zijn, willen we jullie graag bedanken voor jullie tijd en inzet.
G: Graag gedaan en veel succes!

Gesprek Transit kliniek met cliënten 31-03-2009

In verband met de privacy van cliënten, hebben wij het gesprek niet opgenomen en willen we ook hun namen niet in dit verslag vermelden. Daarom hebben we ervoor gekozen een algemene samenvatting van het gesprek te maken.

Als eerst heten we iedereen welkom en Sjanien stelt zich nogmaals voor.
Vervolgens leggen we uit wat ons project inhoud door de doelstelling te noemen. We vertellen wat het doel is van dit gesprek en wat de cliënten hiermee voor ons zouden kunnen betekenen. Ook vertellen we dat we de verpleegkundigen ook om hun mening hebben gevraagd en dat we andere klinieken bezocht hebben voor informatie over hoe zij hun ontslagfase hebben ingedeeld. Namen zullen niet genoemd worden in de uitwerking van dit gesprek en ook vertellen we dat we graag alle ideeën willen horen, maar dat we niet kunnen garanderen dat we alles gaan gebruiken in het eindproduct.

Meningen over de huidige ontslagfase
We vragen wat cliënten vinden van de huidige ontslagfase.
Cliënten geven aan dat ze vinden dat er weinig is nagedacht over de ontslagfase. Er is niet gekeken naar de gevolgen in praktische zin. Een van de cliënten (volgt momenteel deeltijdbehandeling) geeft het voorbeeld dat ze na ontslag niet meer onder het AWBZ zal vallen met bepaalde dingen die ze nodig heeft. Hier is ze op gewezen door een arts, bij Transit wisten ze nergens vanaf. Door toeval weet ze het nu en hoopt ze wat te kunnen regelen, anders heeft ze een probleem. Ze had hier graag op gewezen willen worden door Transit. Dit geldt ook voor het wel/niet krijgen van reiskostenvergoeding. Hier wordt niet in begeleid.
De cliënten geven aan dat ze vinden dat hier de GMO voor gebruikt moet worden.
Cliënten geven aan dat de overgang van de kliniek naar huis heel groot is en dat je dit min of meer alleen moet doen. Er is wel ruimte om dit individueel te bespreken, maar daar is ook niet veel tijd voor. Een cliënt geeft aan dat ook het afbouwen van dagen niet vanzelfsprekend is en dat zij hier zelf hard voor heeft moeten vechten. Een andere cliënt merkte dat er wel veel belangstelling was van met name verpleegkundige individueel, maar dat het programma er niet op aangepast moet worden. Dit terwijl het een heel lastige overgang is, het is soms ook wat onwerkelijk. Over het algemeen kunnen we concluderen dat de cliënten ontevreden zijn over de huidige ontslagfase.

Ideeën ter verbetering van de ontslagfase
We vragen cliënten wat zij graag veranderd of toegevoegd willen zien aan de ontslagfase.
Ze geven aan wat te zien in een soort ontslaggroep. Ze zouden hier graag praktisch bezig willen zijn met ontslag. Ze staan hier erg positief tegenover en noemen het zelfs noodzakelijk. Zo'n groep zou veel ellende en stress voorkomen. In zo'n ontslaggroep zouden dan ook mensen meegenomen moeten worden die op de stoel zitten. Juist die mensen moeten ook meedoen. Zij ervaren hoe het is om weer thuis te zijn en kunnen hierover praten tijdens zo'n uur. Ook kunnen zij ervaringen delen met de anderen. Punten die tijdens deze groep besproken zouden kunnen worden zijn:
- AWBZ oftewel financiële veranderingen, rechten en mogelijkheden
- Praktische hulp over bijvoorbeeld: hoe run je een huishouden, waar zoek je hulp als het niet lukt thuis.
- Het maken van een signaleringsplan voor thuis
- Emotionele facetten van ontslag, zoals thuis zijn, alleen zijn en afscheid nemen.

- Oefenen met voor jezelf zorgen. Hier is het zorgen voor bijvoorbeeld het eten een taak die je ook voor de groep doet. Thuis zul je het voor jezelf moeten doen.
- Wat doe je als het niet goed gaat thuis.
Eén cliënt geeft aan opgenomen te zijn geweest in een kliniek in Halsteren, waar gewerkt werd met zo'n ontslaggroep.

Naast een ontslaggroep zouden de cliënten de GMO graag weer als een GMO zien, zoals hij oorspronkelijk bedoeld was. Meer praktisch en actief. Nu is het een soort sociotherapie geworden met inbrengen van cliënten op emotioneel vlak. Het moet meer op de maatschappij gericht worden. Eén van de cliënten geeft aan dat er bij de deeltijdgroep bij de GMO's een maatschappelijk werker aanwezig is. Daar worden de GMO's als prettig ervaren en meer op de maatschappij gericht.
Cliënten geven aan het belangrijk te vinden zich ook met de maatschappij bezig te houden. Dit voorkomt hospitalisering en een terugval als je thuis bent. Het in de kliniek zijn is gewoon niet realistisch nu. Het wordt een wereld in een wereld genoemd. De maatschappij wordt erg belangrijk gevonden en de cliënten voelen zich nu afgesloten. De link met de maatschappij mist.

Een van de cliënt vindt het een goed idee dat wanneer cliënten een inbreng hebben voor de GMO en niemand iets van dit onderwerp weet, de groepsleden samen informatie kunnen gaan zoeken. Dit kan dan de volgende keer besproken worden. Zo is iedereen actief betrokken. De andere cliënten vinden dit ook een goed idee.
Een andere cliënt vertelt dat toen hij op een andere afdeling binnen Meerkanten zat, hij verplicht het journaal moest kijken. Dit om ook te weten wat er buiten de kliniek speelt. Hij zou er wel iets in zien dit ook in Transit in te voeren. Samen bedenken de cliënten dat je dan tijdens de GMO ook belangrijke thema's uit het nieuws kan bespreken.
Men zou graag thema's willen zien in de GMO's.
Een ander heeft nog het idee om in plaats van 'het goed nieuws rondje', dat in de sociotherapie gedaan wordt, een soort rondje in te voeren tijdens de GMO's. Tijdens dit rondje kan iedereen bijvoorbeeld iets zeggen over een actueel thema dat hem of haar bezighoudt en wat dat met hem of haar doet. Het kan hierbij gaan om een oorlog in een land, de kredietcrisis of geweldsdelicten. Ook de andere cliënten zien hier wel wat in.

Er wordt ook genoemd dat men het wel ziet zitten om in de ontslagfase bijvoorbeeld een dagdeel vrijwilligerswerk te gaan doen. Zij kunnen zich voorstellen dat dit in het begin misschien wat weerstand zal opwekken, maar het zou wel goed zijn om terug te gaan in de maatschappij. Er zou dan vrijwilligerswerk gezocht moeten worden dat passend is voor die persoon. Dit kan ook zijn bezig zijn met je gezin. Men zou graag zien dat er een dagdeel vrij gepland wordt van therapieën, zodat men dan bezig kan zijn met de maatschappij.
Verder wordt genoemd dat men de module 'Stappen naar werk' ook kan gaan volgen. Dit is iets wat nu bijna niemand doet, terwijl deze erg zinvol is.

Cliënten geven ook aan dat er in de ontslagfase gericht moet worden gekeken naar het systeem. Dit zou kunnen door middel van de netwerktekening (in bijvoorbeeld de GMO). Bijvoorbeeld bij de cliënt terecht kan met bepaalde zaken. Dus: Naar wie ga je als je wilt praten over problemen? Wie bel je om iets gezelligs te gaan doen? Dit vindt men belangrijk gedurende de hele behandeling, maar vooral in de ontslagfase. Het team zou hier meer aandacht aan moeten besteden.

De afbouw van het aantal dagen in de kliniek wordt als iets essentieels gezien. Anders is de stap naar vijf dagen thuis te groot. Ook dit zou moeten worden afgemeten op de persoon. Het team zou hierin meer steunend moeten zijn, nu wordt het ervaren alsof je alles zelf moet uitzoeken en moet vechten voor je afbouwdagen.

Allesomvattend wordt gezegd dat er niet is nagedacht over de ontslagfase. De cliënten verwachten eigenlijk een beetje in een gat te vallen wanneer ze met ontslag zullen gaan. Dit is moeilijk. Ze voelen zich wel emotioneel gesteund door meeleven van de verpleegkundigen, maar niet praktisch gesteund. Een van de cliënten geeft aan zelf maar een plan te hebben gemaakt voor wanneer ze met ontslag is. Dit wordt niet standaard gedaan met begeleiding. Dit zou men graag willen gaan doen in zo'n ontslaggroep.

Verder zouden ze graag willen zien dat cliënten leren om voor iets of iemand te zorgen. Dit bijvoorbeeld door eerst een plant te nemen en hiervoor te zorgen, vervolgens een klein dier en dit uit te breiden. Dit geeft verantwoordelijkheid en geeft het gevoel dat je 'het ergens voor doet'.

<u>Onze bevindingen en meningen hierover</u>
We vertellen de cliënten dat onze bevindingen veelal overeenkomen met hetgeen we van hen gehoord hebben. Het is fijn te horen dat zij hier ook iets in zien, waardoor het waarschijnlijk heel bruikbaar zal zijn.
We willen nog een laatste idee voorleggen, dat nog niet ter sprake is geweest. In andere klinieken worden huisbezoeken afgelegd, bijvoorbeeld een IPB'er. We vragen hoe zij hier tegenover staan.
Een van de cliënten geeft aan het een goed idee te vinden wanneer een systeemtherapeut zou komen kijken in de thuissituatie. De situatie thuis zal waarschijnlijk toch anders zijn dan in de kliniek. Het blijft dan een momentopname, maar het lijkt een goed idee. Hij geeft ook aan gehoord te hebben dat het zo schijnt te zijn dat wanneer iemands huis rommelig is, iemands hoofd ook rommelig is. Ook bij onderwerp zou per persoon gekeken moeten worden of het waardevol zou zijn om een huisbezoek te hebben. Het zal niet voor iedereen verplicht moeten zijn. Een andere cliënt geeft aan er momenteel niet aan te moeten denken dat er iemand op huisbezoek zou komen, maar het lijkt haar wel goed. Het zal wel heel lastig zijn. Iemand anders verteld dat er momenteel aan wordt gewerkt dat haar IPB'er bij haar thuis langs komt. Dit vindt ze best lastig, maar het lijkt haar aan de andere kant ook prettig. Ook voor de gesprekken die ze daarna met haar IPB'er zou voeren, kan de link naar haar thuissituatie wellicht beter worden gelegd.

<u>Afsluiting</u>
We vertellen de cliënten blij te zijn met hun medewerking en zeggen veel bruikbare informatie uit dit gesprek te hebben gehaald. We vragen of zij nog aanvullingen hebben. Dat is op dit moment niet het geval. Ze zeggen dat ze het een leuk gesprek vonden en dat het fijn is dat er naar deze laatste fase gekeken wordt. Wanneer zij later nog aanvullingen hebben, kunnen ze dit nog melden aan Anneke. Voor nu bedanken wij ze voor hun tijd en inzet.

Interview Bert Molenaar en Hedy Foppen, afdeling 'de Ganzenhof', Meerkanten 02-04-2009

M= Bert Molenaar
H= Hedy Foppen
S= Sjanien Oort
A= Anneke

Introductie

A: Wij zijn Sjanien Oort en Anneke Dooijewaard en we zitten nu in het vierde jaar van de opleiding SPH. En daarvoor doen wij ons afstudeerproject bij de Transit Kliniek van Meerkanten. Van Transit uit hebben we de vraag gekregen om te kijken naar de ontslagfase, de laatste fase van behandeling, en te kijken wat we daaraan kunnen verbeteren. De onderzoeksvraag is dan: wat is nodig om de cliënten van Transit in de ontslagfase beter te ondersteunen in hun terugkeer binnen de maatschappij? We zijn nu al een tijdje bezig met het onderzoek en hebben naast literatuurstudie ook gesprekken gehad met andere instellingen, het team van Transit en de cliëntengroep. En daar is al wel een beetje uitgekomen dat, hoewel we ons op de ontslagfase richten, er ook een stuk zit in de gehele behandeling, wat meer gericht zo moeten zijn op thema's die van toepassing zijn in de ontslagfase. Dus we bekijken het nu ook wat breder.
B: Ja, dat is inderdaad heel belangrijk.
S: Het doel van dit gesprek is om te kijken hoe jullie de behandeling en de ontslagfase vormgeven en te kijken wat wij daarvan kunnen gebruiken. We hebben daar een aantal vragen over. Allereerst zullen we een aantal vragen stellen over de doelgroep, vervolgens over de afdeling en dan over de behandeling, de ontslagfase en tot slot wat specifiekere vragen over de resocialisatie. Door deze informatie mee te nemen kunnen we een compleet beeld krijgen en kennen we verschillende mogelijkheden. Het interview zal een half uur tot een uur duren.
B: Oké, prima. Want jullie doen dus het onderzoek voor Transit, maar jullie zijn ook bij instellingen buiten Meerkanten geweest?
A: Ja, we zijn ook naar klinieken van GGZ Brabant en GG- net in Apeldoorn geweest.
B: En dan met dezelfde vraag vanuit Transit?
A: Ja, inderdaad. Om ook te kijken wat het behandelaanbod van andere instellingen is.
H: En hebben jullie dan ook gekeken naar eenzelfde soort afdeling als Transit?
A: Dat was in eerste instantie wel de bedoeling. Transit is gespecialiseerd in behandeling aan mensen met traumagerelateerde problematiek en is sindskort aangesloten bij het LCVT (landelijk centrum voor vroegkinderlijke traumatisering. We hebben dan ook geprobeerd andere klinieken bij ons onderzoek te betrekken die bij dit centrum aangesloten zijn. Helaas is dit niet gelukt en daarna hebben we de keuze gemaakt ons te richten op klinische behandelingen in het algemeen.
H: Het is toch een vrij specifieke doelgroep, Transit.
A: Ja, dat klopt inderdaad.

De doelgroep

S: We willen beginnen met iets te vragen over de doelgroep van 'de Ganzenhof'. Wat is de doelgroep hier op 'de Ganzenhof'?
H: De doelgroep is volwassenen. Normaal gesproken van 18 tot 60. Soms kan het voorkomen dat we iemand van 17 ook opnemen, maar in principe volwassenen. Het zijn ook mensen met chronische en complexe problematiek. Mensen met depressies,

persoonlijkheidsstoornissen, schizofrenie, angststoornissen. Eigenlijk mensen met heel verschillende problematieken dus.
B: Wij nemen eigenlijk alle volwassenen met een psychiatrische diagnose op die een woondoel of een woonvraag hebben. Dus die terug willen keren in de maatschappij.
H: Dan kijken we met een cliënt wat hij of zij wil. Bijvoorbeeld: je wil zelfstandig of in een RIBW gaan wonen, wat heb je daar dan voor nodig? Dat zijn vaak praktische dingen als; koken, boodschappen doen, dagstructuur. Andere mensen kunnen die praktische dingen wel, maar gaan dan kijken hoe ze een terugval kunnen voorkomen, dus kijken van wanneer gaat het nou mis. Dus dat zijn eigenlijk 2 groepen. De hele jonge mensen moeten vaak nog wat praktische dingen leren en anderen hebben een stukje verwerkingnodig. Dus dat is eigenlijk de doelgroep.

A: En, als ik het goed begrijp, gaat het dan om mensen die al eerdere behandeling binnen de psychiatrie hebben gehad?
B: Formeel staat in ons werkplan dat de mensen eerst 2 jaar opgenomen moeten zijn geweest binnen een kliniek. Dat is in de praktijk niet meer helemaal zo. Maar het is wel zo dat de mensen een diagnose moeten hebben, stabiel moeten zijn en redelijk ingesteld moeten zijn op medicatie. We nemen bijvoorbeeld geen mensen op die ernstig depressief of psychotisch zijn. We hebben een behandelteam en we behandelen dus ook en leren daarbij praktische vaardigheden aan. Het is wel zo dat ze nooit in één keer hier kunnen worden opgenomen, er moet altijd al zorg zijn, ze moeten onder behandeling zijn.
S: En zie je hier ook een verschil in het aantal mannen en vrouwen?
B: Nee, er zijn zowel mannen als vrouwen. Een aantal jaar geleden hadden we 1 man en nu overheersen de mannen weer. Daar kijken we dus helemaal niet naar. Het is wel zo dat we een gemiddelde van de maatschappij willen zijn. Dus we willen niet alleen maar mannen hebben of alleen jongeren van 18.
S: Oké.

<u>De afdeling</u>
A: En hoeveel cliënten zijn er totaal binnen deze afdeling opgenomen?
B: De revalidatie is onze behandelafdeling, daar zijn momenteel 22 plekken. Binnenkort komen daar nog 3 logeerbedden vrij. Dan hebben we nog de sociowoningen, daar zijn 10 plekken. Daar wonen nu nog mensen die daar al gedurende langere tijd wonen, maar daar willen we graag een langdurige revalidatieafdeling van maken. Dus mensen van de revalidatieafdeling die hun doel niet binnen een jaar halen, dat die dan naar die afdeling kunnen. Want het is een steeds grotere doelgroep waarvoor het jaar gewoon te kort is. En daar willen we dan dus die 10 plekken voor gebruiken. En dan hebben we ook nog 2 huizen in het dorp. Dat zijn 2 koopwoningen en daar trainen we mensen om zelfstandig te wonen. Daar is ook heel weinig begeleiding, één keer per dag, dat is heel zelfstandig. Dat is een soort tussenvoorziening.
A: Oké. Zijn de cliënten van de revalidatieafdeling in verschillende groepen verdeeld?
B: Ja, nu hebben we daar 4 woningen voor. We zijn wel bezig met nieuwbouw, maar momenteel zijn het er 4.
A: En welke disciplines zijn er hier werkzaam?
B: Psychiater, psycholoog en maatschappelijk werker. Op de revalidatie werken alleen SPH'ers en verpleegkundigen en op de sociowoningen werken ook wel groepsbegeleiders.

De behandeling

A: Oké. Dan willen we graag een aantal vragen stellen over de behandeling. Dit zijn vrij algemene vragen. Later zullen we kort terugkomen op jullie specifieke stuk wat betreft resocialisatie.

Bert: Oké, prima.

A: Hoelang duurt een gemiddelde behandeling hier?

B: Wel iets korter, gemiddeld een maand of 7. Maar het is meer een uitgangspunt. Een jaar tot anderhalf jaar dus.

A: En hoeveel dagen in de week zijn cliënten hier op de afdeling?

H: Ze kunnen hier 7 dagen in de week zijn, maar ze kunnen ook het weekend weggaan.

Bert: Minimaal 5 dagen hier.

A: En wat doen ze in het weekend?

H: Dan gaan ze veelal naar huis, naar hun ouders of een vriend of vriendin.

A: Hebben jullie de behandeling in verschillende fasen opgedeeld? We noemden net al kort de ontslagfase van Transit. Hoe is dat bij jullie?

B: Ja, wij werken met verschillende fasen. We werken trouwens met een bepaalde methodiek.

H: Ja, inderdaad. Dat is systematische rehabilitatie gerichte behandeling. Daar heb je heel duidelijk in de eerste fase kennismaken, kijken wie iemand is. Daar trek je dan 6 weken voor uit. En dan is het onderzoeken van wat iemand wil en of dit ook haalbaar is. En dan ga je behandelen en worden er doelen opgesteld. Ze zijn vastgelopen, opgenomen en dan gaan we kijken wat er nodig is om het leven thuis of in een RIBW weer op te pakken. We kijken dan voornamelijk naar 7 gebieden: wonen, werken, leren, dagbesteding, sociale contacten, zingeving. Iedere 6 weken wordt er geëvalueerd. Je blijft natuurlijk wel die doelen in de gaten houden. Dus als iemand zegt: ik wil zelfstandig gaan wonen, kan daarin nog wel iets veranderen. Dus het is een beetje gerelateerd aan de methodiek. We beginnen met een oriëntatiefase, gevolgd door een behandelfase en ontslagfase. Je kan de methodiek ook wel vinden onder STORM. De SEH methode.

A: En welke therapieën volgen de cliënten hier?

H: Ze hebben een eigen individueel programma. Het is niet zo dat cliënten hier groepstherapieën volgen. Ze hebben individuele gesprekken hier en kunnen daarnaast ook wel bijvoorbeeld non- verbale therapieën krijgen, maar dat gebeurt dan op het terrein Veldwijk.

A: Dus er wordt vooral heel individueel gekeken en er is geen standaard behandelaanbod?

B: Nee, helemaal niet. Daar hebben we ook bewust voor gekozen. De huizen en het wonen daarin gebruiken we bijvoorbeeld wel echt als therapie. Dus mensen moeten wel overleggen en om leren gaan met geld, er moet gekookt worden en dat soort dingen. Dat is ook gericht op vaardigheden die nodig zijn om zelfstandig te kunnen wonen, dan moet je ook kunnen koken en het huis schoon kunnen houden. En ook het overleg met mensen neemt hier een belangrijke plek in. De rest is echt individueel. De ene cliënt werkt ook 36 uur in de week, de ander doet meer aan wandelen en weer een ander studeert. We hebben nu, doordat er veel jonge cliënten zijn, ook veel cliënten die naar school gaan.

A: Oké, dus ze zijn wel hier opgenomen, maar eigenlijk ondernemen ze wel hun eigen activiteiten.

B: Ja, we vinden het ook het belangrijkst dat mensen een goede dagstructuur hebben. En dat is dus ook individueel. De één doet veel aan sport, de ander werkt of maakt een opleiding af. Mensen kunnen ook wel gebruik maken van trainingen op Meerkanten. Bijvoorbeeld: Libermann-training, hoe leer ik slapen of hoe ga ik met mijn vrije tijd om.

H: De enige groep die wij op 'de Ganzenhof' draaien is mindfullness training. Dan kunnen cliënten met hun behandelaar kijken of dat bij hun past. En 1 of 2 keer per jaar hebben we een zingevingsgroep, dit wordt gegeven door een sociotherapeut samen de geestelijk werker van Meerkanten. Maar dat wordt dus ook individueel bekeken. Het is dus niet zo dat iedereen daar standaard aan deelneemt.
A: Nee, oké. En de cliënten gaan dus na hun behandeling hier veelal naar een RIBW of naar huis?
B: Ja, dat is een voorwaarde voor als je hier komt. Tijdens de periode hier kan dat best wel wisselen. Zo zijn er mensen die eigenlijk als doel hadden naar een RIBW te gaan, maar eigenlijk toch niet in de psychiatrie willen en hoeven te blijven of juist andersom, dat mensen toch naar een RIBW willen in plaats van zelfstandig te wonen.
A: En volgen de cliënten dan nog deeltijd behandeling?
B: Ja, eigenlijk gaan ze hier nooit zonder nazorg weg.
H: Dan is het een deeltijdbehandeling of ambulante contacten.
A: Zijn die ambulante contacten met hier?
B: Ja, wel weer een ander team, maar ze zitten hier wel in dit gebouw ook. Dus de samenwerking is wel goed, maar het is wel een ander team.

<u>De ontslagfase</u>
S: We hadden het net al een beetje over de verschillende fasen in de behandeling. Hoe lang duurt bij jullie de ontslagfase gemiddeld?
H: Ja, dat is lastig te zeggen.
B: Die wordt ook vaak verlengd, in verband met de wachttijden van een woning of een plek binnen een RIBW. Bij een aanmelding voor een huis of een RIBW begint de ontslagfase wel, de cliënt is er dan ook wel klaar voor, maar daarin ben je wel afhankelijk van de wachttijden. Dus ik denk dat je globaal kunt zeggen dat de ontslagfase 1/3 van de behandeling is.
H: Je merkt op een gegeven moment ook dat de behandeldoelen minder worden en meer toekomstgericht. Dan kan je eigenlijk ook wel spreken van een ontslagfase. En dan heb je ook nog de ontslagfase volgens de methodiek en dan merk je dus dat mensen moeten wachten op een woning of RIBW.
B: Andersom gebeurt het ook wel. Dat mensen bijna wel toe zijn aan beschermd wonen, dan kom je binnen en blijkt er direct plek te zijn. Dan gaat het eigenlijk weer te snel. We proberen het dus wel goed af te bouwen, maar dat lukt niet altijd.
H: Soms zeggen cliënten ook wel eens dat ze klaar zijn voor bijvoorbeeld beschermd wonen, maar dat wij nog onze twijfels hebben. Dan willen cliënten ook direct weg, terwijl wij het dan misschien beter zouden vinden dat ze rustig gaan wennen, alles op een rijtje zetten en hier hun zaken afronden.
B: Tijdens die ontslagfase wil je ook die nazorg goed regelen en dat is dan eigenlijk hetzelfde er zijn dan weer heel veel lange wachtlijsten. Dus dan moet er vaak gewacht worden op een plek. En je stuurt ze hier niet weg na een x aantal jaar opgenomen te zijn, zonder goede nazorg.
S: En in die ontslagfase, zijn er ook nog bepaalde elementen die jullie daarin zeer belangrijk vinden?
B: Dat mensen een goed sociaal netwerk hebben en een goede dagstructuur, maar ook de mogelijkheid om zelf met het crisisplan om te gaan. En het hebben van een woning natuurlijk. Maar die 3 dingen zijn wel heel belangrijk. Wij maken met bijna iedereen een signaleringsplan, dat ze ook thuis kunnen gebruiken.
A: Oké, dus onder andere het signaleringsplan. En hoe werken jullie aan de dagstructuur en

de sociale contacten van cliënten?
B: De dagstructuur en sociaal netwerk zijn altijd onderwerpen waar we wat aan doen. Dus we inventariseren wat ze hebben. En we geven hier een goede dagstructuur. Dus dat ze aangekleed aan het ontbijt zitten 's ochtends, ze moeten gewoon een zinvolle dagvulling hebben, zeker als ze in de ontslagfase zitten. En de sociale contacten daar proberen we ook vanaf de start iets mee te doen.
A: En hoe pakken jullie dat aan?
H: Je kan allerlei verschillende vormen gebruiken, bijvoorbeeld een sociale kaart. Dus ook kijken van wat heeft iemand. En dan ga je kijken wat iemand zou willen of waar hij of zij de sociale contacten uit kan breiden. Dan kan je bijvoorbeeld denken aan een kerk, waar iemand veel mensen kent. Of een dagactiviteitencentrum. En ik denk dat het ook goed is om bewust bezig te zijn met waar iemand gaat wonen. Als iemand bijvoorbeeld in Lelystad gaat wonen, kan het ook goed zijn om daar al het één en ander op te bouwen en je dan niet alleen te richten op de omgeving Putten.
B: Het onderwerp sociale contacten wordt heel veel onderschat, door de aanmelding van andere afdelingen. Je moet hier sociaal vaardig zijn. Want je leeft in een vrij grote groep. Je leeft met 8 personen en alles moet je samen doen. Als iemand zegt: ik heb geen zin om boodschappen te doen, dan is er dus ook echt geen eten in huis. Continu moeten mensen overleggen met elkaar. En heel veel aanmeldingen lopen verkeerd doordat mensen niet sociaal vaardig zijn. Nou goed, dat kunnen ze ook hier leren, maar er moet wel een soort basishouding zijn. Ze moeten het ook willen leren. Het wordt door de groep en door ons niet getolereerd als je de hele tijd op je kamer gaat zitten of als je niet aan tafel wil eten. Dus dat hebben ze heel snel in de gaten. Als de behandeling hier niet lukt, is het heel vaak door dat soort dingen. Dat mensen toch ruzie zoeken of de radio hard aan laten staan. Nou, daar worden ze dan door de groep op aangesproken. Dat zie je bijvoorbeeld ook als mensen hier gaan automutileren, dat mensen dan helemaal uit de groep vallen. Nou, dat kun je als personeel wel proberen op te pakken, maar daar gaat het heel veel mis. Ook dissociëren of iets dergelijks, eigenlijk moet dat in de hand gehouden kunnen worden.
H: Je hebt soms ook mensen die vanuit hun problematiek moeite hebben met bepaalde zaken, bijvoorbeeld het omgaan met geld. Als begeleiding geeft je hier dan ondersteuning bij. Het moet wel zo zijn dat het hanteerbaar is. We hebben ook wel eens mensen met dwangproblematiek. Dat heeft zoveel invloed binnen de groep, het is wel een grote groepsdruk. In een grote groep is het ook een grote groepsdruk, maar met 7 mensen moet je eigenlijk een soort huishouden runnen.
S: Dus de groepsprocessen zijn hier heel belangrijk?
B: Ja, inderdaad.
H: Het zijn toch ook de zaken die ze zelf thuis ook moeten kunnen, dus dat leren ze hier.
S: We hadden het net al even over de methodiek, STORM. Zijn er verder nog methoden die jullie hanteren?
H: Eigenlijk niet specifiek. We hebben wel van verschillende fasen checklisten, van denk hier en hieraan. Maar niet echt dat je zegt een specifieke methode.
B: We hebben wel iedere fase uitgeschreven. Dus in principe wat de cliënt gaat doen, wanneer en wat er geëvalueerd moet worden.
S: Een soort van protocol? Dat is heel handig.
B: Eigenlijk kun je onze methodiek ook bijna geen STORM meer noemen, want het is helemaal toegespitst op 'de Ganzenhof'. Het is nu meer Ganzenhof, waar wat STORM inzit.
A: Echt aangepast op jullie afdeling.
H: Hier heb ik de beschrijving van de verschillende fasen. Dat is misschien wel leuk om even te

bekijken. We hebben zeg maar per fase uitgewerkt wat er bij hoort. Eigenlijk is het wel handig als je het boek er ook bij hebt, maar zo kun je het ook wel bekijken. Hier staat: ontslag en nazorg. Afronden van doelen, opstellen van nieuwe doelen. Dus dan kijk je ook wat iemand nodig heeft en dan zorgen we dat je goed verhuist. De ene cliënt heeft daar meer begeleiding in dan de ander. Bij sommigen ga je dan ook wel mee naar het huis. Dan spreken we af hoelang de ontslagfase duurt, nazorg regelen. Dat zijn dan de doelen en dan worden daaronder middelen genoemd die we gebruiken om de doelen te bereiken.
S: Krijgen mensen dan ook een soort van afbouw voor hun ontslag? Ze zijn hier in principe 5 dagen, worden deze dagen dan afgebouwd?
H: Som doen we dat. Dat spreken we af met de cliënt. Dan kijken we hoe iemand over gaat, een ander zegt dat hij of zij het fijn vindt om in één keer over te gaan. Dan begin je wel met een kopje koffie drinken daar of een keer 's avonds mee eten. Dat is dus heel verschillend, maar de mogelijkheid om af te bouwen is er wel.

<u>Resocialisatie</u>
A: Na de vragen over de behandeling en ontslagfase, hebben we ook wat vragen die specifieker gericht zijn op de resocialisatie.
S: Veel is er ook al wel over gezegd. Jullie vertelden net over die elementen, van werken en wonen. Maar hoe gaan jullie daar in de praktijk mee om?
B: Ja, je hebt natuurlijk dat mensen hier officieel worden aangemeld. Dan komen ze hier en bij de intake stel je bijna als voorwaarde dat de cliënt eerst even komt kijken hier. Behalve dat het voor de cliënt prettig is, geeft het mij ook heel veel informatie. Zo kan je zien hoe iemand over het terrein loopt, hoe ze met anderen omgaan. Juist over- assertief zijn of juist heel schuchter. Maar de mensen die hier opgenomen worden, moeten ook zelfbewust een keuze maken. Mensen kunnen hier niet zomaar geplaatst worden, motivatie is heel belangrijk. Daar worden mensen hier ook op gewezen. Dus als mensen toch een hele week in bed blijven liggen en niet mee willen doen, dan zeg je dat ze toch een keuze hebben gemaakt. We ontslaan ook wel eens mensen om die reden, ook bijvoorbeeld door alcohol- en drugsgebruik. Dat kan niet hier. Dus bij de intake zeggen we al dat ze na moeten gaan denken waaraan ze hier willen werken. Dus dan zeggen ze bijvoorbeeld: over een jaar wil ik toch wel op mezelf gaan wonen bij de intake kijken we dan al een beetje wat ze daarvoor nodig hebben. Bijvoorbeeld verandering van medicatie, dagstructuur en praktische vaardigheden. En die dingen haal je in de behandeling terug. De eerste 3 maanden worden hier ook gebruikt als oriëntatie. De zaken die daarnaast nog naar buiten komen, spelen eigenlijk niet zo'n belangrijke rol. Dus mensen hebben vast nog meer problemen, maar we gaan hier geen perfecte mensen afleveren. Het is belangrijk dat de doelen die je stelt, behaald worden.
A: U vertelde ook dat cliënten tijdens hun behandeling hier studeren of vrijwilligerswerk doen. Hebben ze dit vaak al voordat ze hier worden opgenomen of komt dit tijdens de behandeling ter sprake.
B: Een goede dagstructuur is bij deze behandeling vereist. Soms hebben de cliënten deze al, anders kijken we vanaf het begin naar de mogelijkheden.
A: Hebben jullie dan bijvoorbeeld ook een sociale kaart van de verschillende mogelijkheden daarin?
H: Ja, we hebben wel een map met allerlei informatie, dat zou je sociale kaart kunnen noemen. Mensen kunnen die map ook even inkijken. Dan gaat het bijvoorbeeld om dagactiviteitencentra, vrijwilligersorganisaties enzovoort. Daar staan wel een heleboel adressen in.

B: Maar we maken ook gebruik van vrijwilligerscentrales en jobcoaches. We zitten hier al heel lang, dus dat is wel een voordeel. Zo bouw je ook een heel netwerk op. Nu bijvoorbeeld met verpleeghuizen en een school in Ermelo. Dat breidt zich heel snel wel weer uit, maar het is ook heel snel kapot.
H: Soms heb je ook dat mensen vrijwilligerswerk gaan doen, maar dat het toch niet loopt. Of in een crisis komen, dan is dat natuurlijk wel heel lastig.
A: Onderhoudt de begeleiding vanuit hier dan ook contacten met die instanties?
B: Ja, via de cliënt en de persoonlijk begeleider. Of de jobcoach natuurlijk.
H: Soms kies je ervoor om er tussen te gaan zitten en bij een andere weer niet. Dan laat je het aan een jobcoach over.
A: Dit is ook een punt waar we in ons project ook meer mee willen, om vrijwilligerswerk meer te stimuleren en daar meer kennis van te hebben als verpleegkundig team. Sommige cliënten hebben daar misschien wel meer begeleiding in nodig.
B: Het heeft heel veel voordelen hoor, zo'n persoonlijk begeleider. Soms ga je ervan uit dat mensen het zelf moeten kunnen of moeten uitzoeken. Maar mensen hebben toch iets eigenaardigs in de ogen van anderen. Het is dan vaak heel goed om uit te leggen hoe moeilijk het voor de cliënt is om op te staan en dat ze daardoor wel eens te laat zijn, of dat ze 1 of 2 dagen in de maand niet komen, zonder af te bellen. Die good will ben je anders heel snel kwijt. Ik vind het soms wel een soort wrijving. Maar het is wel goed. Ook met scholen, ervoor zorgen dat cliënten toch toetsen mogen maken of uitleggen dat mensen slaapmedicatie hebben en dat het niet altijd mogelijk is om een toets om 8.30h te maken. En die communicatie werkt eigenlijk vaak wel heel goed. B: En cliënten vinden het vaak ook heel prettig wanneer je meegaat. Ik begeleid zelf niemand, want ik ben unit coördinator. Maar heel vaak vragen mensen toch of ik niet eens wil komen kijken. Ze zien dat niet als een inbreuk.
S: Nu hebben we eigenlijk nog de vraag of jullie een tip voor ons hebben. Iets waarvan jullie zeggen: daar moet je echt aan denken wanneer je die ontslagfase wil verbeteren?of bepaalde elementen uit jullie resocialisatieafdeling?
B: Cliënten van Transit komen wel eens na hun ontslagfase van Transit hierheen. Ik vind dan dat mensen vaak heel slecht voorbereid zijn op de volgende stap. De enige voorbereiding doen wij eigenlijk zelf, doordat we zeggen: kom een keertje kijken. En verder is de overstap een sprong naar de volgende afdeling. Zelf bereid je je ook voor op een nieuwe opleiding of een nieuw huis. Dan ga je daar ook eerst kijken, weeg je de voor- en nadelen af. Daar zou meer aandacht aan besteed moeten worden tijdens de ontslagfase van Transit. Ook merken we dat deze cliënten van Transit een heel slechte dagstructuur hebben. Mensen komen hier en zeggen dat ze best iets willen doen. Ik zou dan zeggen: zet het tijdens de ontslagfase vast in werking, voordat iemand ergens anders iets nieuws begint. Je hoeft er niet per se al mee bezig te zijn, maar dat er in ieder geval goed georiënteerd is en er al eens gekeken is, zodat de cliënt zaken op een rijtje heeft.
H: Als je naar een andere afdeling of huis gaat, heb je zoveel nieuwe dingen. Niet alleen een nieuw huis, ook andere mensen en een andere dagstructuur enzovoort. Als je dan al iets hebt opgebouwd tijdens de ontslagfase van de vorige behandeling heb je misschien niet 10 nieuwe dingen, maar 5.
B: Naast de voorbereiding op de volgende afdeling en de dagstructuur, merk ik ook dat sociale contacten (of het ontbreken hiervan) vaak een probleem vormt. Dus ik denk dat dit nog wel wat aandacht nodig heeft.
A: Ik denk dat dit inderdaad wel punten zijn die we mee zullen nemen. Transit is bijvoorbeeld ook helemaal gericht op therapie, 5 dagen in de week. Dit is dan eigenlijk veelal de invulling

van de dag voor cliënten.
H: Er is heel veel invulling.
A: We hopen door bijvoorbeeld vrijwilligerswerk meer te stimuleren, de cliënten ook een andere daginvulling te geven, en dan meer gericht op de maatschappij.
B: Ja, een stap naar dat gezonde leven, dat is eigenlijk heel belangrijk. Nu zijn wij een eilandje, Transit is een eilandje. En eigenlijk zijn we gewoon één organisatie. Ik vind het jammer dat er weinig overleg is. Bijvoorbeeld wanneer een cliënt van de ene naar de andere kliniek gaat, vragen om elkaars mening en ideeën van aanpak. Dat overleg is er dus niet. Natuurlijk heb je een overdracht en wat telefonisch contact, maar ik vind dat te weinig.
A: Ja, inderdaad. Dat is eigenlijk heel essentieel.
B: Jazeker.

<u>Afsluiting</u>
A: Oké. Volgens mij hebben wij alles gevraagd en veel informatie van jullie gekregen. Hebben jullie zelf nog vragen of aanvullingen?
B: Nee, ik geloof het niet.
A: Ik denk dat de informatie zeer bruikbaar voor ons is.
H: Nou, gelukkig.
A: We willen jullie heel erg bedanken voor jullie tijd.
B: Ik vond het erg leuk. Willen jullie de afdeling nog even zien?
S en A: Ja, graag.

Gesprek Sylvia Petkova en Liebeth Sluijters, 'de Viersprong', Halsteren 29-04-2009

Wij hebben, naar aanleiding van een tip van een cliënt van Transit, een gesprek gehad met 'De Vierspong' in Halsteren (Noord-Brabant). Hier hadden wij een afspraak met Liesbeth Sluijter en Sylvia Petkova, SPV'er en maatschappelijk werkster.
Van deze presentatie hebben wij geen opname gemaakt. Dit is een uitwerking van het eindfaseplan zoals 'de Viersprong' hem heeft ontworpen. We hebben onze eigen aantekeningen van het gesprek hieraan toegevoegd om een beeld te geven van deze eindfase.

'De Viersprong' biedt verschillende soorten behandelingen. Het gesprek heeft plaatsgevonden met de maatschappelijk werker en de sociaal pedagogisch verpleegkundige van de eindfase van de klinische behandeling voor jongeren. Het gaat hier om jongeren van 15 t/m 19 jaar met een persoonlijkheidsproblematiek.
Een opname in deze kliniek duurt gemiddeld ongeveer 9 à 10 maanden. Er wordt gewerkt met 2 verschillende therapievormen: de klinische schemagerichte therapie (KST) en de mentalization based therapie (MBT).

'De Viersprong' kent een duidelijke eindfase in de behandeling. Deze fase duurt minimaal 6 weken, om op deze manier de behandeling voldoende te kunnen afsluiten. De duur van de eindfase varieert, omdat er rekening gehouden moet worden met onder andere de wachtlijsten en de belangen van de cliënt. De belangrijkste thema's van deze laatste klinische periode van de behandeling zijn onthechting uit de therapeutische gemeenschap, reïntegratie c.q. resocialisatie en het stimuleren van een grotere maatschappelijke zelfstandigheid passend bij de levensfase en het nivo van functioneren van de patiënt. Tevens kan de patiënt de behandelresultaten direct, en onder supervisie van de behandelstaf van de instelling, reeds in de praktijk brengen. Het is een belangrijke fase in de behandeling waarin diverse thema's uit de behandeling opnieuw aan de orde komen in de concrete invulling van het dagelijks leven na het ontslag uit de klinische setting. Over de vormgeving hiervan komen we later terug.

<u>Doelstellingen van de eindfase</u>
Het onthechten uit de kliniek/gemeenschap en daarmee het verkleinen van de stap naar de situatie na de klinische behandeling.
Resocialisatie en bevorderen van de zelfstandigheid door reïntegratie in de samenleving.
Het bevorderen van de gesocialiseerde individualisatie door het wegvallen van de behandelgroep en opname in een woongroep.
De voorbereiding en inzetten van de nazorgtrajecten. Deze nazorgtrajecten zijn heel divers. Sommige patienten gaan weer thuis wonen, anderen moeten op zoek naar een kamer.
De toetsing en integratie van behaalde behandelingsresultaten en geleerde vaardigheden.
Het versterken van het zelfvertrouwen.

<u>Een gedifferentieerde eindfase</u>
Deels omdat niet iedere patiënt met dezelfde aspecten in de persoonlijkheidsvorming bezig is, deels omdat niet iedere patiënt één en dezelfde mate van zelfstandigheid kan hanteren, deels omdat niet iedere patiënt kan terugzien op een zelfde resultaat van de klinische behandeling, maar vooral omdat niet iedere patiënt één en dezelfde leefsituatie tegemoet gaat zien, kent 'de Viersprong' een gedifferentieerd behandelaanbod in de eindfase. Voor elke patiënt wordt een individueel eindfaseprogramma (verder genoemd het vertrekplan) vastgesteld en wordt deze patiënt opgenomen in een van de tweetal woonvormen of in de eindfase in de behndelgroep, welke van elkaar verschillen door de mate van zelfstandigheid, de afstand tussen de woonvorm en de therapeutische gemeenschap en de geplande leefsituatie na behandeling. Het blijft ook mogelijk om direct vanuit de behandelgroep met ontslag te gaan, hoewel dit niet aangemoedigd wordt.

De behandelgroep
De afsluiting van de behandeling vindt plaats vanuit de behandelgroep. In het eerder genoemde vertrekplan wordt aangegeven hoe de patiënt wordt voorbereid op het ontslag uit de klinische setting.

De interne woonvorm
Een woonvorm binnen de muren van de kliniek met een grote mate van zelfstandigheid, maar tevens toezicht en controle door de stafleden werkzaam in de kliniek. Tevens met de directe mogelijkheid van een beroep doen op sociotherapeutische hulpverlening. Deze woonvorm is vooral bestemd voor die patiënten, die na hun klinische behandeling weer bij hun ouders gaan wonen.

De externe woonvorm
Een woonvorm gesitueerd buiten de instelling in een woonwijk in Halsteren met een grote mate van zelfstandigheid en een sterke mate van individualisatie van het wonen. De hulpverlening staat hierbij zowel letterlijk als figuurlijk op enige afstand. Deze woonvorm is vooral bestemd voor die patiënten, die na hun klinische behandeling geheel zelfstandig hun leefsituatie gaan inrichten. Deze woning ligt in het dorp, maar toch op loopafstand van de kliniek.

<u>Het vertrekplan</u>
Alvorens de patiënt de kliniek verlaat stelt hij of zij een vertrekplan op. Het vertrekplan bevat een eindevaluatie van de behandeling in één van de groepen en concrete plannen waarin de patiënt aangeeft hoe en wanneer hij of zij de behandeling in de gemeenschap afrondt, welke leefsituatie na vertrek de patiënt voor zichzelf voor ogen heeft, welke doelen nog gerealiseerd dienen te worden en welke activiteiten hiervoor nog ondernomen dienen te worden. (Van het format van een vertrekplan hebben wij een voorbeeldexemplaar gekregen).

- Evaluatie van de behandeling in de gemeenschap. Hierin beschrijft de jongere hoe hij de behandeling heeft ervaren.
- Planning afronding verblijf.
- Geplande leefsituatie na ontslag uit de klinische behandeling.
- De rugzak, met daarin het behandelresultaat. Hierin beschrijft de cliënt wat hij allemaal in zijn zogenaamde 'rugzak' heeft. Hij beschrijft zijn kwaliteiten, talenten en wat hij geleerd heeft tijdens de behandeling.
- Doelen voor de eindfaseperiode.
- Activiteiten voor de eindfaseperiode.
- De instinkers, de specifiek voor deze patiënt herkenbare situaties, gevoelens, of gedachtes die het behandelresultaat negatief kunnen beinvloeden. Een schema waarbij men ingaat op het voorkomen van een terugval. Hierin wordt achtereenvolgens beschreven wat de signalen zijn, de instinkers en wat hierbij de actie is die ondernomen moeten worden.
  Het vertrekplan wordt besproken en vastgesteld in de behandelplanbesprekingen, nadat het eindfaseteam tot een positief advies en een eventueel voorstel tot plaatsing in één der woonvormvoorzieningen is gekomen. Zoals na elke fase van de behandeling wordt ook deze fase afgerond met een presentatie in het afdelingsoverleg door de patiënt zelf.

<u>De vertrekfasering</u>
Om tot een goede fasering in de psychotherapeutische behandeling te komen vindt 'de Viersprong' het van belang reeds in een vroeg stadium aandacht te besteden aan de situatie na de klinische behandeling. Al is de behandeling nog maar net begonnen, toch wordt tijdens de tweede behandelplanbespreking de vraag gesteld hoe het behandelteam en de patiënt zelf denkt over de leefsituatie van de patiënt na de behandeling. Dit wordt het toekomstgesprek genoemd. Vaak worstelt de patiënt nog met motivatieproblemen en is er

een toename van de opname-klachten, doordat de druk op de patiënt van de groep en het behandelteam toeneemt om afstand te doen van "oude" gedachtes en gedrag in ruil voor nieuwe gedragingen. Het is dan ook meer op z'n plaats het eindfaseteam met deze taak te belasten, het bevragen van het behandelteam over een prognose van de eindsituatie. Het eindfaseteam, die de patiënt enkel oppervlakkig kent vanuit de beginnersmoduul, reflecteert de prognose vanuit de tweede (week 18) behandelplanbespreking in de derde (week 30) bespreking door middel van een eerste voorzichtige indicatie voor één van de vormen van vertreksituaties. Echter zijn er ook 2 sociotherapeuten binnen het eindfaseteam werkzaam, die de clienten veelal ook al vanuit de leefgroep kennen. Hierbij kan het eindfaseteam ook gebruik maken van de informatie en wensen vanuit het veldgesprek (gesprek tussen onder andere de ouders en verwijzer met vertegenwoordigers van de instelling), welke ook tussen de tweede en derde behandelplanbespreking plaatsvindt.
Na deze derde behandelplanbespreking maakt de patiënt een afspraak met de sociaal psychiatrisch verpleegkundige over het bespreken van de wensen, mogelijkheden en onmogelijkheden in de eindfase van de klinische behandeling. Hierna kan de patiënt in goed overleg met zijn of haar psychotherapeut en onder begeleiding van zijn of haar persoonlijk begeleider starten met het opstellen van het vertrekplan.
Tijdens de vierde behandelplanbespreking (week 40 of eerder) kan het behandelteam het vertrekplan definitief vaststellen en kan de eventuele plaatsingsdatum voor één der woonvormen worden vastgesteld.

Stappenplan
Vraagstelling door eindfaseteam in de tweede BPB.
Eerste indicatiestelling tijdens de derde BPB, als voorbode voor het eerste overleg tussen de sociaal psychiatrisch verpleegkundige en de patiënt over de invulling van de laatste periode van de klinische behandeling.
Alvorens de patiënt zijn of haar vertrekplan opstelt consulteert deze minimaal de psychotherapeut, de SPV'er, maatschappelijk werk en de klassementor van de eindfase.
De patiënt stelt zijn of haar vertrekplan op onder begeleiding van de persoonlijk begeleider.
Het eindfaseteam beoordeelt het vertrekplan en adviseert het behandelteam.
Tijdens de vierde BPB (niet later dan week 40 van de klinische behandeling) wordt het vertrekplan door het behandelteam vastgesteld.

Het programma
Tijdens de eindfase zal een groot deel van de dag door de patiënt worden besteed aan school en/of een andere geïndiceerde dagbesteding zoals het doorlopen van een stage buiten de instelling.
Daarnaast is er aandacht voor het organiseren, realiseren en onderhouden van het sociaal netwerk, omdat deze vaak erg slecht is. Indien nodig is er aandacht voor het zoeken naar geschikte woonruimte, het regelen van de financiele zekerheden en het nazorgtraject de vrijetijdsbesteding en de gezinssituatie. Dit alles geïntegreerd in de doelen aangegeven in het eerder genoemde vertrekplan.
Gedurende de gehele behandeling, dus ook in deze fase, is de individuele psychotherapeut verantwoordelijk voor de inhoud en kwaliteit van de behandeling. De uitvoering wordt ter hand genomen door het eindfaseteam, waarbij de milieutherapeut als teamleider en de sociaal psychiatrisch verpleegkundige als coördinator fungeert. Het eindfaseteam (ook verantwoordelijk voor de uitvoering van de beginnersmoduul) neemt bij de interne overplaatsing van een van de behandelgroepen naar een van de woonvormen de specifieke taken van persoonlijk begeleider voor hun rekening.
De SPV'er en de twee sociotherapeuten van de eindfase kennen één van de drie woonvoorzieningen als primair aandachtgebied (verzorgen bijvoorbeeld in dat huis het huiskamergesprek) en worden tevens begeleider van een aantal patiënten, waarbij deze zich dan in alle drie van de voorzieningen kunnen zijn geplaatst.

Naast het individuele programma wordt van de patiënt verwacht deel te nemen aan een aantal gezamelijke programma-onderdelen:

- Werkbespreking: wekelijkse bespreking met alle patiënten over de stages, school, geldzaken en andere specifieke doelen van patiënten in de eindfase, onder begeleiding van twee leden van het eindfaseteam. Hierbij wordt teruggekeken op de afgelopen week en vooruit gekeken naar het weekend.
- Huiskameroverleg: wekelijkse bespreking met alle patiënten van een van de woonvoorzieningen over de leefregels en het huishouden binnen de woonvorm, onder begeleiding van een sociotherapeut c.q. SPV'er.
- Themagesprek: tweewekelijkse bijeenkomst met alle patiënten over een voor de eindfase relevant onderwerp onder begeleiding van één der leden van het eindfaseteam (SPV of maatschappelijk werker). Hierbij kan ook gebruik worden gemaakt van gastsprekers. Zoals de naam al zegt, wordt er gewerkt met verschillende thema's, waarbij de jongeren in eerste instantie kiezen waar men het over gaat hebben. Thema's die besproken kunnen worden zijn bijvoorbeeld:
    - Afscheid nemen
    - Hoe vertel je in je omgeving over je opname en behandeling en hoe kan je hiermee omgaan? Wat vertel je over gaten in je cv?
    - Relaties/Vriendschap/Sociale contacten
    - Seksualiteit
    - Geld
    - Relaties met ouders
    - Zelfzorg
    - Voorbereiding op terugval
    - Omgang met medicatie
    - Solliciteren
    - Vrijetijdsbesteding
- Persoonlijk Begeleiding: op indicatie hebben de persoonlijk begeleiders met enige regelmaat individuele gesprekken met de patiënten over de realisatie van de doelen van het vertrekplan.
- Overige: daarnaast kan op indicatie en op verzoek van het eindfaseteam of de individuele psychotherapeut de patiënt deelnemen of gebruik maken van de overige op de jeugdafdeling voor handen zijnde programma-onderdelen, zoals individuele psychotherapie, een moduul, vaktherapie, of zoals bijna als regel de gezinstherapie

<u>Het eindfaseteam</u>

Het eindfaseteam staat onder leiding van de milieutherapeut, waarbij de coördinatie van de uitvoering wordt verzorgd door de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV). Het team bestaat verder uit de maatschappelijk werker en op basis van deeltijd een tweetal sociotherapeuten. De sociotherapeuten zijn voor 16 tot 18 uur per week inzetbaar voor de eindfase en zijn afkomstig van de twee behandelteams van unit 1 en 2. Op deze wijze ontstaat een brugfunctie tussen de unitteams en het eindfaseteam. Naast het leveren van een bijdrage in de 24-uurs zorg van de teams vervullen zij tevens het persoonlijk begeleiderschap van 1 of 2 patiënten in de behandelgroepen. Onder coördinatie van de SPV participeren de sociotherapeuten in de beginnersmoduul.
Het eindfaseteam komt wekelijks in vergadering in een teamoverleg, waarin zowel de evaluatie van de vertrekplannen, als de onderwerpen voor het regulier werkoverleg aan de orde komen.

Bijlage 5
Checklist ontslag Transit

Checklist ontslag voor cliënten Transit kliniek

Naam cliënt:……

- **Bestemd voor:** **Cliënten van de Transit kliniek**
- **Vastgesteld:** **mei 2009**

UITLEG

Over ongeveer 10 weken ga je met ontslag, de komende periode zal er nog het een en ander geregeld moeten worden. Dit hoef je niet alleen te doen. Samen met de verpleging ga je het afscheid voorbereiden. Deze checklist geeft aan wat er de komende weken geregeld en besproken gaat worden.

Met deze lijst is het overzichtelijk voor jou wat er gaat gebeuren. Tevens kun je in de open rondjes aankruisen wat je al geregeld/besproken hebt.

CHECKLIST

10 weken voor ontslag, datum:_____
Mijn groepsgenoten informeren over mijn ontslag.
Starten met deelname aan de ontslaggroep.
Met mijn IPB'er bespreken:
- welke verpleegdoelen zijn er nog af te ronden voor ik met ontslag ga .
- welke vaardigheden ik nog ga ontwikkelen voor ik met ontslag ga.

9 weken voor ontslag, datum:_____
Met mijn IPB'er een concreet stappenplan maken wat wanneer aan de orde komt in mijn ontslagfase.

8 weken voor ontslag, datum:_____
Met mijn IPB'er een gesprek voeren over het belang van goed afscheid nemen en de manieren waarop je dat kunt doen.

5 weken voor ontslag, datum:_____
Met mijn IPB'er afspraken op welke wijze ik afscheid zal nemen van mijn groepsgenoten en de teamleden.
Met mijn IPB'er een gesprek voeren. Hierin kan o.a. besproken worden:
- de gevoelens die het ontslag bij mij oproept .
- mijn verwachtingen na ontslag.
- vragen die ik nog heb (bijv. over mijn vervolgplek).

4 weken voor ontslag, datum:_____
Afspraak plannen met maatschappelijk werker.

3 weken voor ontslag, datum:_____
Met mijn IPB'er en/of maatschappelijk werker praktische regelzaken doornemen voor mijn ontslag.

2 weken voor ontslag, datum:_____
Met mijn IPB'er een evaluatiegesprek voeren:
- welke doelen ik tijdens mijn behandeling heb behaald.
- hoe ik de kwaliteit van de groepsbegeleiding ervaren heb.

1 week voor ontslag, datum:_____
Afscheid nemen tijdens de groepsmomenten:
- KTB
- PMT
- Psychotherapie
- GMO

Individueel afscheid nemen van:
- IPB'er
- Behandelaar
- Andere verpleegkundigen
- PMT'er?
- KTB'er?

De week van ontslag, datum:_____
Kamer opruimen en schoonmaken.
Tijdens de CTO afscheid nemen van de grote groep.

Bijlage 6
Handleiding ontslaggroep

Inleiding

Deze handleiding is bedoeld voor alle medewerkers van de Transit Kliniek om te gebruiken als leidraad bij het opzetten en begeleiden van de ontslaggroep. Het is de bedoeling dat met deze handleiding invulling wordt gegeven aan een reeks van 10 thema's, waarna deze zich steeds weer zullen herhalen. Eén van deze thema's is opengelaten, om door de cliënten te laten invullen. De thema's hebben allen te maken met ontslag.

Wij hopen dat deze handleiding voldoende informatie geeft om aan de ontslaggroep vorm te geven.

Hoofdstuk 1
De ontslaggroep

§1.1 Doel van de ontslaggroep
Het doel van de ontslaggroep is dat cliënten begeleid worden in de overstap van de kliniek naar ontslag. Voor iedere cliënt zal dit er anders uit zien, omdat iedere cliënt een ander vervolgtraject heeft. Toch zijn er veel gemeenschappelijke punten waar de cliënten mee te maken hebben en waar ze tegenaan kunnen lopen, bijvoorbeeld het nemen van afscheid, het weer thuis zijn of het beginnen aan een vervolgbehandeling. In deze ontslaggroep kunnen de cliënten hier onder begeleiding samen over praten en elkaar advies geven.

§ 1.2 De opzet van de ontslaggroep
De ontslagfase is bedoeld voor cliënten die in de ontslagfase van de klinische behandeling zitten of die net zijn overgestapt van de klinische behandeling naar de deeltijdbehandeling. Het is de bedoeling dat de ontslaggroep wekelijks een bijeenkomst heeft, cliënten nemen 10 weken lang deel aan deze groep. Iedereen kan op elk moment instappen, doordat er gewerkt wordt met thema's die elkaar steeds weer opvolgen. Deze thema's hebben allen te maken met het ontslag. Het is de bedoeling dat er aangesloten wordt bij de vragen van cliënten. Er zullen verschillende thema's aan bod komen:

- Coping & terugvalpreventie
- Financiën
- Ontslag en weer naar huis
- Afscheid
- Rugzak
- Zelfzorg
- Dagbesteding
- Sociale contacten
- Van overleven naar leven

Eén thema is vrijgelaten voor vrije invulling van de cliënten. Dat betekent officieel dat de cliënten eens in de 10 weken een thema zelf invullen. In de praktijk kan dit in overleg echter ook vaker (of juist minder vaak) plaatsvinden, afhankelijk van de behoeften van cliënten. De vastgestelde thema's worden in deze handleiding verder uitgewerkt in het volgende hoofdstuk.

Opbouw
Iedere bijeenkomst zal dezelfde opbouw hebben:

- In de eerste 5 minuten is er tijd om kort terug te kijken op de vorige bijeenkomst, nieuwe cliënten te verwelkomen en uitleg te geven over de groep.
- Vervolgens vindt de introductie van het thema plaats en wordt er over het thema gesproken.
- De laatste 5 minuten worden gebruikt om het thema van de volgende keer af te spreken en te kijken welke voorbereiding hiervoor nodig is.
- Wanneer een cliënt voor de laatste maal bij de ontslaggroep aanwezig is, kan hier de laatste 5 minuten bij worden stilgestaan. Cliënten kunnen de betreffende cliënt dan nog wat meegeven, in de trant van tips en wensen.

Inzet personeel
Per thema staat beschreven door welke discipline dit thema het beste kan worden ingevuld. Hierbij hebben we rekening gehouden met het vakgebied van de verschillende disciplines en de kennis die zij kunnen overdragen.

Belangrijk
Belangrijk is dat de cliënten gemotiveerd en voorbereid naar de bijeenkomst komen, zodat zoveel mogelijk uit de thema's gehaald kan worden. Van elke cliënt wordt inzet verwacht en

daar waar nodig een goede voorbereiding. Daarom is het belangrijk om binnen de thema's aan te sluiten bij de vragen en de wensen van de cliënten. In de uitwerking van de thema's is ook hier aandacht aan besteed.
Verder is het de bedoeling dat tijdens de bijeenkomsten cliënten zelf verantwoordelijkheden hebben en samen het uur invullen, met behulp van de persoon die de bijeenkomst leidt.

Hoofdstuk 2
Uitwerking van de thema's

In dit hoofdstuk vindt u een invulling van de ontslaggroep per thema. Per thema zijn er een aantal gesprekonderwerpen waar aandacht aan besteed kan worden. Het is de taak van de begeleiding om onderwerpen aan te dragen, maar hierbij de inbreng van cliënten te stimuleren en aan te sluiten bij de wensen van cliënten.

Tussen de thema's is er een verschil in opbouw en invulling. Het ene thema is breder uitgewerkt, terwijl het andere thema nog meer open ligt. Wij hebben geprobeerd voor ieder thema iets tastbaars aan te dragen dat gebruikt kan worden.

Belangrijk nog te noemen is dat de volgorde die wij hanteren in de handleiding, niet de volgorde hoeft te zijn waarin de thema's besproken dienen te worden. De keuzes voor de thema's zullen samen met de cliëntengroep genomen worden aan het einde van iedere bijeenkomst, zodat aangesloten wordt bij de vraag van cliënten. In de praktijk kan het dan zelfs betekenen dat, indien dit mogelijk is, een bepaald thema vaker aan bod komt dan een ander thema.

Coping en terugvalpreventie

Inzet personeel
Verpleegkundige/ GGZ- agoog en psychotherapeut.

Voorbereiding
- Begeleiding: kopiëren van signaleringsplannen en het stencil *copinggedrag*.
- Cliënten: meenemen van eigen signaleringsplan.

Voorafgaand
- Nieuwe cliënten verwelkomen en kort uitleg geven over de ontslaggroep.
- Terugkijken op vorige bijeenkomst.

Inleiding
Ter inleiding van het onderwerp kan kort uitleg gegeven worden over *coping* en *terugvalpreventie*. Het kan goed zijn hierin een duidelijke tweedeling te maken.
Vervolgens is het goed om te vertellen dat de kans op terugval altijd aanwezig is en dat dit een normale ontwikkeling is. Dus mocht de cliënt een terugval krijgen, is dit geen gevolg van persoonlijk falen. Daarnaast is het belangrijk aan te geven dat wanneer een cliënt een mindere dag heeft, dit niet meteen hoeft te duiden op een terugval. Er kan gericht gekeken worden naar manieren om een terugval te voorkomen.
Daarnaast zullen er problemen zijn, waar vrijwel iedereen tijdens het leven mee te maken kan krijgen, bijvoorbeeld het overlijden van een dierbare of het stuklopen van een relatie. Tijdens dit uur kan gekeken worden naar manieren waarop men hiermee om kan gaan.

Thema
Er wordt aan de cliënten gevraagd waar zij het graag over willen hebben binnen het thema 'coping en terugvalpreventie'.

Mogelijke onderwerpen
- Hoe herkennen de cliënten een terugval bij zichzelf?
- Wat houdt dit voor hen in?
- Het belang van medicatie en juiste omgang met medicatie.
- Helpende factoren om terugval te voorkomen.
- Wat doet men als hij/zij een terugval heeft?
- Uitleg coping en copinggedrag: de manier waarop iemand met problemen omgaat, anticiperen op nieuwe problemen.
- Informatie over copinggedrag: zie hiervoor het schema in de bijlage.
- Copinggedrag bij de cliënten.

Hulpbronnen
- Het signaleringsplan.
- Het stencil over copinggedrag.

Afsluiting
- De cliënten worden bedankt voor hun bijdrage.
- Er wordt gezamenlijk gekeken naar een thema voor de volgende bijeenkomst en de voorbereiding hiervan.
- Van cliënten die voor het laatst aanwezig zijn bij de ontslaggroep wordt afscheid genomen.

Transit kliniek
Ontslaggroep

Onderwerp: coping en terugvalpreventie

Aanleiding	Signalen	Wat te doen	Beloop	Crisisplan	Resultaat

(zie hiervoor ook het complete signaleringsplan dat op de afdeling beschikbaar is)

Transit kliniek
Ontslaggroep

Onderwerp: coping en terugvalpreventie

De term coping wordt gebruikt om de manier aan te duiden waarop je met tegenslagen omgaat en problemen oplost, ook wel aangeduid als copinggedrag of copingstijl. Wellicht heb je tijdens de behandeling inzicht gekregen in jouw eigen copinggedrag.

Er worden veelal 7 stijlen van coping gedefinieerd. Door middel van dit informatieblad willen we je hier inzicht in geven.

Copinggedrag

1. *Sociale steun zoeken:* het zoeken van troost, begrip en hulp, waarbij direct wordt overgegaan tot het delen van het probleem met anderen om vervolgens het probleem gezamenlijk aan te pakken en op te lossen.
2. *Vermijden en afwachten:* dit gedrag is niet gericht op het oplossen van het probleem, maar op het vermijden ervan.
3. *Afleiding zoeken:* hierbij houdt men zich met andere zaken bezig, om niet aan het probleem te hoeven denken. Hierbij wordt geprobeerd zich prettiger te voelen door bijvoorbeeld te roken, te drinken of manieren te zoeken om tot ontspanning te komen.
4. *Destructief reageren en het uiten van kwaadheid:* hierbij wordt men als reactie op het probleem agressief of boos. Deze agressie en boosheid kan zich richten op zichzelf of de omgeving.
5. *Actief aanpakken:* dit gedrag richt zich op het aanpakken van het probleem. Dit kan gedaan worden door het probleem (rustig) van alle kanten te bekijken, de zaken op een rij te zetten en doelgericht en met vertrouwen te werk te gaan om het probleem op te lossen.
6. *Positief denken:* door positief te denken wordt de zaak van de zonnige kant bekeken en stelt men zich gerust met de gedachte dat het wel mee zal vallen.
7. *Wensdromen:* hopen dat alles goed komt en dat het in de toekomst beter zal gaan.

<u>Probeer na te gaan welke copingstrategie jij hanteert, wanneer je deze hanteert en welke positieve en negatieve gevolgen je dit oplevert. Bedenk hierbij ook welke copingstrategie jou wellicht meer positieve gevolgen op zou kunnen leveren en ga na hoe en wanneer je deze copingstrategie in kunt zetten.</u>

Financiën

Inzet personeel
Maatschappelijk werker.

Voorbereiding
- Begeleiding: eventuele hulpbronnen kopiëren.
- Cliënten: uitzoeken hoe eventuele nazorg wordt gefinancierd en kijken of dit inmiddels geregeld is. Website van het NIBUD bekijken en vragen met betrekking tot financiën voorbereiden.

Voorafgaand
- Nieuwe cliënten verwelkomen en kort uitleg geven over de ontslaggroep.
- Terugkijken op vorige bijeenkomst.

Inleiding
Financiën is een erg breed onderwerp. Het kan binnen dit onderwerp gaan over financiering van de nazorg, maar ook om de financiën van de cliënt zelf. De regelgeving van de AWBZ is begin 2009 gewijzigd, waardoor er veel onduidelijkheden kunnen zijn. Daarnaast zijn er nog een aantal andere regelingen waar de cliënten mee te maken kunnen hebben. In dit thema kan hierover gesproken worden.

Thema
Er wordt aan de cliënten gevraagd waar zij het graag over willen hebben binnen het thema 'financiën'.

Mogelijke onderwerpen
- De AWBZ: wat valt er wel en niet onder?
- De WMO: wat is de WMO, wat valt er wel en niet onder en hoe krijg ik WMO?
- Eigen financiën: hoe gaan de cliënten om met geld, hoe komen ze rond?
- Uitleg over het opstellen van een budgetplan.
- Vergoedingen: reiskosten, medicatie.
- Financiële voorzieningen: maken de cliënten gebruik van hun rechten?

Hulpbronnen
- http://www.minvws.nl/dossiers/awbz/voor-burgers/vragen-en-antwoorden/default.asp#a1 (AWBZ).
- http://www.minvws.nl/dossiers/wmo/voor-burgers/vraag-en-antwoord/ (WMO).
- http://www.weldergroep.nl/uitkeringen (uitkeringen).
- http://www.nibud.nl/ (NIBUD).
- Stencil: wat zijn tips voor niks?
- Stencil: uitkomen met inkomen.

Afsluiting
- De cliënten worden bedankt voor hun bijdrage.
- Er wordt gezamenlijk gekeken naar een thema voor de volgende bijeenkomst en de voorbereiding hiervan.
- Van cliënten die voor het laatst aanwezig zijn bij de ontslaggroep wordt afscheid genomen.

Ontslag en thuis zijn

Inzet personeel
Verpleegkundige/ GGZ- agoog.

Voorbereiding
- Begeleiding: geen.
- Cliënten: geen.

Voorafgaand
- Nieuwe cliënten verwelkomen en kort uitleg geven over de ontslaggroep.
- Terugkijken op vorige bijeenkomst.

Inleiding
De afgelopen maanden hebben de cliënten doorgebracht in de kliniek. Nu is de tijd (bijna) aangebroken dat ze met ontslag gaan. In dit thema wordt besproken wat met ontslag gaan (op verschillende gebieden) inhoudt. Ook wordt aandacht besteed aan het weer vaker en langer thuis zijn en zaken die hierbij komen kijken. Misschien gaan cliënten niet naar huis, maar naar een andere plek. Ook in dat geval zal er verschil zijn met de behandeling binnen de Transit kliniek en kan hierop worden aangesloten.

Thema
Er wordt aan de cliënten gevraagd waar zij het graag over willen hebben binnen het thema 'ontslag'.

Mogelijke onderwerpen
- Met ontslag gaan: wat betekent dat voor de cliënten?
- Ontslag Transit: wat houdt dat in? Wat laten cliënten achter? Hoe bereiden zij zich voor?
- Wat moeten cliënten nog regelen? Hoe bereiden zij zich voor op het weer volledig thuis zijn?
- Thuis zijn: wat betekent dat? Hoe gaan cliënten om met het alleen zijn?
- Wat zijn de verschillen tussen het opgenomen zijn in de kliniek en het weer volledig thuis wonen?
- Hoe gaan cliënten het huishouden runnen?
- Hoe gaan ze om met vragen omtrent de behandeling?
- Wat verwachten ze van hun omgeving als ze weer thuis zijn?
- Hoe zorgen zij thuis voor zichzelf?
- Verschil externe en interne motivatie en verschillen hierin tussen de kliniek en thuis. Hier is de motivatie veelal extern, bijvoorbeeld doordat cliënten ook voor anderen koken. Thuis zullen zij dit (vaak) alleen voor zichzelf moeten doen.

Hulpbronnen
Geen.

Afsluiting
- De cliënten worden bedankt voor hun bijdrage.
- Er wordt gezamenlijk gekeken naar een thema voor de volgende bijeenkomst en de voorbereiding hiervan.
- Van cliënten die voor het laatst aanwezig zijn bij de ontslaggroep wordt afscheid genomen.

Afscheid

Inzet personeel
Verpleegkundige/ GGZ- agoog.

Voorbereiding
- Begeleiding: geen.
- Cliënten: geen.

Voorafgaand
- Nieuwe cliënten verwelkomen en kort uitleg geven over de ontslaggroep.
- Terugkijken op vorige bijeenkomst.

Inleiding
De opname binnen de Transit kliniek bestaat uit een lange en intensieve behandeling. Gedurende de behandeling zijn cliënten veel in contact met groepsgenoten, andere cliënten op de afdeling en verschillende disciplines. Misschien hebben zij met een aantal mensen een goede (werk)relatie opgebouwd. Nu ze in de ontslagfase zitten, komt het afscheid van deze mensen in zicht. Binnen Transit vinden wij het van groot belang zorgvuldig afscheid van deze mensen te nemen.

Thema
Tijdens het uur kan betekenis gegeven worden aan het woord *afscheid* en aandacht besteed worden aan de verschillende wijzen waarop cliënten tegen het afscheid aankijken. Ook kan het gaan over verschillende manieren van het nemen van afscheid, wat cliënten hierbij van belang vinden en de gevoelens die het afscheid oproept.

Mogelijke onderwerpen
- Wat is afscheid?
- Hoe nemen cliënten afscheid?
- Hoe gaan zij na het afscheid verder?
- Wat vinden zij van afscheid nemen?
- Aan de hand van het verhaal van Toon van Tellegen het onderwerp afscheid bespreken.

Hulpbronnen
- Verhalen van Toon Tellegen.

Afsluiting
- De cliënten worden bedankt voor hun bijdrage.
- Er wordt gezamenlijk gekeken naar een thema voor de volgende bijeenkomst en de voorbereiding hiervan.
- Van cliënten die voor het laatst aanwezig zijn bij de ontslaggroep wordt afscheid genomen.

Transit kliniek
Ontslaggroep

Onderwerp: Afscheid

'Ik moet op reis, eekhoorn, ' zei de mier op een ochtend.
Zij zaten op de tak voor de deur van de eekhoorn. De eekhoorn was nog maar net wakker en geeuwde nog.
'En je moet niet vragen of het echt moet, ' zei de mier, ' want het moet.'
'Maar dat vraag ik helemaal niet, ' zei de eekhoorn.
'Nee, maar je stond wel op het punt om dat te vragen, wees maar eerlijk.'
De eekhoorn zweeg.
'Het minste wat we kunnen doen', zei de mier, 'is op een kalme manier afscheid nemen.'
'Ja, ' zei de eekhoorn.
'Dus niet met gejammer en tranen en wat zal ik je missen en kom gauw terug en zo - daar heb ik toch zo'n hekel aan, eekhoorn, als je dat eens wist...'
De eekhoorn knikte.
'Als jij nou in de deuropening gaat staan...' zei de mier.
De eekhoorn ging in de deuropening staan.
De mier gaf hem een hand en zei: 'Nou, eekhoorn, tot ziens dan.'
'Dag mier, ' zei de eekhoorn. 'Goede reis.'
Maar de mier was niet tevreden over het afscheid en bleef staan.
'Die brok in je keel, eekhoorn, ' zei hij, 'die hoorde ik wel!'
Ze probeerden het opnieuw en nu zei de mier dat hij een traan zag blinken in het oog van de eekhoorn en vond hij 'Goede reis' niet goed.
'Je vindt het erg, eekhoorn, je vindt het heel erg, ik zie het wel!'
De eekhoorn zweeg.
'Doe toch kalm!' riep de mier.
Ze probeerden het nog een keer met 'Beste reis', en een keer zonder woorden, zonder elkaar aan te kijken. De eekhoorn deed zo kalm als hij nog nooit had gedaan. Maar de mier vond het niet goed.
'Zo kan ik niet op reis gaan, ' zei hij verongelijkt. 'Terwijl het in feite moet. Echt moet!'
'Ja, ' zei de eekhoorn.
Daarna zwegen zij en zaten in het licht van de opkomende zon op de tak voor de deur van de eekhoorn. Het bos rook naar dennenhout en in de verte zong de lijster.

Transit kliniek
Ontslaggroep

Onderwerp: Afscheid

Op een dag nam de mier afscheid van de eekhoorn.
'Ik ga voor geruime tijd op reis,' zei hij, 'maar ik weet niet voor hoe lang. Ik neem dus maar zó afscheid dat het voor heel lang kan zijn.'
Zij schudden elkaar vijf keer de hand en omhelsden elkaar ook zoals het bij een afscheid voor langere tijd hoort.
'Laat je nog iets van je horen?' vroeg de eekhoorn.
De mier had zich al omgedraaid en riep, terwijl hij langs het bospad liep: 'Ja!'
Even later was hij uit het gezicht verdwenen en bleef de eekhoorn alleen achter. Wat zou het voor reis zijn? Dacht hij. Maar hij wist hoe weinig je kon zeggen van reizen die nog moesten beginnen.
Niet lang daarna ontving de eekhoorn een brief.

Beste eekhoorn,
Ik ben nu volledig op reis. Ik heb je beloofd dat k iets van mij zou laten horen. Als je straks een uitroepteken leest laat ik iets van mij horen.
Lees je goed? Let op!

Op dat moment klonk er een zacht gefluit dat onmiskenbaar het gefluit van de mier was.
'Mier!' riep de eekhoorn opgetogen. Hij draaide de brief om en om, keek tussen alle letters en toen in de envelop en op de grond, maar er was geen spoor van de mier te bekennen. Hij begon opnieuw te lezen, en weer hoorde hij, toen hij het uitroepteken las, hetzelfde zachte gefluit. Als hij lang naar het uitroepteken keek kon hij zelfs een liedje herkennen dat de mier dikwijls floot.
Hij deed de brief in de envelop en legde hem op de tafel naast zijn bed.
Hij moest heel ver weg zijn, dacht de eekhoorn. Maar hij denkt aan mij!
De zon scheen en de eekhoorn ging op de tak voor zijn deur zitten. Maar telkens stond hij op en ging hij naar binnen om de brief nog eens te lezen, en telkens als hij bij het uitroepteken kwam hoorden hij weer het zachte fluiten van de mier die van ver weg iets van zich liet horen. En telkens schudde de eekhoorn zijn hoofd, glinsterden zijn ogen en dacht hij: mier, mier!

Rugzak

Inzet personeel
Verpleegkundige/ GGZ- agoog en creatieve therapeut.

Voorbereiding
- Begeleiding: zorg dragen voor het benodigde materiaal: rugzak, papier, stiften, kwaliteitenspel.
- Cliënten: geen.

Voorafgaand
- Nieuwe cliënten verwelkomen en kort uitleg geven over de ontslaggroep.
- Terugkijken op vorige bijeenkomst.

Inleiding
Toen de cliënten werden opgenomen, hadden ze waarschijnlijk een 'rugzak' vol problemen en moeilijkheden. Tijdens de behandeling hebben ze hier aan gewerkt en, hopelijk, is deze rugzak wat lichter geworden. In dit uur willen we het graag hebben over een nieuwe rugzak, namelijk: wat nemen cliënten mee vanuit deze behandeling naar huis? Hierbij gaat het om kwaliteiten en talenten van de cliënt, doelen die behaald zijn en vaardigheden die tijdens de behandeling zijn aangeleerd. Het gaat dus eigenlijk om een rugzak vol zaken die de cliënten in hun verdere leven kunnen helpen.

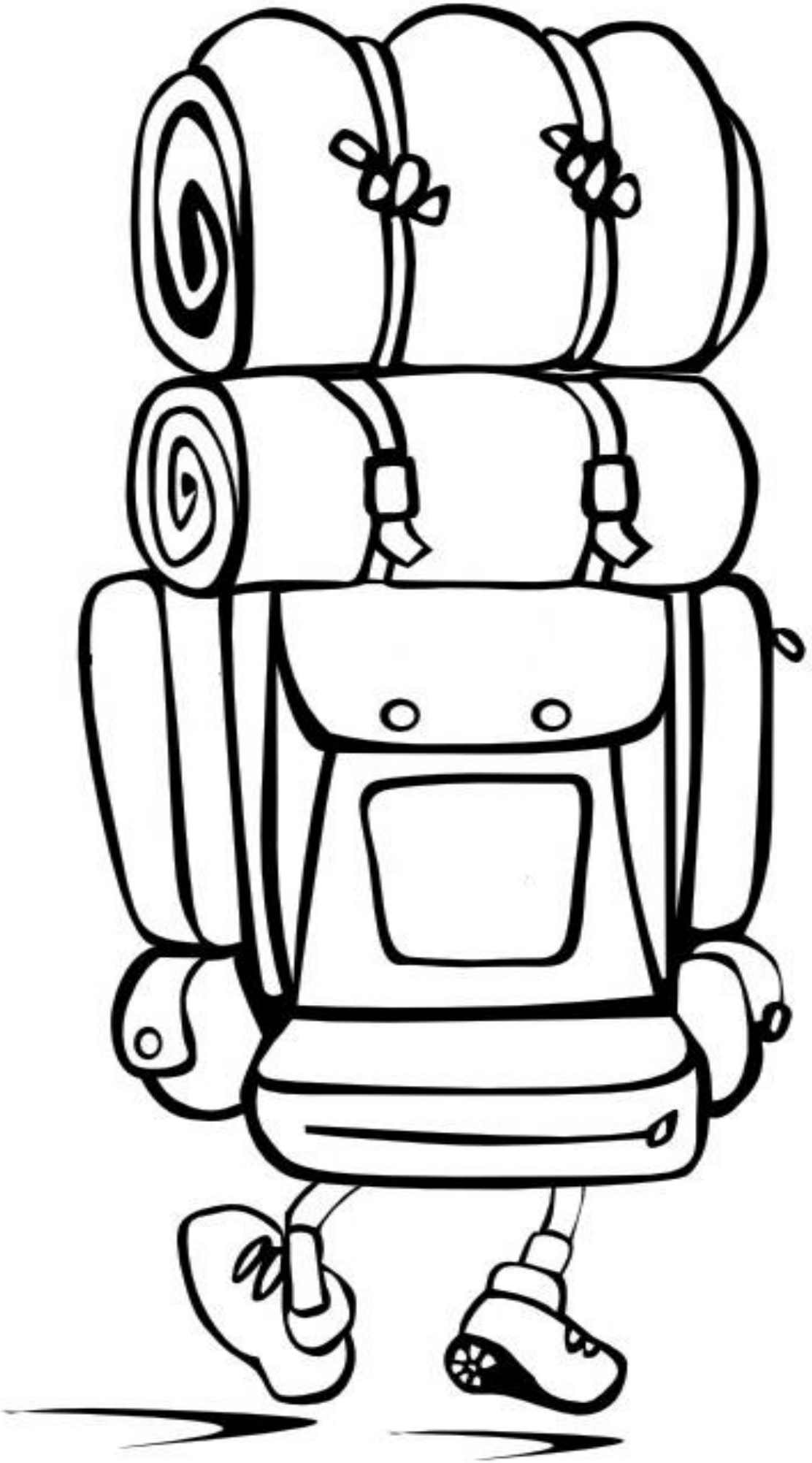
Thema
Tijdens dit uur is het belangrijk dat de cliënt talenten en kwaliteiten van zichzelf kan benoemen, kan verwoorden wat hij of zij tijdens de behandeling geleerd heeft en kan vertellen hoe hij of zij dit geleerde, de kwaliteiten en de talenten kan gebruiken in de thuissituatie.

Mogelijke onderwerpen
- Er kan begonnen worden met het individueel opschrijven (of tekenen) van zaken die de cliënt vanuit de behandeling meeneemt. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de afgebeelde rugzak, maar cliënten kunnen hieraan ook een eigen invulling geven.
- Vervolgens kan dit in de groep worden besproken. Cliënten kunnen uitleg geven over hun rugzak en groepsgenoten kunnen hierop feedback of aanvullingen geven.
- Hoe en wanneer zetten cliënten hun kwaliteiten en talenten in?
- Hoe brengen cliënten hetgeen zij tijdens de behandeling geleerd hebben in de praktijk in de thuissituatie? (voorbeelden van situaties)
- Er kan tevens gebruik gemaakt worden van het 'kwaliteitenspel', waarbij cliënten voor zichzelf en elkaar kwaliteiten kunnen benoemen. Hierbij kan worden ingegaan op het inzetten van deze kwaliteiten in bepaalde situaties en inzien hoe nuttig en belangrijk hun kwaliteiten zijn. Tijdens dit spel wordt enkel gebruik gemaakt van de kaarten met kwaliteiten, niet die met vervormingen.

Hulpbronnen
- De tekening van een rugzak of een leeg vel papier waar een eigen rugzak op gecreëerd kan worden.
- Het kwaliteitenspel, van Peter Gerricksen.

Afsluiting

- De cliënten worden bedankt voor hun bijdrage.
- Er wordt gezamenlijk gekeken naar een thema voor de volgende bijeenkomst en de voorbereiding hiervan.
- Van cliënten die voor het laatst aanwezig zijn bij de ontslaggroep wordt afscheid genomen.



Zelfzorg

Inzet personeel
Verpleegkundige/ GGZ- agoog.

Voorbereiding
- Begeleiding: lezen van het stencil 'zelfzorg'.
- Cliënten: lezen van het stencil 'zelfzorg'.

Voorafgaand
- Nieuwe cliënten verwelkomen en kort uitleg geven over de ontslaggroep.
- Terugkijken op vorige bijeenkomst.

Inleiding
Voorafgaand aan de behandeling hebben we in het wenthema stilgestaan bij het begrip zelfzorg en welke betekenis dit heeft binnen een opname in de kliniek. Nu willen we het nogmaals over dit begrip hebben, maar meer gericht op de zelfzorg in de thuissituatie.

Thema
Het begrip zelfzorg is erg breed. Het kan gaan over basale zaken zoals eten, douchen en slapen, maar het kan ook gaan over het bewaken van de eigen grenzen. Tijdens dit uur is het belangrijk aan te sluiten bij de cliënten en aan de hand hiervan het begrip zelfzorg en hieraan verwante zaken te bespreken.

Mogelijke onderwerpen
- Het begrip zelfzorg verhelderen.
- Wat is een goede zelfzorg?
- Wat betekent zelfzorg voor de cliënten?
- Wat hebben cliënten hier geleerd met betrekking tot zelfzorg?
- Hoe gaan zij thuis goed voor zichzelf zorgen?/ Wat hebben zij nodig?
- Het bewaken van grenzen en voor zichzelf opkomen.
- De balans in het dagelijks leven: slapen, eten, werken, studie, huishouden, sport, sociale contacten, hobby's. Wat is "normaal"?
- Zingeving en cultuur.

Hulpbronnen
- Stencil 'zelfzorg'.

Afsluiting
- De cliënten worden bedankt voor hun bijdrage.
- Er wordt gezamenlijk gekeken naar een thema voor de volgende bijeenkomst en de voorbereiding hiervan.
- Van cliënten die voor het laatst aanwezig zijn bij de ontslaggroep wordt afscheid genomen.

Transit kliniek
Ontslaggroep

Onderwerp: Zelfzorg

Voorafgaand en tijdens de behandeling is het onderwerp zelfzorg waarschijnlijk veelvuldig ter sprake gekomen. Tijdens de behandeling ben je in de gelegenheid geweest te leren van en te experimenteren met ander gedrag. Wellicht ben je daardoor beter in staat jouw problemen te hanteren en goed voor jezelf te zorgen. Nu je in de ontslagfase zit, vinden wij het van belang dit thema nogmaals te bespreken. We richten ons nu echter meer op de zelfzorg in de thuissituatie.

Wat is zelfzorg?
Vaak zorgen mensen goed voor anderen, maar vergeten zij hierbij zichzelf of ze vinden zichzelf het niet waard om goed voor te zorgen. Wat goed voor jezelf zorgen nou precies inhoudt, kan nog wel per persoon verschillen. Toch zijn er een aantal vaste punten te benoemen, die bij een goede zelfzorg van belang zijn. Wellicht heb je tijdens je behandeling aan (één van) deze punten gewerkt.

Basiszorg
Hieronder verstaan we de benodigde behoeften voor ieder mens om te kunnen functioneren: eten, drinken, slapen, lichaamsverzorging en uiterlijke verzorging. Onder invloed van psychische problemen of andere beperkingen kan het zijn dat je moeite hebt voor je zelf te zorgen of dat de kwaliteit hiervan te wensen overlaat. Wanneer je van een klinische opname weer naar huis gaat, kan het zijn dat je (opnieuw) tegen problemen wat betreft deze onderwerpen aanloopt. Zo is er binnen de Transit kliniek een vaste structuur, wat betreft eten, drinken en slapen. Wanneer je weer naar huis gaat, kan het lastig zijn om op vaste tijdstippen een (gezonde) maaltijd voor jezelf klaar te maken. Ook het binnenkrijgen van gevarieerd voedsel en vitamines is van belang.
Ook de lichaamsverzorging en uiterlijke verzorging behoren tot de basiszorg. Hierbij denken we onder andere aan: regelmatig douchen, haren wassen, het aantrekken van schone kleding.
<u>Wat versta jij onder het begrip basiszorg? Daarbij kun je kijken met welke onderwerpen jij het meest moeite mee hebt, welke onderwerpen voor jou van belang zijn en wat jij verstaat onder een goede basiszorg. Dit laatste betekent: wat vind jij voldoende en goed eten, drinken en slapen? En wat behoort tot een goede lichaams- en uiterlijke verzorging?</u>

Inspanning en ontspanning
Tijdens de behandeling op Transit had je te maken met een intensief therapieprogramma. Wellicht heb je tijdens deze behandeling geleerd een balans te vinden tussen inspanning en ontspanning. Dit kan bijvoorbeeld door een aantal rustmomenten of activiteiten in te plannen, die jou ontspanning geven.
Het is belangrijk te beseffen dat deze balans tussen inspanning en ontspanning na je ontslag wellicht zal veranderen. Dit kan bijvoorbeeld doordat je deeltijd behandeling gaat volgen, je heb dan geen eigen kamer meer om je op terug te trekken en je bent wellicht vroeg van huis en laat weer thuis. Het is belangrijk je op jouw nieuwe daginvulling voor te bereiden. Wellicht ga je thuis weer beginnen met werk, een studie, een andere behandeling of hobby's. Het is belangrijk hierin afwegingen te maken en te zorgen voor een balans tussen inspanning en ontspanning.
<u>Bedenk voor jezelf wat jij hierin een goede balans vindt en wat je doet om deze balans tussen inspanning en ontspanning te krijgen en te behouden. Hierbij kun je denken aan het aantal rustmomenten en de manier waarop je rust neemt. Ook kan het goed zijn een balans op te maken van: het aantal uur dat je werkt, je hobby's onderneemt, je slaapt, je met je huishouden bezig bent enzovoort. Je kunt hier eventueel eens een weekplanning voor gebruiken om voor jezelf inzichtelijk te maken hoe jouw week eruit ziet.</u>

Zorg voor gevoelens
Tijdens je behandeling op Transit heb je waarschijnlijk veel gevoeld en deze gevoelens met anderen gedeeld. Wellicht ben je tijdens je behandeling ook bezig geweest met het herkennen, erkennen en uiten van gevoelens. Dit is niet altijd gemakkelijk, maar je gevoelens horen er allemaal bij. Tijdens je behandeling op Transit kon je altijd hulp en ondersteuning vragen, wanneer je last had van heftige gevoelens. Wellicht heb je tijdens je behandeling gebruik gemaakt van een signaleringsplan, waarin je gevoelens leert herkennen en actie kan ondernemen.
Ga na wat je hebt geleerd ten aanzien van het reguleren en omgaan met gevoelens. Hoe ga je hier thuis mee om? Hoe kun je dit thuis opnieuw inzetten?

Zorg voor eigen veiligheid
Zaken als alcoholmisbruik, agressie, impulsieve acties, automutilatie, suicidaliteit en zelfverwaarlozing zijn zaken die je veiligheid in gevaar brengen. Tijdens je behandeling op Transit heb je wellicht geleerd deze zaken voor te zijn, actie te ondernemen en zo een crisis te voorkomen. Hier heb je misschien veelvuldig over gesproken, zowel in groepsmomenten als tijdens de individuele gesprekken. Hier heb je misschien ook wel je signaleringsplan voor gebruikt.
Ga na hoe je hier op Transit aan gewerkt hebt. Indien je een signaleringsplan hebt, bekijk dan in hoeverre deze van toepassing is op de thuissituatie en breng indien nodig veranderingen in dit plan aan.

Zorg voor een ander
In je groep hier op Transit ben je dagelijks in contact met mensen die het, net als jij, moeilijk hebben. Wellicht heb je tijdens je behandeling veel zorg gevoeld voor groepsgenoten. Misschien ging je hierin te ver door, waardoor je jezelf verloor en heb je tijdens je behandeling gewerkt om hier een balans in te vinden. Wanneer je straks met ontslag gaat, ben je niet meer dagelijks in contact met medecliënten (tenzij je naar de deeltijdbehandeling gaat). Toch zul je wellicht nog vaak gevoelens bij jezelf ontdekken van zorg naar anderen toe. Probeer hierbij je ervaringen binnen Transit te laten gelden en niet de problemen van een ander over te nemen. Met kleine dingen kun je zorg verlenen, zoals iemand een kaartje sturen of bellen met de mededeling dat je aan hem of haar denkt. Ook gewoon even bij iemand zijn kan al een heel grote steun zijn. Houd hierbij echter wel altijd je eigen grenzen in de gaten en geef deze ook aan. Je helpt de ander er niet mee als jij ook erg last hebt van zijn of haar probleem.
Bedenk in hoeverre je in je thuissituatie (of vervolgplek) verwacht zorg te voelen voor een ander. Bedenk hoe je hiermee om wil en kunt gaan en hoe je hierin jouw eigen grenzen kunt bewaken.

Dagbesteding

Inzet personeel
Verpleegkundige/ GGZ- agoog en maatschappelijk werker.

Voorbereiding
- Begeleiding: eventuele gastspreker regelen.
- Cliënten: geen.

Voorafgaand
- Nieuwe cliënten verwelkomen en kort uitleg geven over de ontslaggroep.
- Terugkijken op vorige bijeenkomst.

Inleiding
De cliënten zijn een periode opgenomen geweest binnen de Transit kliniek. De dagbesteding werd eigenlijk bepaald door de therapieën en de dagstructuur van Transit. Dit thema zal gaan over hoe de cliënten hun dagen kunnen en denken te gaan invullen, nadat ze met ontslag zijn gegaan.

Thema
Er wordt aan de cliënten gevraagd waar zij het graag over willen hebben binnen het thema 'dagbesteding'.

Mogelijke onderwerpen
- Dagstructuur: hiervoor kan een weekplanning worden gemaakt.
- (Vrijwilligers)werk.
- Solliciteren.
- Hobby's.

Hulpbronnen
- Gastspreker van BAR, Bureau Arbeids Rehabilitatie (Meerkanten):
  Rinus Brouwer; 0651610477
- Stencil weekplanning
- Stencil BAR (Meerkanten)
- http://www.lancelots.nl/ontwikkelen/ondernemerschap/plannen-en-organiseren/wat-is

Afsluiting
- De cliënten worden bedankt voor hun bijdrage.
- Er wordt gezamenlijk gekeken naar een thema voor de volgende bijeenkomst en de voorbereiding hiervan.
- Van cliënten die voor het laatst aanwezig zijn bij de ontslaggroep wordt afscheid genomen.

Transit kliniek
Ontslaggroep

Onderwerp: dagbesteding

Hoe maak je een weekplanning?

Door een weekplanning te maken, krijg je meer inzicht in wat je gaat doen de komende dagen. De volgende stappen zijn nodig om tot een weekplanning te komen:

1. Maak een overzicht van alles wat je deze week wilt of moet doen. Zet alle activiteiten onder elkaar.

2. Zijn alle activiteiten in het overzicht even belangrijk? Verdeel de activiteiten op je lijst in categorieën. Je kunt ze bijvoorbeeld nummeren in volgorde van belangrijkheid.

3. Welke taken moet je eerst uitvoeren voor je verder kunt met andere activiteiten? Je werk faseren is een belangrijk onderdeel van het planningsproces.

4. Hoeveel tijd kost het? Schat de tijd in die je per activiteit nodig denkt te hebben.

5. Maak nu van het eerste overzicht een weekplanning: schrijf per dag op wat je gaat doen en hoe lang het duurt.

Nu je structuur hebt aangebracht in je werkzaamheden, heb je als het goed is meer inzicht in je activiteiten voor de komende week.

Wat is je opgevallen tijdens het maken van de weekplanning? Beantwoord hiervoor voor jezelf de volgende vragen:

- Heb je juist meer of minder te doen dan je aanvankelijk dacht?
- Wat vond je moeilijk aan het maken van de weekplanning?
- Hoeveel tijd heeft het je gekost om de weekplanning te maken?

De weekplanning geeft je inzicht in de aankomende week. Je kunt per week een weekplanning maken. Op langere termijn helpt structureel plannen je doelen beter en sneller te realiseren.

Voorbeeld weekplanning

1. Maak een overzicht van alles wat je deze week wilt of moet doen. Zet alle activiteiten onder elkaar.

Woonkamer schoonmaken
Badkamer schoonmaken
Toilet schoonmaken
Weekboodschappen doen
Slaapkamer schoonmaken
Keuken schoonmaken
Vriendin bezoeken
Sporten
Eten koken

2. Zijn alle activiteiten in het overzicht even belangrijk? Verdeel de activiteiten op je lijst in categorieën. Je kunt ze bijvoorbeeld nummeren in volgorde van belangrijkheid.

1. Weekboodschappen doen
2. Eten koken
3. Toilet schoonmaken
4. Vriendin bezoeken
5. Keuken schoonmaken
6. Badkamer schoonmaken
7. Woonkamer schoonmaken
8. Slaapkamer schoonmaken
9. Sporten

3. Welke taken moet je eerst uitvoeren voor je verder kunt met andere activiteiten? Je werk faseren is een belangrijk onderdeel van het planningsproces.

Ik moet de boodschappen in huis halen, voordat ik eten kan koken.

4. Hoeveel tijd kost het? Schat de tijd in die je per activiteit nodig denkt te hebben.

1. Weekboodschappen doen	1 uur
2. Eten koken	45 minuten (elke dag)
3. Toilet schoonmaken	15 minuten
4. Vriendin bezoeken	2 uur
5. Keuken schoonmaken	1 uur
6. Badkamer schoonmaken	1 uur
7. Woonkamer schoonmaken	1 uur
8. Slaapkamer schoonmaken	1 uur
9. Sporten	1,5 uur (2 keer per week)

5. Maak nu van het eerste overzicht een weekplanning: schrijf per dag op wat je gaat doen en hoe lang het duurt.

Maandag	Weekboodschappen doen	1 uur
	Eten koken	45 minuten
Dinsdag	Keuken schoonmaken	1 uur
	Sporten	1,5 uur
	Eten koken	45 minuten
Woensdag	Woonkamer schoonmaken	1 uur
	Eten koken	45 minuten
Donderdag	Badkamer schoonmaken	1 uur
	Eten koken	45 minuten
Vrijdag	Slaapkamer schoonmaken	1 uur
	Eten koken	45 minuten
Zaterdag	Toilet schoonmaken	15 minuten
	Sporten	1,5 uur
	Eten koken	45 minuten
Zondag	Vriendin bezoeken	2 uur
	Eten koken	45 minuten

Transit kliniek
Ontslaggroep

Onderwerp: Dagbesteding

Bureau Arbeidsrehabilitatie (BAR) 'de brug naar werk!'
Voor deze uitspraak staan wij en deze zijn terug te vinden in onze werkwijzen.
Ons team begeleidt o.a. trajecten afgestemd op de begeleidingsvraag van de aanmelder. Onze trajecten zijn gebaseerd op rehabilitatiemethodieken. We willen samen met de aanmelder toewerken naar een goede arbeidssituatie.
BAR richt zich op individuele benadering en een begeleiding die toegespitst is op de ontwikkeling van de cliënt en wat hij of zij kan.

Onze hoofdproducten bestaan uit:
- Trajectbegeleiding.
- Consult, informatie en advies.
- Trainingen op maat.

Hieronder zal een uitleg volgen van hoe BAR werkt en wat ons team te bieden heeft.

We hopen hiermee een concrete beschrijving ontwikkeld te hebben die voldoende informatie verschaft. Mocht u vragen hebben naar aanleiding van dit stuk, dan vragen wij u vriendelijk contact op te nemen met:

Team Bureau Arbeidsrehabilitatie

Rinus Brouwer (arbeidsconsulent NW-Veluwe)
Tel: 06 51610477
E-mail: rbrouwer@meerkanten.nl

Jan Bijl (arbeidsconsulent Flevoland)
Tel: 06 53948526
E-mail: jbijl@meerkanten.nl

Elise van de Lagemaat
Tel: 06-54185908
E-mail: elagemaat@meerkanten.nl

Voor wie…Wat biedt het…Hoe werkt….Waar?

Voor wie is het bureau?

- Voor mensen die om redenen van psychische of sociale belemmeringen buiten het arbeidsproces staan.
- Voor mensen met een WAO/WIA, Wajong of Bijstandsuitkering.
- Voor mensen die hulp nodig hebben bij het zoeken en behouden van (passend) werk en dat te behouden.

Wat biedt het bureau?

- We geven informatie en advies over instanties, regelingen op het gebied van arbeid en uitkeringen.
- Het bureau geeft ondersteuning, begeleiding en bemiddeling.
- We geven trainingen op het gebied van sociale vaardigheden en solliciteren. Daarnaast geven wij arbeidstrainingen en cursussen, o.a. 'stappen naar werk'.
- We bieden werkervaringsplekken, leer- en oefentrajecten.
- Het bureau biedt tevens trajectbegeleiding: wij verzorgen de verwijzing, de coaching of begeleiding, maar ook de nazorg.

Hoe werkt het bureau?
Na aanmelding wordt u uitgenodigd voor een intakegesprek. In dit gesprek worden de (haalbare) doelen die u wilt bereiken gesteld. Daarna zal samen met u een traject worden opgesteld. Er worden termijnen gesteld waarbinnen één en ander plaatsvindt. Ook maken wij afspraken over de ondersteuning die u eventueel nodig heeft (zie ook de algemene procesbeschrijving voor arbeidsrehabilitatie).

Waar is het bureau?
Ons bureau is te bereiken via het team welke bij de introductie is voorgesteld. Het Team BAR is per 1 oktober verhuisd naar de bovenverdieping van Multitoon Marktplein, Gelreweg 7 in Harderwijk.

Trainingen
De onderstaande trainingen worden op diverse locaties gegeven.
"stappen naar werk" en "zelf – vertrouwen in je werk"
Verder zijn er nog diverse andere vaardigheidsmodules.

Sociale contacten

Inzet personeel
Verpleegkundige/ GGZ- agoog en maatschappelijk werker.

Voorbereiding
- Begeleiding: geen.
- Cliënten: meenemen van de netwerktekening.

Voorafgaand
- Nieuwe cliënten verwelkomen en kort uitleg geven over de ontslaggroep.
- Terugkijken op vorige bijeenkomst.

Inleiding
De afgelopen maanden hebben de cliënten in de kliniek doorgebracht. Tijdens de behandeling is het thema 'sociale contacten' al veelvuldig besproken. In deze bijeenkomst kunnen de cliënten ingaan op wat er is veranderd en zal veranderen betreffende relaties tijdens de behandeling en nadat ze met ontslag gaan.

Thema
Er wordt aan de cliënten gevraagd waar zij het graag over willen hebben binnen het thema 'sociale contacten'.

Mogelijke onderwerpen
- Bij wie kunnen cliënten terecht: voor problemen, om iets gezelligs te doen, om een gesprekje voeren.
- Veranderingen qua relaties van voor de behandeling en na ontslag.
- Verwachte veranderingen na ontslag.
- Aangaan van nieuwe relaties: hoe kunnen cliënten nieuwe contacten opbouwen?
- Zoeken van hobby's om nieuwe contacten op te zoeken.
- Onderhouden of vergroten van sociaal netwerk.

Hulpbronnen
- De netwerktekening.

Afsluiting
- De cliënten worden bedankt voor hun bijdrage.
- Er wordt gezamenlijk gekeken naar een thema voor de volgende bijeenkomst en de voorbereiding hiervan.
- Van cliënten die voor het laatst aanwezig zijn bij de ontslaggroep wordt afscheid genomen.

Van overleven naar leven

Inzet personeel
Psychotherapeut.

Voorbereiding
- Begeleiding: geen.
- Cliënten: geen.

Voorafgaand
- Terugkijken op vorige bijeenkomst.
- Nieuwe cliënten verwelkomen en kort uitleg geven over de ontslaggroep.

Inleiding
Toen de cliënten werden opgenomen, hadden ze waarschijnlijk wel een idee van hetgeen ze hier tijdens de behandeling in de kliniek wilden bereiken. Misschien hebben ze dit (voor een deel) behaald, misschien hebben ze tijdens de behandeling ook aan andere zaken gewerkt. Dit uur willen we gebruiken om terug te kijken op de behandeling , maar ook vooruit op het leven na het ontslag.

Thema
Er wordt aan de cliënten gevraagd welke onderwerpen er in hen opkomen bij het thema 'van overleven naar leven'.

Mogelijke onderwerpen
- Terug en vooruit kijken (met helikopterview).
- Vergelijken van zichzelf van voor de behandeling en nu (wat is er veranderd, in hoeverre vinden cliënten dat zij zijn veranderd?).
- Hoe staan cliënten nu in het leven?
- Wat laten cliënten hier achter? (hoe is het om dit achter te laten?).
- Wat bouwen zij opnieuw op?
- De omgang met hun problemen.
- Besef en inzichten die cliënten tijdens de behandeling hebben opgedaan.
- Hoe gaan cliënten verder vanaf hier?
- Hoe zorgen cliënten dat zij het evenwicht het evenwicht behouden?
- Bijstellen van ambities en doelen.

Hulpbronnen
Geen.

Afsluiting
- De cliënten worden bedankt voor hun bijdrage.
- Er wordt gezamenlijk gekeken naar een thema voor de volgende bijeenkomst en de voorbereiding hiervan.
- Van cliënten die voor het laatst aanwezig zijn bij de ontslaggroep wordt afscheid genomen.