

Een evaluatie van het supportieve model binnen Juliana-Oord

op de afdelingen detox, neuropsychiatrie en rehabilitatie

Onderzoekers:

Rianne Bisschop
Antoinette v. Deuveren
Paulina Donk

Instituut:

Christelijke Hogeschool
te Ede (CHE)

Begeleider CHE:

Rolf Wiersema

Begeleider Juliana-Oord:

Ellen van der Blom

Datum:

Juni 2011

Woord vooraf

Voor u ligt een verslag, wat het resultaat is van een onderzoek naar het functioneren van het supportieve model binnen Juliana-Oord. Het is geschreven ter afsluiting van de opleiding tot HBO-Verpleegkundige aan de Christelijke Hogeschool te Ede.

Wij stapten blanco dit traject van onze meesterproef in. Wij kregen de instelling Juliana-Oord in Laren toegewezen. Een instelling voor neuropsychiatrie bij niet-aangeboren hersenletsel.

We werden met enthousiasme ontvangen op Juliana-Oord, alleen had men voor ons niet direct een onderwerp, waar wij onderzoek naar konden doen. Na een drietal dagen meelopen, hadden we een duidelijker beeld. Al snel werd er een onderzoeksvoorstel gedaan en na de goedkeuring uitgewerkt. Het onderwerp: Een evaluatie van het supportieve model.

Het uitvoeren van deze evaluatie en het schrijven van dit verslag hebben wij als plezierig en leerzaam ervaren. Graag willen wij van deze gelegenheid gebruik maken om een aantal mensen te bedanken.

Om te beginnen willen wij Juliana-Oord bedanken dat zij ons de mogelijkheid hebben geboden om het onderzoek bij hen uit te voeren. Zij hebben ons een grote vrijheid gegeven in het formuleren van de onderzoeksopdracht. Wij willen iedereen bedanken binnen Juliana-Oord die ons heeft geholpen bij ons onderzoek, hetzij door een interview, hetzij door begeleiding tijdens meeloopdagen.

In het bijzonder willen wij onze opdrachtgever, mw. Ellen van der Blom, bedanken voor haar gastvrijheid en enorme inzet voor het onderzoek. Ze wilde altijd tijd voor ons vrij maken om in gesprek te gaan over het onderzoek. Bovendien hartelijk dank voor het plannen van de interviews.

Vanuit de Christelijke Hogeschool Ede heeft dhr. Rolf Wiersema ons onderzoek begeleid. Zijn kritische, maar ontspannen manier van begeleiden, hebben we zeer gewaardeerd. Hartelijk dank voor alle inzichten, tips en leermomenten.

Ede, juni 2011

Samenvatting

Binnen Juliana-Oord, centrum voor neuropsychiatrie binnen GGZ-centraal, wordt gewerkt vanuit het supportieve model. Dit model wordt jaarlijks instelling breed geëvalueerd, echter niet op afdelingsniveau. Om die reden is er onderzoek gedaan naar hoe het supportieve model op dit moment functioneert. Deze evaluatie is uitgevoerd op drie afdelingen binnen Juliana-Oord en wel de afdelingen detox, neuropsychiatrie en rehabilitatie. Een drietal studenten van de opleiding Verpleegkunde aan de Christelijke Hogeschool te Ede heeft in het kader van het afstudeerprogramma dit onderzoek op zich genomen.

Centraal in dit onderzoek staat de doelstelling: *Door middel van dit onderzoek ontwikkelt Juliana-Oord meer kennis en inzicht over het functioneren van het supportieve model op de afdelingen detox, neuropsychiatrie en rehabilitatie.*

Het onderzoek bestaat uit twee delen. Allereerst een literatuuronderzoek. Dit literatuuronderzoek bestaat uit de volgende deelonderwerpen:

- Het supportieve model
- De begeleider binnen het supportieve model
- De implementatie van dit supportieve model

Het grootste onderdeel van dit onderzoek bestaat uit het afnemen van interviews. Aan de hand van de literatuurstudie naar de deelonderwerpen is een interview opgesteld voor de begeleiders van de verschillende afdelingen. Het interview is opgebouwd aan de hand van wat de literatuur zegt over het supportieve model. Het interview bestaat uit vragen over de deelonderwerpen.

Er is bij 27 begeleiders een interview afgenomen. Door de interviews op te nemen, hiervan verbatims te maken en te analyseren, is er ruim voldoende materiaal verzameld voor de conclusie en aanbevelingen.

Uit het onderzoek is gebleken dat de helft van de geïnterviewden voldoende kennis zegt te bezitten over het supportieve model. Uit de resultaten blijkt dat het niet bezitten van voldoende kennis van invloed is op alle punten die in het supportieve model aan de orde komen.

Het is daarom van belang, zo stellen de onderzoekers, dat er (opnieuw) een cursus wordt gegeven over de inhoud van het supportieve model. Vervolgens moet deze scholing jaarlijks herhaald worden, zodat kennis up-to-date blijft.

Eveneens is uit de resultaten gebleken dat begeleiders meer bezig zijn met het groepsproces, dan met het individuele proces ofwel het individuele contact. In de literatuurstudie is te lezen dat het individu

centraal hoort te staan binnen het supportieve model en de groep binnen dit model slechts een ondersteunende functie heeft. Voor concretere cijfers met betrekking tot het individuele contact en het groepsproces, zou er eerst onderzoek moeten plaatsvinden naar hoeveel tijd men daadwerkelijk bezig is met het individuele contact en het groepsproces. Uit de diverse cijfers die in dit onderzoek naar voren komen aangaande dit punt, is geen conclusie te trekken.

Naast deze conclusies en aanbevelingen zijn er nog andere conclusies en aanbevelingen gedaan.

Er is een discussie gevoerd over de methode en inhoud van het onderzoek. Hierin komt onder andere naar voren dat de onderzoekers er vanuit mochten gaan dat iedereen scholing had gehad over dit supportieve model. Terwijl dit in de praktijk niet zo bleek te zijn. Dit betekende niet dat zij niet konden meewerken aan het onderzoek, maar het is wel de vraag of dit van invloed is op de resultaten.

Inhoud

Woord vooraf	2
Samenvatting	3
Inhoud	5
1. Inleiding	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 Probleemstelling	9
1.2.1 Doelstelling	9
1.2.2 Onderzoeksvraag met deelvragen	9
1.3 Begripsafbakening	9
1.4 Begripsverheldering	10
2. Onderzoeksontwerp	12
2.1 Uitwerking van de strategie	12
2.2 Steekproef	12
2.3 Dataverzameling	12
2.3.1 Literatuuronderzoek	12
2.3.2 Interviews	13
2.4 Ethische overwegingen	14
2.5 Data-analyse	14
2.6 Betrouwbaarheid en validiteit	14
3. Het supportieve model	16
3.1 Inleidend	16
3.2 Kenmerken van het supportieve model	16
3.3. Het supportieve model in de praktijk	17
3.3.1 Doelgroep	17
3.3.2 Toepassing van het supportieve model	17
3.3.3 Begeleidingsmethodieken	17
4. Rol begeleider binnen het supportieve model	19
4.1 Inleidend	19
4.2 Begeleiding	19
4.2.1 Startpunt begeleiding	19

4.2.2 Kernactiviteit begeleiding	19
4.3 Taken begeleiders.....	20
4.3.1 Kenmerken supportief leefmilieu	20
4.3.1.1 Individugericht.....	20
4.3.1.2 Antiregressief.....	20
4.4 Competenties begeleider	21
4.5 De begeleider in het supportieve model binnen Juliana-Oord	21
5. Implementatie van het supportieve model binnen Juliana-Oord	23
5.1 Inleidend.....	23
5.1.1 Visie Juliana-Oord.....	23
5.2 Aanleiding implementatie van het supportieve model	23
5.2.1 Therapeutisch milieu	24
5.2.2 Helderheid van taal.....	24
5.2.3 Scholing.....	24
5.2.4 Patiënten suggesties.....	24
5.3 Implementatie van het supportieve model.....	24
5.4 Conclusie.....	25
6. Resultaten behandelprogramma detox.....	27
6.1 Inleiding.....	27
6.1.1 Algemeen.....	27
6.1.2 Het supportieve model.....	27
6.1.3 Kennis over het supportieve model	27
6.1.4 Implementatie van het supportieve model.....	27
6.1.5 Scholing.....	28
6.2 Toepassing van het supportieve model op de werkvloer.....	28
6.2.1 Leren, oefenen en trainen staan centraal	28
6.2.2 Het is individueel gericht.....	29
6.2.3 Het is antiregressief	30
6.2.4 Het richt zich op het hier en nu	32
6.2.5 Gelijkwaardigheid tussen patiënt en begeleider	33
6.3 Ontwikkelpunten en barrières met betrekking tot het supportieve model	34
6.3.1 Barrières	34
6.3.2 Ontwikkelpunten	35

7. Resultaten behandelprogramma neuropsychiatrie	37
7.1 Inleiding.....	37
7.1.1 Algemeen.....	37
7.1.2 Het supportieve model.....	37
7.1.3 Kennis over het supportieve model	37
7.1.4 Implementatie van het supportieve model.....	38
7.1.5 Scholing.....	38
7.2 Toepassing van het supportieve model op de werkvloer.....	38
7.2.1 Leren, oefenen en trainen staan centraal	38
7.2.2 Het is individueel gericht.....	39
7.2.3 Het is antiregressief	40
7.2.4 Het richt zich op het hier en nu	42
7.2.5 Gelijkwaardigheid tussen patiënt en begeleider	43
7.3 Ontwikkelpunten en barrières met betrekking tot het supportieve model.....	44
7.3.1 Barrières	44
7.3.2 Ontwikkelpunten	45
8. Resultaten behandelprogramma rehabilitatie	47
8.1 Inleiding.....	47
8.1.1 Algemeen.....	47
8.1.2 Het supportieve model.....	47
8.1.3 Kennis over het supportieve model	48
8.1.4 Implementatie van het supportieve model.....	48
8.1.5 Scholing.....	48
8.2 Toepassing van het supportieve model op de werkvloer.....	49
8.2.1 Leren, oefenen en trainen staan centraal	49
8.2.2 Het is individueel gericht.....	50
8.2.3 Het is antiregressief	51
8.2.4 Het richt zich op het hier en nu	53
8.2.5 Gelijkwaardigheid tussen patiënt en begeleider	55
8.3 Ontwikkelpunten met betrekking tot het supportieve model.....	56
8.3.1 Barrières	56
8.3.2 Ontwikkelpunten	57
9. Vergelijking resultaten behandelprogramma's detox, neuropsychiatrie en rehabilitatie	59
9.1 Inleiding.....	59
9.1.1 Algemeen.....	59

9.1.2 Het supportieve model.....	59
9.1.3 Kennis over supportieve model	60
9.1.4 De implementatie van het supportieve model	60
9.1.5 Scholing.....	61
9.2 Toepassing van het supportieve model op de werkvloer.....	62
9.2.1 Leren, oefenen en trainen staan centraal	62
9.2.2 Het is individueel gericht.....	64
9.2.3 Het richt zich op het hier en nu	71
9.2.4 Gelijkwaardigheid tussen patiënt en begeleider	74
9.3 Ontwikkelpunten met betrekking tot het supportieve model.....	76
9.3.1 Barrières	76
9.3.2 Ontwikkelpunten	77
Conclusie	79
Aanbevelingen.....	84
Discussie	87
Referenties.....	89
<i>Bijlage I.....</i>	<i>92</i>
Afdelingen Detox, Neuropsychiatrie en Rehabilitatie binnen Juliana-Oord	92
<i>Bijlage II.....</i>	<i>94</i>
Literatuuronderzoek supportieve model.....	94
<i>Bijlage III</i>	<i>103</i>
Literatuuronderzoek rol begeleider binnen het supportieve model	103
<i>Bijlage IV.....</i>	<i>113</i>
Verantwoording interview.....	113
<i>Bijlage V.....</i>	<i>118</i>
Flyer	118
<i>Bijlage VI.....</i>	<i>119</i>
Presentatie onderzoek.....	119
<i>Bijlage VII</i>	<i>123</i>
Visie op goede zorg	123

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Het supportieve model is rond 2005 geïmplementeerd binnen Juliana-Oord. Nieuwe werknemers krijgen een interne scholing aangeboden waarin dit model naar voren komt.

Het supportieve model wordt jaarlijks instelling breed mondeling geëvalueerd. Er wordt gekeken hoe dit model gebruikt wordt binnen Juliana-Oord. Deze evaluatie gebeurt in grote lijnen, echter niet specifiek per afdeling. Vervolgens krijgt deze evaluatie een plaats in het jaarverslag van Juliana-Oord. Vanuit de instelling is nu de vraag of dit model ook per afdeling geëvalueerd kan worden. Dit betekent dat er op de afdelingen detox, neuropsychiatrie en rehabilitatie een evaluatie plaats zal moeten vinden.

1.2 Probleemstelling

Het supportieve model wat nagestreefd wordt binnen Juliana-Oord is na de implementatie in 2005 niet op afdelingsniveau/ behandelprogramma geëvalueerd.

1.2.1 Doelstelling

Door middel van dit onderzoek ontwikkelt Juliana-Oord meer kennis en inzicht over het functioneren van het supportieve model op de afdelingen detox, neuropsychiatrie en rehabilitatie.

1.2.2 Onderzoeksvraag met deelvragen

Hoe brengen begeleiders het supportieve model in praktijk op de afdelingen detox, neuropsychiatrie en rehabilitatie?

Deelvraag 1: Wat zegt de literatuur over het supportieve model?

Deelvraag 2: Wat is de rol van de begeleiders binnen dit supportieve model?

Deelvraag 3: Hoe is het supportieve model geïmplementeerd binnen Juliana-Oord?

1.3 Begripsafbakening

Begeleiders

Binnen Juliana-Oord wordt de term begeleiders gebruikt voor de werknemers die werkzaam zijn op de afdelingen Detox, Neuropsychiatrie en Rehabilitatie. De term ‘begeleider’ wordt gebruikt, omdat de

werknemers zich onderscheiden in de verschillende vooropleidingen die zij gedaan hebben. Er is echter nog een reden waarom deze term gebruikt wordt. Namelijk dat wanneer enkel de term begeleider gebruikt wordt, het voor de patiënten gemakkelijker is om dit te onthouden, dan wanneer de groepsbegeleiders verschillende ‘titels’ dragen.

De verschillende vooropleidingen die gedaan zijn door de werknemers van de afdelingen, detox, neuropsychiatrie en rehabilitatie zijn: Sociaal Pedagogisch Werk (niveau 4), Sociaal Pedagogische Hulpverlening (niveau 5), Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (niveau 5) en MBO-Verpleegkunde (niveau 4) en HBO-Verpleegkunde (niveau 5) en ziekenverzorgende/ VIG (niveau 3).

Begeleidingsproces

Er is naar aanleiding van de hierboven genoemde afbakening, gekozen voor de term begeleidingsproces in plaats van het verpleegkundig proces.

Binnen Juliana-Oord op de afdelingen detox, neuropsychiatrie en rehabilitatie wordt procesmatig gedacht volgens de Plan-Do-Check-Act methode, om hoge kwaliteit van zorg te kunnen leveren.

Supportieve model

Het supportieve model, wat volgens de behandelprogramma's binnen Juliana-Oord gebruikt wordt, heeft 2 belangrijke kenmerken:

- het is individugericht (behandeling op maat)
 - antiregressief (niet teruggaan naar vroeger stadium in ontwikkeling)
- (Infobrochure voor studenten, 2009-2010)

De begeleider heeft een modelfunctie binnen het supportieve model, dit uit zich in het geven van steunende interventies.

1.4 Begripsverheldering

Supportieve model

De term ‘supportief model’ wordt binnen Juliana-Oord als een groot geheel ervaren. Hieronder vallen dan ook de termen supportief (leef)milieu, therapeutisch milieu e.d. Binnen Juliana-Oord is het therapeutisch milieu het supportief milieu en andersom. In dit verslag worden deze termen daarom ook door elkaar gebruikt.

Juliana-Oord

Op de website van Juliana-Oord (<http://www.ggzcentraal.nl/merken/juliana-oord/juliana-oord>) is het volgende te vinden over deze instelling.

Juliana-Oord in Laren is een centrum van GGZ Centraal (tot voor kort Symfora-groep) voor neuropsychiatrie. Het biedt onderzoek en advies, diagnostiek en behandeling aan patiënten van achttien jaar en ouder bij wie er (vermoedelijk) sprake is van niet aangeboren hersenletsel vaak in combinatie met gedragsstoornissen en gedragsveranderingen, een gebrek aan ziektebesef en ziekte-inzicht, verslavingsproblematiek, persoonlijkheidsstoornissen en angst- en stemmingsklachten. Vaak gaan deze klachten gepaard met lichamelijke problemen.

Drie verschillende afdelingen/ behandelprogramma's binnen Juliana-Oord

Detox

Personen met een actuele alcohol- of medicatieafhankelijkheid worden in eerste instantie aan het behandelprogramma verslaving toegewezen, gericht op het veilig en begeleid ontgiften van alcohol of andere middelen.

Neuropsychiatrie

Het behandelprogramma Neuropsychiatrische Stoornissen heeft betrekking op het diagnosticeren van het cognitief functioneren.

Rehabilitatie

Bij het behandelprogramma rehabilitatie is de behandeling van de patiënt gericht op de overgang van de klinische opname naar de toekomstige, zo zelfstandig mogelijke woonvorm. Het streven is de patiënt zo weinig mogelijk afhankelijk van zorg te laten zijn en de kwaliteit van leven zo hoog mogelijk te maken.

2. Onderzoeksontwerp

In dit hoofdstuk wordt de methode verklaard die gehanteerd wordt voor dit onderzoek. Daarnaast wordt de methode van het verzamelen en analyseren van de informatie, evenals de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek beschreven.

2.1 Uitwerking van de strategie

Dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek. Het gaat namelijk over het verzamelen van informatie over hoe de begeleiders persoonlijk het supportieve model in praktijk brengen en hun ervaringen met het supportieve milieu binnen Juliana-Oord. Bij gevolg zal de nadruk liggen op de meningen van hen die geïnterviewd worden, namelijk de begeleiders (Jong, 2008).

2.2 Steekproef

De populatie van het onderzoek zal bestaan uit de begeleiders en sturend behandelaars op de verschillende afdelingen. Van elke afdeling wordt vijftig procent van het totaal aantal begeleiders niveau 3/4/5 geïnterviewd, om te kunnen spreken van een representatief onderzoek (Verhoeven, 2007). Op de afdeling detox worden zeven begeleiders geïnterviewd, op neuropsychiatrie 10 begeleiders en op rehabilitatie eveneens 10 begeleiders. Totaal worden er 27 begeleiders op geheel Juliana-Oord geïnterviewd, wat zorgt voor een juist beeld aan informatie en wat herhaling van informatie voorkomt. Het onderzoek is specifiek gericht op begeleiders, omdat de onderzoeksvraag zich hier op richt. De totale populatie voor dit onderzoek zal bestaan uit 27 informanten.

2.3 Dataverzameling

In dit onderzoek worden twee vormen van dataverzameling gebruikt, namelijk het doen van literatuuronderzoek en het houden van interviews.

2.3.1 Literatuuronderzoek

Er zal literatuuronderzoek worden gedaan naar het onderwerp met behulp van de hoofd- en deelvragen.

Globaal bestaat het literatuuronderzoek uit de volgende thema's:

- Het supportieve model

- De rol van de begeleiders binnen dit supportieve model
- Implementatie van het supportieve model binnen Juliana-Oord

Om meer inzicht te verkrijgen in het onderwerp, is ervoor gekozen naar bovengenoemde thema's onderzoek te doen. De literatuurstudie zal ook worden gebruikt voor het opstellen van de interviewvragen en tijdens het afnemen van deze interviews.

Databases en boeken worden gebruikt om artikelen gericht op deze onderwerpen te vinden. Doel is ook dat deze informatie het onderzoek meer evidence-based zal maken.

2.3.2 Interviews

Een andere manier om informatie te verzamelen is het houden van interviews (Hulshof, 2007). De interviews zijn gebaseerd op de deelvragen en literatuurstudie. Deze zullen de leidraad zijn voor de interviews.

De vorm van het interview is volledig gestructureerd. Vragen voor het onderzoek worden voor gestructureerd zodat iedere geïnterviewde dezelfde vragen gesteld krijgt. Zo komt de nodige informatie die van belang is voor het onderzoek aan bod (Verhoeven, 2007).

Het interview is opgesteld uit een aantal topics gebaseerd vanuit de literatuurstudie. Uit de topics zullen vragen worden samengesteld zodat het interview duidelijk gestructureerd is. De topics voor de interviews zullen zijn:

Inleiding

- Algemeen
- Het supportieve model
- Implementatie van het supportieve model

Toepassing van het supportieve model op de werkvloer (volgens de punten zoals beschreven in het milieuplan voor de afdeling Rehabilitatie)

- Leren, oefenen en trainen staat centraal
- Het is individueel gericht
- Het is antiregressief
- Het richt zich op het hier en nu
- Gelijkwaardigheid tussen patiënt en begeleider

Ontwikkelpunten met betrekking tot het supportieve model

- Barrières
- Verbeterpunten/veranderingen

Er zullen twee proefinterviews worden gehouden om na te gaan of de vragen en termen begrepen worden door de informanten. Aan de hand van deze proefinterviews kunnen de topics en daaruit voortvloeiende vragen worden verbeterd om betrouwbare gegevens van de informanten te verkrijgen (Hulshof, 2007). De gegevens uit de proefinterviews zullen niet worden verwerkt in de resultaten.

2.4 Ethische overwegingen

Voordat het gesprek begint zullen de informanten worden geïnformeerd over de opname van het interview. Vertrouwelijkheid en anonimiteit worden gewaarborgd. De informanten krijgen de kans zich terug te trekken uit het interview wanneer zij dit willen.

2.5 Data-analyse

De opnames van de interviews zullen worden verwerkt in een word- document.

Vervolgens zal de informatie worden geanalyseerd en gelabeld congruent de topics. De belangrijke informatie uit deze gesprekken zal worden gerapporteerd in het hoofdstuk *Resultaten*. De interviews zullen worden geanalyseerd per afdeling op Juliana-Oord. De resultaten zullen worden verwerkt aan de hand van de afdelingen Detox, Neuropsychiatrie en Rehabilitatie. De resultaten van de verschillende afdelingen zullen vervolgens met elkaar worden vergeleken. Op basis van deze resultaten wordt er een *Conclusie* geschreven. Naar aanleiding van de *Resultaten* en de *Conclusie* worden *Aanbevelingen* gedaan. De mening van de onderzoekers over het onderzoek, mogelijke verbeteringen en mogelijkheden voor een volgend onderzoek zullen worden vermeld in de *Discussie*. Bij het voltooien van het onderzoek zal in juni het onderzoek worden gepresenteerd aan personeel van Juliana-Oord.

2.6 Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid en validiteit van de kwalitatieve gegevens zijn de belangrijkste criteria voor de beoordeling van de kwaliteit en geschiktheid. De geldigheid van een onderzoek wordt bepaald door de betrouwbaarheid (Jong, 2008). De resultaten van dit onderzoek zijn gebaseerd op de interviews met de begeleiders binnen Juliana-Oord. De volgende maatregelen werden genomen om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te vergroten:

- Externe storingen tijdens de interviews zullen worden verlaagd tot het minimum door het kiezen van een geschikte locatie met minimale afleiding.

- De interviews zullen volledig worden opgenomen op een opnameapparaat. In dit geval kunnen de interviews letterlijk worden uitgetypt, zonder enige interpretatie.
- De interviews zullen afzonderlijk worden gelabeld en daarna worden vergeleken.
- Het onderzoek is representatief, wat de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot.
- Er zullen proefinterviews worden gehouden waarna de interviewvragen kunnen worden aangepast zodat de gestelde vragen betrouwbare informatie opleveren voor het onderzoek.

3. Het supportieve model

3.1 Inleidend

In dit hoofdstuk wordt een samenvatting gegeven van het literatuuronderzoek met betrekking tot het supportieve model. Het volledige onderzoek hiernaar is te vinden in bijlage 2.

Het supportieve model is een ondersteunend en ‘dragend’ model (Janzing en Kerstens, 2005). Uit een onderzoek binnen Juliana-Oord (Gouw, 2006) is gebleken dat een milieu waarin het supportieve model centraal staat, het beste aan sluit bij de behoefte van haar patiënt.

3.2 Kenmerken van het supportieve model

Het supportieve model omvat een breed scala aan technieken. Deze technieken bewegen zich tussen twee polen, namelijk ik-opbouw en ik-versterking (Janzing & Kerstens, 2005):

1. Ik-opbouw: technieken die een patiënt helpen zelfstandig te worden en met volledig herstellende uitvoerende en adaptieve ik-functies door het leven te gaan.
2. Ik-versterking: technieken die patiënten helpen te leren leven met hun onveranderbare beperkingen, hun psychische invaliditeit.

Het supportieve behandelmodel heeft twee belangrijke kenmerken: het is individugericht en antiregressief (Janzing & Kerstens, 2005).

Individugericht. Er is sprake van een behandeling op maat. Er wordt precies geboden wat de patiënt aan leren, ondersteuning en verzorging nodig heeft. Dit betekent niet dat het supportieve model niet toepasbaar is in het werken met groepen. Het werken met een groep wordt benut ten dienste van het individu. Binnen het supportieve model heeft de groep een functie in het kader van het uitvoeren van het individuele behandelplan. De groep wordt benut als ondersteunend element voor het individu (Janzing & Kerstens, 2005).

Antiregressief. Binnen een supportief milieu wordt ernaar gestreefd dat patiënten die dikwijls in min of meer ernstige vormen van regressie worden opgenomen, daaruit te helpen komen. Dit gebeurt door middel van specifieke begeleiding en behandelingen. In het algemeen wordt dat binnen supportieve behandelmilieus gerealiseerd in de vorm van een aantal behandelfasen. Aanvankelijk is er sprake van intensieve zorg, waarbij er individuele hand-in-handbegeleiding wordt geboden. Later leeft de patiënt

samen met anderen binnen een leefgroep en voert hij een gepast individueel behandelplan uit. Ten slotte wordt gewerkt naar ontslag bij voldoende herstel en/of evenwicht van het uitvoerend en adaptief systeem.

3.3. Het supportieve model in de praktijk

3.3.1 Doelgroep

Literatuur en een onderzoek binnen Juliana-Oord benadrukken dat een supportief milieu het beste aansluit bij NAH patiënten (Gouw, 2006). Het model is voornamelijk bedoeld voor mensen die ernstige problemen hebben met:

- Realiteitstoetsing
- Emotionele gevoeligheid
- Aangaan en hanteren van contacten
- Cognitieve capaciteit (Gouw, 2006)

3.3.2 Toepassing van het supportieve model

In een milieuplan van Juliana-Oord zijn de punten beschreven die zij hanteren bij het toepassen van het supportieve model (Moharram, van den Berg & Venderbos, 2007):

1. Leren, oefenen en trainen staan centraal
2. Het is individueel gericht
3. Het is antiregressief
4. Het richt zich op het hier en nu
5. Er is sprake van gelijkwaardigheid tussen patiënt en begeleider.

3.3.3 Begeleidingsmethodieken

Naast de hierboven genoemde punten uit het supportieve model, gebruikt Juliana-Oord een aantal andere begeleidingsmethodieken. Ook deze methodieken zijn weer te scharen onder het model.

Het 4K-model. Dit model is uitermate geschikt voor de benadering van een Korsakov patiënt. Het is erop gericht de ontstane defecten van de patiënt zo goed mogelijk op te vangen, zodat hij zo goed mogelijk kan blijven functioneren. De K's in het model staan voor: kort, concreet, consequent en continu. Kort: maak zoveel mogelijk gebruik van korte zinnen en stel duidelijke, niet dubbelzinnige vragen. Concreet: Door situaties concreet te maken, kan de patiënt deze situatie voor zich zien.

Konsequent: Door een consequente en identieke benadering door verschillende begeleiders in vergelijkbare situaties, geeft de begeleider de patiënt zekerheid in wat van hem verwacht wordt.

Kontinuïteit: Door herhaling kunnen zaken inslijten en ontstaat een vorm van regelmaat en structuur wat veiligheid biedt aan de patiënt (Moharram e.a., 2007).

Foutloos leren. Bij foutloos leren ligt de nadruk op het zonder fouten aanleren van de juiste handelingen. Dit sluit goed aan bij het 4K-model. Een NAH patiënt heeft niet de vaardigheid om van fouten te leren omdat de geheugenproblemen het onmogelijk maken te onderscheiden welke herinnering nu de juiste is. Bij foutloos leren worden de vaardigheden geleerd in situaties die zoveel mogelijk lijken op de situaties waarin deze vaardigheden later gebruikt moeten worden.

Het principe van ‘Vanishing Cues’ wordt hierbij toegepast: de aanwijzingen worden steeds minder en uiteindelijk zover afgebouwd zodat de patiënt zelfstandig nieuwe handelingen foutloos kan uitvoeren (Moharram e.a., 2007).

Empatisch-directieve benadering

Bij een empatisch-directieve benaderingswijze sturen en structureren de begeleiders de patiënt. Deze vorm van ondersteuning kan zich richten op het aanbrenge van structuur, controle, het beschikbaar zijn als extra geheugen of geweten, etc. (Moharram e.a., 2007).

4. Rol begeleider binnen het supportieve model

4.1 Inleidend

In dit hoofdstuk wordt een samenvatting gegeven van het literatuuronderzoek met betrekking tot de rol van de begeleider binnen het supportieve model. Het volledige onderzoek hiernaar is te vinden in bijlage 3.

Het supportieve model gaat uit van een normaal burgerschap voor elk individu, ook als deze persoon beperkingen heeft. Dit model streeft naar zoveel mogelijk regie van een persoon over zijn eigen leven. Letterlijk betekent het woord support: ondersteuning. Dit betekent dat de hulpverlening erop gericht dient te zijn de persoon te ondersteunen om zo volledig mogelijk als burger in de samenleving te functioneren. Ondersteuners zijn er op uit de ontwikkeling, educatie, belangen en het persoonlijke welbevinden van een persoon te bevorderen en zoeken steeds naar bronnen en strategieën om dat mogelijk te maken (Luckasson/AAMR, 2002).

4.2 Begeleiding

4.2.1 Startpunt begeleiding

Een behandelovereenkomst vormt het vertrekpunt voor alle teamleden. Dit behandelplan is uitgewerkt in overzichtelijke, discipline gebonden uitvoeringsplannen (verpleegplan, activiteitenplan, medicatieplan, enz.) Het effect van dit behandelplan is goed vast te stellen en te onderzoeken op basis van de heldere formulering van de doelstelling(en) en het meten van waarneembare resultaten (Janzing/Kerstens, 2005).

4.2.2 Kernactiviteit begeleiding

De kernactiviteit van de begeleider binnen het supportieve model is een zodanig klimaat op de afdeling te creëren dat patiënten in staat gesteld worden tot probleemherkenning te komen en uitgedaagd worden om binnen de eigen mogelijkheden te zoeken naar een oplossing van deze problemen (Janzing, van den Berg & Kruisdijk, 2003).

De houding en stijl van de begeleiders tijdens hun werk is van cruciaal belang. De begeleiders bewaken het afdelingsklimaat waarbij vooral antiregressief en ik-versterkend wordt gewerkt (Janzing e.a., 2003).

4.3 Taken begeleiders

4.3.1 Kenmerken supportief leefmilieu

Een supportief leefmilieu voldoet aan twee belangrijkste kenmerken namelijk: het is individugericht en antiregressief. Aan de hand van deze twee kenmerken worden de taken van de begeleiders beschreven.

4.3.1.1 Individugericht

- De regels, het gebouw, het behandelprogramma en de houding van de staf geven bescherming en ondersteuning aan de patiënt.
- Begeleiders verduidelijken veel in de interactie met patiënten door woorden te geven aan het gedrag van de patiënten.
- Begeleiding moet voortdurend beschikbaar kunnen en willen zijn en hierbij een evenwicht zien te vinden tussen afstand-nabijheid. Het gaat erom dat de onveiligheid, de structuurloosheid, de angst en de beperkte informatieverwerkingscapaciteit die patiënten bij zichzelf ervaren, op een of andere wijze gecompenseerd worden door de begeleider (Jansen e.a., 2005).
- De grens tussen staf en patiënt is helder. Functionele en persoonlijke belangen van de begeleiders en patiënten lopen niet door elkaar.
- Binnen het supportieve milieu wordt de groep benut als ondersteunend element voor het individu. De volgende aspecten zijn van belang met betrekking tot het begeleiden van een leefgroep en het omgaan met patiënten vanuit die houding:
 - het hanteren van grenzen van ruimte en tijd;
 - het in stand houden van een therapeutisch zinvol klimaat;
 - het voeling houden met de groep en met de groepsleden afzonderlijk;
 - het openhouden van communicatiekanalen;
 - weten wanneer er wel en wanneer er niet helpend ingesprongen moet worden (Janzing e.a., 2005).

4.3.1.2 Antiregressief

- Het leefmilieu is zodanig ingericht en gestructureerd dat er sprake is van een therapeutische interactie passend bij de doelgroep van de kliniek. Daarnaast wordt er binnen dit leefmilieu rekening gehouden met de mogelijkheden van de patiënt (Informatiebrochure Forensische Zorg 2 van het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum, 2009).

- Het handelen van de begeleiders heeft een grote mate van voorspelbaarheid om zo houvast te bieden aan de patiënt.
- Doorzichtigheid d.m.v. openheid, informatie en uitleg vanuit de begeleiders verhoogt de betrouwbaarheid en duidelijkheid. Hierin is de hand-in-handbegeleiding erg belangrijk, door veel samen met de patiënt te doen vergroot de begeleider zijn betrouwbaarheid.

4.4 Competenties begeleider

Een effectieve begeleider moet voldoen aan een zestal competenties met betrekking tot zijn/haar handelen (den Besten & van Vulpen, 2009). Het gaat om de volgende competenties:

- Patiëntgericht handelen
- Doelgericht handelen
- Ontwikkelingsgericht handelen
- Netwerkgericht handelen
- Samenwerkingsgericht handelen
- Coachend supportief handelen

4.5 De begeleider in het supportieve model binnen Juliana-Oord

In het onderzoeksverslag 'Methodische begeleiding voor NAH-patiënten' (2006), geschreven door een werkgroep binnen Juliana-Oord, wordt een beschrijving gegeven van wat de taak van de begeleider inhoudt binnen Juliana-Oord:

- De begeleiders zijn het die in de benadering van en wisselwerking met de patiënt het juiste midden bepalen tussen steun versus ontregeling en veilig versus onveilig.
- Er moet aandacht zijn voor heldere, eenduidige structuur, veiligheid, gezonde levensstijl, hygiëne, voeding, dag- en nachtritme.
- Er moet een gelijkwaardigheid bestaan tussen patiënt en begeleider, met vrije communicatie over zaken die het afdelingsmilieu betreffen.

In het verslag wordt weergegeven hoe de uitvoering van het supportieve model moet plaatsvinden binnen Juliana-Oord. Hieronder een weergave van de taken van de begeleider:

- Taak voor begeleiders is oplossen van desorganisatie door middel van heldere, goed georganiseerde en eenduidige sociale structuur en een voorspelbare omgeving. De hoofdlijnen moeten vaststaan.
- Uitzonderingen worden individueel gemaakt, terwijl de regels voor ieder gelijk zijn.

- Modelfunctie door begeleider in rol als coach, stimulator en normerend.
- Niet doen wat patiënten zelf kunnen.
- Wees alert op overvragen.
- Steunende interventies.
- Verpleegplan(nen), begeleidingsplan van elke discipline zijn terug te herleiden tot de doelen uit het behandelplan.
- Actieve bemoeienis door begeleider naar de patiënt.
- Overleggen met de patiënt (leerdoelgroep, huiskameroverleg, groepsgesprek) dragen bij aan klimaat binnen de groep.
- Beschermende, ondersteunende en stimulerende leersituaties creëren in ADL, in HDL, op sociaal gebied, in het uiten van gevoelens of in impulsbeheersing.
- Leersituaties aanreiken wordt een therapeutisch middel, dat goed gecontroleerd wordt.
- Bij groei van patiënt hen ook ruimte geven/kansen creëren.
- Adequate, stimulerende dosering naar hoeveelheid en niveau van prikkel, informatie en complexiteit.
- Een supportief milieu vraagt om nauwe samenwerking tussen patiënt-behandelaar-begeleider (3-gesprekken).

Er wordt van de begeleider een juiste therapeutische houding gevraagd, die positieve invloed heeft op het gedrag van de patiënt.

Het supportieve model vraagt ook het nodige van het team (Gouw, 2006). De voorwaarden voor een team om optimaal te functioneren zijn:

- Voldoende reflectieve attitude
- Tolerantie van onzekerheid
- Gezonde fragmentatie (aanwezigheid van verschillen in denken en ervaren van het milieu)
- Grensbewustzijn (tijd, ruimte, werknemer, patiënten)

5. Implementatie van het supportieve model binnen Juliana-Oord

5.1 Inleidend

5.1.1 Visie Juliana-Oord

Het ontwikkelen en implementeren van het supportief milieu binnen Juliana-Oord komt voort uit de missie en waarde van de instelling. De Missie van Juliana-Oord is in kwaliteit, service en toegankelijkheid een onderscheidend antwoord bieden op zowel individuele als maatschappelijke vragen en de inhoudelijke kwaliteit ontwikkelen. “De belangen van mensen met een psychiatrische zorgvraag zijn bepalend voor ons handelen” (Moharram, Berg & Venderbos, 2007).

Juliana-Oord spreekt over enkele kernwaarden, deze luiden als volgt:

- Vooruitgang: aantoonbare meerwaarde bieden aan de kwaliteit van leven van de patiënten.
- Betrouwbaarheid: zeggen wat we doen en doen wat we zeggen, integer zijn en onze verantwoordelijkheid nemen. Transparant en helder zijn.
- Praktisch: gericht zijn op resultaat. Efficiënt zijn, doen wat werkt en stoppen met wat niet werkt.
- Luisterend: onderzoekend zijn, gericht op aandachtig luisteren en samenwerking (Moharram e.a., 2007).

5.2 Aanleiding implementatie van het supportieve model

In 2006 is er een onderzoek in Juliana-Oord gedaan over de zorg die geleverd wordt. Dit onderzoek werd gedaan naar aanleiding van de vraag vanuit het management van Juliana-Oord. Er was behoefte om de effecten van interventies bij patiënten met niet-aangeboren hersenletsel inzichtelijk te maken, met het doel om de begeleiders te professionaliseren. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat er geen uniforme begeleidende werkwijze was (Gouw e.a., 2006). Naar aanleiding van dit onderzoek is er vervolgens een vervolg onderzoek gedaan naar een begeleidingsmethodiek op de patiëntengroep binnen Juliana-Oord (Gouw e.a., 2006). Er zijn een aantal adviezen en aanbevelingen vanuit dit onderzoek gedaan ten aanzien van het therapeutisch milieu, helderheid van taal, scholing, de nodige meetinstrumenten en patiënten suggesties binnen Juliana-Oord. De aspecten therapeutisch milieu, helderheid van taal, scholing en een aantal patiënten suggesties zijn relevant voor het supportief milieu.

5.2.1 *Therapeutisch milieu*

In Juliana-Oord wordt verwacht dat begeleiders hun handelen kunnen onderbouwen, verklaren en professionaliseren. Het advies was om een omschrijving te maken van het therapeutisch afdelingsmilieu. Uit het onderzoek is gebleken dat een supportief afdelingsmilieu het beste aansluit bij de behoefte van de patiënten doelgroep en voorwaarden schept voor de methodiek van begeleiding.

5.2.2 *Helderheid van taal*

Termen als sociotherapeutisch milieu en sociotherapeut geven verwarring bij hulpverleners aangezien dit geassocieerd wordt met groepswork. Sociotherapie is namelijk het methodisch hanteren van het leefklimaat van een groep patiënten gericht op de behandeldoelen van deze groep (<http://www.sociotherapie.nl/soc10.htm>). In tegenstelling tot het supportief milieu wat individueel gericht is. Het advies is om te spreken over therapeutisch afdelingsmilieu en begeleid(st)er.

5.2.3 *Scholing*

Vanuit het onderzoek (Gouw e.a., 2006) is er een dringend advies gedaan een aanpassing te maken van het scholingsprogramma van Juliana-Oord. Het supportieve milieu, foutloos leren en het 4K-model moeten in de module sociotherapie geïntegreerd en uitgedragen worden.. Daarnaast als aanvulling hierop wordt er geadviseerd om binnen de afdelingen een inwerkmap te maken. Naast informatie over werkzaamheden over de dag of week zal in de map literatuur te vinden zijn over foutloos leren, het 4K-model, de empathisch-directieve benadering en het supportief milieu.

5.2.4 *Patiënten suggesties*

Een aantal suggesties van de patiënten die geïnterviewd werden in het onderzoek 'Methodische begeleiding van NAH-patiënten' (Gouw e.a., 2006) worden aanbevolen.

- Kantoordeur van de afdelingen veelvuldig open zetten voor een indruk van laagdrempelig bereikbaar zijn.
- Inzichtelijk maken van aanbod van therapieën.
- Indien begeleider de afdeling verlaat, dit kenbaar maken bij patiënten zodat zij weten dat er tijdelijk geen begeleiders aanwezig zijn.
- Inzichtelijk maken welke begeleider er dienst heeft, daardoor weet de patiënt bij wie hij terecht kan met zijn vragen.

5.3 Implementatie van het supportieve model

Na de adviezen en aanbevelingen is het implementatieproces gestart. Uit gesprekken met de teamleider blijkt dat de volgende acties zijn gedaan om het supportieve model te implementeren in Juliana-Oord.

Het model is ingevoerd door het management van Juliana-Oord. Alle begeleiders die op dat moment werkzaam waren, kregen sociotherapie. Daarnaast krijgen nieuwe werknemers een interne scholing aangeboden waarin het supportieve afdelingsmilieu naar voren komt.

Bovendien wordt er ieder jaar een herhaling van deze scholing gegeven door een externe medewerker.

Naar aanleiding van de aanbevelingen van het onderzoek van Gouw (2006) werd er binnen Juliana-Oord gesproken over therapeutisch milieu in plaats van sociotherapeutisch milieu. De sociotherapeuten werden in het vervolg begeleider/ster genoemd.

In mei 2007 is er gezamenlijk milieuplan voor de Rehabilitatie afdelingen opgesteld (Moharram 2007). Hierin zijn de visie, milieu en benaderingstechnieken binnen de Monumenten (Rehabilitatie) beschreven. De begeleidingsmethodieken foutloos leren, empatisch-directieve benadering en het 4K-model, zoals uitgewerkt in hoofdstuk 3, zijn in het milieuplan beschreven. Deze begeleidingsmethodieken vallen onder het supportieve model. Daarnaast staat in het milieuplan beschreven wat er van de begeleiders verwacht wordt in het supportief milieu.

In mei/juni 2009 zijn er specifieke behandelprogramma's beschreven voor de afdelingen Detox, Neuropsychiatrie en Rehabilitatie binnen Juliana-Oord (van der Schaaf & in 't Veld, 2009).

Het supportieve model wordt ieder jaar geëvalueerd in het jaarverslag/beleidscyclus van Juliana-Oord. Vervolgens wordt instelling breed geïnventariseerd hoe het model functioneert. Deze evaluatie gebeurt in grote lijnen, echter niet specifiek per afdeling.

De implementatie van het supportief afdelingsmilieu heeft plaatsgevonden aan de hand van een groeimodel. Juliana-Oord is nog aan het groeien en ontwikkelen in de uitvoering dit milieu. Het supportief model is nooit uit ontwikkeld. In de uitvoering van het supportief milieu blijven er verbeteringen en volgens teamleiders wordt het gevoelsmatig niet altijd juist gebruikt. Vanuit de instelling is nu de vraag of dit model ook per afdeling geëvalueerd kan worden. Dit betekent dat er op de afdelingen Detox, Neuropsychiatrie en Rehabilitatie een evaluatie plaats zal vinden.

5.4 Conclusie

In dit hoofdstuk is inhoudelijk ingegaan op de implementatie van het supportieve model binnen Juliana-Oord. Vanuit haar visie streeft Juliana-Oord naar kwaliteit binnen de organisatie. Daarbij

hebben ze vier kernwaarden: vooruitgang, betrouwbaarheid, praktisch en luisterend. Vanuit deze visie en kernwaarden heeft Juliana-Oord het supportieve model geïmplementeerd.

Naar aanleiding van onderzoek (Gouw e.a., 2006) bleek dat er geen uniforme werkwijze was voor de begeleiders. Vervolgens is er onderzoek gedaan naar de methodiek van begeleiding (Gouw e.a., 2006). Aanbeveling vanuit dit onderzoek was om het supportieve model te implementeren binnen Juliana-Oord. Dit model sluit het beste aan bij de patiëntencategorie.

Tijdens de implementatie van het model zijn er behandelplannen en een milieuplan beschreven waarin het supportieve model centraal staat. Vervolgens kregen de begeleid(st)ers een nieuwe term, voorheen heetten zij sociotherapeuten.

In de beleidscyclus krijgt de evaluatie van het model een plaats, echter geen evaluatie op afdelingsniveau. In dit onderzoek wordt het supportieve model geëvalueerd op de afdelingen Detox, Neuropsychiatrie en Rehabilitatie.

6. Resultaten behandelprogramma detox

6.1 Inleiding

Binnen het behandelprogramma detox zijn 7 begeleiders geïnterviewd. Van de totaal 27 geïnterviewde begeleiders binnen Juliana-Oord is 26% van de geïnterviewden werkzaam binnen het behandelprogramma detox. In dit hoofdstuk worden alleen de resultaten van het behandelprogramma detox weergegeven. Aangezien percentages met decimalen de leesbaarheid van het onderzoek niet bevorderen, worden in de beschrijving van de resultaten de percentages afgerond naar hele procenten.

6.1.1 Algemeen

Binnen het behandelprogramma detox is het overgrote deel van de geïnterviewden verpleegkundige niveau 4, namelijk 70% procent, waaronder één leerling. Ongeveer 30% van de geïnterviewden zijn verpleegkundigen niveau 5.

Eveneens is 70% van de geïnterviewden binnen het behandelprogramma detox kort werkzaam binnen Juliana-Oord, namelijk tussen 2,5 maand tot 3 jaar. 30% van de geïnterviewden binnen het behandelprogramma detox is 10 jaar of langer werkzaam binnen Juliana-Oord.

6.1.2 Het supportieve model

15% van de geïnterviewde begeleiders noemde de begeleidingsmethodieken foutloos leren, 4k's en empathisch directieve benadering bij het omschrijven van het supportieve model. Alle overige geïnterviewden omschreven het supportieve model als een ondersteunend model.

6.1.3 Kennis over het supportieve model

Ongeveer 45% van de geïnterviewden konden 'ja' antwoorden op de vraag of zij genoeg kennis hebben over het supportieve model. De overige geïnterviewden gaven aan in de praktijk wel te werken volgens het model, maar dat ze theoretisch niet voldoende kennis hadden over het supportieve model.

6.1.4 Implementatie van het supportieve model

Het implementatietraject van het supportieve model is in 2005 van start gegaan. Ongeveer 70 % van de geïnterviewden gaven aan niet betrokken te zijn geweest bij het implementatietraject. De overige 30% gaf aan wel betrokken te zijn geweest bij het implementatie traject. 15% van de geïnterviewden gaf aan een interne opleiding te hebben gehad bij de start van het behandelprogramma detox waarbij

het supportieve model aan de orde kwam. De overige 15% van de geïnterviewde begeleiders gaven aan alleen het onderzoekverslag over het supportieve model te hebben gelezen en dat deze vaker werd aangehaald.

6.1.5 Scholing

Door 60% van de geïnterviewde begeleiders werd aangegeven dat ze geen scholing over het supportieve model hebben gehad. Daarvan gaf één geïnterviewde aan wel een hand-out te hebben ontvangen van de scholing over het supportieve model. De overige 40% van de geïnterviewden gaven aan wel een scholing over het supportieve model te hebben gehad. Er werd aangegeven de scholing als nuttig en positief te hebben ervaren en dat in de scholingen sinds een jaar het supportieve model aan de orde kwam.

6.2 Toepassing van het supportieve model op de werkvloer (volgens de punten zoals beschreven in het milieuplan voor de afdeling Rehabilitatie)

6.2.1 Leren, oefenen en trainen staan centraal

Kwaliteit en mogelijkheden

Door 70% van de geïnterviewden wordt het gezonde, krachtige deel van de patiënt versterkt door nadruk te leggen op hun kwaliteiten door middel van complimenteren. Een geïnterviewde zegt *'kwaliteiten van de patiënt te benutten en ze het gevoel te geven dat ze het goed doen.'* Door de patiënt als normaal mens te benaderen, spreken de begeleiders het gezonde, krachtige deel van de patiënt aan. De anderen van de geïnterviewden geven aan het gezonde deel van de patiënt te versterken door de patiënt een gezonde manier van leven te leren in de basale dingen van het dagelijks leven. De basale dingen zijn vaak nog wel intact vanuit de kindertijd van de patiënt. Hierdoor kunnen de basale vaardigheden, zoals gezond eten en bewegen, de patiënt goed aangeleerd worden. Ook door de invulling van de therapieën wordt het gezonde, krachtige deel van de patiënt versterkt.

Onveranderbare beperkingen

Van de geïnterviewden geeft 30% aan door middel van de methodiek foutloos leren de patiënten te leren leven met hun onveranderbare beperkingen. Dit doen ze concreet door hand-in-hand te begeleiden bij de beperkingen van de patiënt. 45% van de geïnterviewden, geeft aan vanuit een ondersteunende rol de patiënt te leren leven met zijn beperkingen. Door te kijken wat een patiënt nodig heeft, kan de begeleider gepaste ondersteuning bieden aan de beperkingen van de patiënt. Ondersteuning kan worden geboden door onder andere structuur te bieden, een laagdrempelig programma te bieden aan patiënten, psychische ondersteuning, voeding of het inschakelen van andere

disciplines. Bij het ondersteunen wordt niet geconcentreerd op het zieke, beperkte gedeelte van de patiënt, maar wordt de patiënt gestimuleerd om zelf te doen wat ze nog kunnen.

De overige van de geïnterviewde begeleiders zegt in gesprek te gaan over hun beperkingen en daarnaast de patiënten te corrigeren op hun beperkingen. Aan de hand van het gesprek laten deze begeleiders het aan de patiënt over om iets aan hun beperkingen te doen.

Nieuw gedrag en nieuwe vaardigheden

Meer dan de helft van de geïnterviewde begeleiders, namelijk 70%, zegt nieuwe vaardigheden en nieuw gedrag aan te leren door middel van hand-in-hand begeleiden en het gedrag en de vaardigheid te laten inslijten, door middel van het foutloos leren. Daarnaast door middel van het individu gericht te zijn.

Een geïnterviewde gaf aan het belangrijk te vinden om de vaardigheid van het communiceren te stimuleren onder patiënten.

De overige 30% van de geïnterviewden gaf aan dat er op het behandelprogramma detox geen nieuwe vaardigheden en gedrag wordt aangeleerd. Binnen de detox wordt er alleen aan de bewustwording van de patiënten gewerkt. Daarnaast worden patiënten gestabiliseerd door middel van structuur.

6.2.2 Het is individueel gericht

Zorg op maat

Om zorg op maat te geven aan patiënten benaderd 60% van de geïnterviewde begeleiders de patiënten individueel binnen, genoemd door één van de geïnterviewden, *'gegeneraliseerd Juliana-Oord'*. Door te kijken naar de mogelijkheden van de patiënt en het handelen als begeleider daarop aan te passen, wordt de patiënt op een individuele manier benaderd.

Ongeveer 15% zegt dat het behandelprogramma detox al zorg op maat is, waardoor begeleiders door middel van het programma al zorg op maat bieden.

De overige geïnterviewden zeggen heel concreet door middel van het verpleegplan en verpleegdoelen in overeenstemming met de behandeldoelen zorg op maat te leveren aan de patiënt.

Een geïnterviewde zegt aan de hand van de verpleeg- en behandeldoelen *'te kijken wat je eerst niet hebt gezien, maar wat naar voren komt na een aantal dagen. Goed observeren en kijken wat iemand nog meer nodig heeft en daarop inpassen, dan wordt het veel individueler. Dan kun je mensen proberen die zorg te geven die ze nodig hebben. Dat is naar mijn idee zorg op maat'*.

Eigen verantwoordelijkheid

Alle geïnterviewde begeleiders geven eenduidig aan dat ze de verantwoordelijkheid van de patiënt met betrekking tot hun eigen handelen zoveel mogelijk bij de patiënt houden, tenzij de patiënt de

verantwoordelijkheid niet zelf kan nemen door beperkingen. In dat geval wordt de verantwoordelijkheid overgenomen. Als een patiënt zijn verantwoordelijkheid niet neemt, echter deze wel aan kan, wijzen de begeleiders de patiënt op hun verantwoordelijkheid.

Goede zelfzorg

Ongeveer 40% van de geïnterviewde begeleiders geven aan de patiënt aan te spreken over hun hygiëne en zelfzorg en deze uit te leggen. Een andere 30% probeert eerst door middel van een grapje de patiënt aan te spreken, wanneer dit niet werkt gaan ze over op een directieve wijze door de patiënt bij de hand te nemen en hand-in-hand te begeleiden met douchen. Door 15 % van de geïnterviewden wordt goede zelfzorg van patiënten beloond en gecomplimenteerd. De begeleider tast af waar de hulp nodig is bij de zelfzorg en biedt hulp en stuurt dan in de zelfzorg van de patiënt. De overige begeleider geeft aan dat op de afdeling detox mensen in een dergelijk slechte toestand binnen komen, dat de zelfzorg volledig wordt overgenomen door de begeleider.

Individueel contact

Door 70% van de geïnterviewden wordt 1-4 uur per dienst besteed aan individueel contact met de patiënt. 15 % van de geïnterviewde begeleiders geeft aan een half uur individueel contact te hebben met de patiënt. De overige geïnterviewde kan geen tijdsaanduiding geven aangezien het individuele contact met de patiënt ‘*tussen neus en lippen door*’ is. De individuele contacten bestaan uit ventilatiegesprekken, begeleiding bij zelfzorg en een gewoon praatje met de patiënt. De mate van ziek-zijn van een patiënt bepaald de frequentie van het individueel contact met de patiënt.

6.2.3 *Het is antiregressief*

Het groepsproces

60% van de geïnterviewden gaf aan dat er 2-3 uur per dienst benut werd voor het groepsproces door aanwezig te zijn op de groep. Eén geïnterviewde gaf aan 80% van de dienst op de groep aanwezig te zijn, wat ongeveer 6,5 uur per dienst inhoudt. Van alle geïnterviewden gaf 15% aan 1-2 uur per dienst aanwezig te zijn op de groep. De laatste 15% van de geïnterviewde begeleiders zegt geen tijdsaanduiding te kunnen geven, maar gaf aan meer groepsmomenten te hebben dan individueel contact met de patiënt. De groepsmomenten bestaan uit de maaltijden, dagopening en –sluiting, groeps gesprekken, huiskameroverleg en de koffiemomenten van de groep.

Afstand versus nabijheid

De overgrote meerderheid, 70%, van de geïnterviewden, geeft een duidelijke grens aan rondom het fenomeen afstand en nabijheid. Zij vertelden professioneel en goed contact te hebben met de patiënten

en duidelijk een grens te stellen tussen afstand en nabijheid. Hierbij zijn de begeleiders zich bewust van hun positie en hebben geen fysieke aanrakingen met de patiënt. Ongeveer 15% zorgt voor een strikte scheiding tussen werk en privé. Daarnaast geeft 30% van de geïnterviewden aan het contact met de patiënt niet te persoonlijk te maken en men geeft hier duidelijk een grens aan naar de patiënt. Op een professionele manier wordt de patiënt zonder (voor)oordelen benaderd en ieder patiënt met gelijke afstand en nabijheid behandeld.

De andere 30% van de geïnterviewden zegt veel aanrakingen met de patiënt te hebben, geen geheimen te hebben in privé en kiest alleen voor nabijheid. Dit laten de begeleiders merken door benaderbaar te zijn.

Beperkte informatieverwerkingscapaciteit

Alle geïnterviewden geven aan het 4K-model te gebruiken bij het ondersteunen van de beperkte informatieverwerkingscapaciteit van de patiënt. Ander begeleidingsmethodieken als foutloos leren en empathisch directief werden ook genoemd. Ongeveer 30% noemde hulpmiddelen en geheugensteunen, als agenda en informatiebladen in kamers, naast de methodieken.

Laagdrempeligheid

Als begeleider laagdrempelig zijn wordt door 60% van de geïnterviewde begeleiders bereikt door aanwezig te zijn op de groep. Daarnaast zorgt 45% van de geïnterviewden voor een open kantoordeur voor openheid en bereikbaarheid van de begeleider naar de patiënt. Openheid in situaties en gewoon contact maakt de begeleider menselijker, wat laagdrempelig is voor de patiënt, verteld 30% van de geïnterviewden. De andere geïnterviewde zegt laagdrempelig te zijn door open, duidelijk, direct en kort naar de patiënt te zijn.

Functionele en persoonlijke belangen

Functionele belangen voor de patiënt staan bij 45% van de geïnterviewde begeleiders voorop. Hierbij wordt alleen persoonlijke informatie van de begeleider verteld als deze informatie functioneel is voor de patiënt, dit wordt gezien als professioneel. Door middel van duidelijkheid en zelf in de hand te houden wat de begeleider verteld wordt een grens aangegeven aan de patiënt. Ongeveer 15% van de geïnterviewde begeleiders gaf aan helemaal geen persoonlijke dingen te vertellen en vertelde hierbij, ook geen grens aan te hoeven geven. Een geïnterviewde vertelt: *‘Begeleiders weten veel over patiënten, dan moet je zelf ook open over jezelf zijn. Je moet vertrouwen dat patiënten met jou informatie om kunnen gaan.’* Door middel van het gesprek te sturen en eventueel te benoemen dat er een grens is, als de patiënt te dichtbij komt, want dat is volgens hen dan niet meer functioneel, zo vertelt 30% van de geïnterviewden.

Spanningen

Wanneer er spanningen binnen de groep patiënten is wordt dit gelijk bespreekbaar gemaakt individueel of in de groep, zodat de spanning uit wordt gesproken. Dit is de werkwijze van 70% van de geïnterviewden. Zij vervullen een bemiddelende rol. De overige geïnterviewden geven aan door aanwezig te zijn op de groep, de spanningen te verminderen en te observeren. Eventueel zorgt men voor afleiding of medicatie. Daarnaast proberen deze begeleiders eerst of patiënten de spanningen zelf onderling op kunnen lossen.

6.2.4 Het richt zich op het hier en nu

Het hier en nu

Patiënten worden door 45% van de geïnterviewde begeleiders betrokken naar het hier en nu door het benoemen van tijd, datum en plaats te noemen. Daarnaast wordt er nieuws uit de actualiteit verteld bij de dagopening. Volgens de andere 75% van de geïnterviewden kunnen patiënten bij het hier en nu blijven door de patiënten bij het programma te houden, het verleden niet negeren maar betrekken naar het hier en nu wanneer het relevant is. Duidelijkheid is hierbij van belang en de patiënten hun verleden en vandaag niet laten bagatelliseren. Hun reden voor deze opname is volle ernst. Bij heropname moeten begeleiders de patiënt vertrouwen en het verleden hierbij niet laten gelden. Een geïnterviewde zegt niet continu naar het hier en nu te betrekken, want *‘dat zijn wij zelf niet eens. Met je gedachten ben je ook niet altijd in het hier en nu. Je bent vaak in de toekomst of in het verleden’*.

Dag- en nachtritme

Alle geïnterviewde begeleiders stimuleren een goed dag- en nachtritme op een natuurlijke en gezonde manier. Dit houdt in dat de patiënten hun programma volgen, op tijd opstaan, op tijd naar bed gaan en zich aan de medicatietijden houden. Doordat de patiënten overdag door de structuur van het programma actief blijven, krijgen patiënten een gezond dag- en nachtritme. Als patiënten bij uitzondering overdag willen rusten worden deze rustmomenten ingeperkt tot een uur. Dan wordt de patiënt gestimuleerd om weer met het programma mee te doen.

Structuur

Dat het dagprogramma de kern is van de structuur voor de patiënt, met als hulpmiddel de agenda, daarvan was ongeveer 90% van de geïnterviewden overtuigd. Vooral de vaste eetmomenten zijn elke dag de vaste punten in de dagstructuur. De overige van de geïnterviewden geven aan dat de groep elkaar structuur biedt. *De hele groep die leeft in die structuur. Dan is het ook makkelijk voor een patiënt om daar in te passen en is het moeilijk om daar buiten te vallen. Zolang wij die structuur aan bieden en de meeste patiënten dat volgen, dan volgt de laatste ook wel meestal.*

Veilige omgeving

Begeleiders zijn 24 uur per dag bereikbaar voor de patiënt. Deze geruststelling zorgt voor een veilige omgeving vindt 70% van de geïnterviewde begeleiders. De overige punten die werden genoemd door de geïnterviewden waren duidelijkheid in vrijheden, hand-in-hand begeleiding, helder te zijn naar de patiënten en de patiënt serieus te nemen en daarbij rustig informatie uitleggen. De gesloten deuren op de afdeling van de detox zorgt voor een veilige, kleine wereld voor de patiënten, een letterlijke en figuurlijke bescherming tegen de alcohol. Ongeveer 30% zegt er ‘te zijn’ voor de patiënt, dat je als begeleider klaar staat voor de patiënt.

Angsten

Bij angsten moet eerst de oorzaak worden achterhaald zo geeft 45% van de geïnterviewden aan. Dit kan gedaan worden door patiënten gerust te stellen en de angst bespreekbaar te maken. Vervolgens doet afleiding, tot de orde van de dag komen en zo nodige medicatie, de angst afnemen. Een andere 15% van de geïnterviewden verteld mensen de mogelijkheid te bieden om op zichzelf te zijn buiten de groep. Een tweede 15% van de geïnterviewden zegt duidelijk rekening te houden met de angst, in de omgang met de patiënt en hen bescherming te bieden ‘*door praktische ondersteuning door bijvoorbeeld mee te gaan als de patiënt bang is om van de afdeling af te gaan*’. De overigen wisten geen antwoord te geven hoe met angsten van de patiënt om te gaan, aangezien zij dit nog nooit hadden meegemaakt bij een patiënt.

6.2.5 Gelijkwaardigheid tussen patiënt en begeleider

Volwaardige gesprekspartners

Met enige aarzeling kon 85% van de geïnterviewde begeleiders beaamen dat de patiënt een volwaardige gesprekspartner voor hen was. De aarzeling kwam voort uit het ziektebeeld van de patiënten en de cognitieve beschadiging die patiënten soms hebben, waardoor patiënten niet altijd voor volwaardig kunnen worden aangezien. Daarnaast heeft de begeleider een positie als hulpverlener, waardoor je als begeleider in een machtspositie zit. Door de patiënt met respect te behandelen en jezelf als mens te durven laten zien, zo geven begeleiders aan rondom dit punt. De laatste geïnterviewde zegt de patiënt niet als volwaardige gesprekspartner te zien, maar de patiënt wel serieus te nemen en met respect te benaderen.

Houding

Van alle geïnterviewden zegt 30% open en eerlijk te zijn naar de patiënt. Zij zijn zich bewust van hun positie door niet te veel op de voorgrond, als niet te veel op de achtergrond te zijn. Ze vinden het belangrijk om betrouwbaar over te komen op de patiënt. Daarnaast vinden 40% van de geïnterviewden humor onmisbaar in de omgang met patiënten. Van 45% van de geïnterviewden is hun houding

vriendelijk en duidelijk, maar niet betuttelend naar de patiënt toe. Andere punten in de houding van begeleider naar patiënten toe zijn onder andere coachend, begeleidend, rechtvaardig, rustig, consequent en lief. De punten van de geïnterviewden waren diverse, maar openheid, eerlijkheid, humor, vriendelijkheid en duidelijkheid kwamen het meeste naar voren in de interviews.

Open communicatie

Openheid om alles bespreekbaar te maken zorgt voor een open communicatie vindt 60% van de geïnterviewden. Daarnaast zegt, 30% van de geïnterviewden eerlijkheid, een andere 30% van de geïnterviewden duidelijkheid en nog weer een andere 30% van de geïnterviewden directheid en durven confronteren, belangrijke aspecten te vinden in een open communicatie. Een geïnterviewde zegt jezelf de tijd te gunnen om patiënten de mogelijkheid te geven open te communiceren.

6.3 Ontwikkelpunten en barrières met betrekking tot het supportieve model

6.3.1 Barrières

Op de vraag of er barrières zijn voor de rol als begeleider met betrekking tot het supportieve model zegt 85% van de geïnterviewde begeleiders één of meerdere barrières te ervaren. Aan de communicatie met collega's en andere disciplines, voornamelijk de behandelaar schort nog wel eens wat. Hieraan mag volgens 30% van de geïnterviewden meer aandacht worden besteedt, aangezien goede communicatie erg belangrijk is in de uitvoer van het supportieve model. Een andere 30% van de geïnterviewde begeleiders zegt vaak tijdnood te hebben door administratieve werkzaamheden, vergaderingen en regeltaken. Hierdoor is er te weinig persoonlijk contact met de patiënt wat niet bevorderlijk is voor de patiënt in het supportieve leefmilieu. Andere barrières die werden genoemd waren:

Onpraktische regels van 'bovenaf', zoals geen eigen koelkast, waardoor patiënten niet zelfstandig kunnen zijn met betrekking tot eten en drinken. Ziekte van collega's zorgt voor veel wisseling van begeleiders naar andere afdelingen, wat de continuïteit van zorg voor de patiënten niet ten goede komt. Er zijn aantal patiënten met dubbeldiagnoses. Naast de alcoholverslavingsproblematiek speelt er een ander psychiatrisch beeld. Binnen Juliana-Oord is hier volgens de geïnterviewde geen aandacht voor, waardoor de zorg op maat voor de patiënt niet geleverd wordt.

30% van de geïnterviewden wil meer modules voor de alcoholverslaving binnen het behandelprogramma detox. Een geïnterviewde vraagt zich af er wel genoeg modules zijn en of deze wel effectief zijn. Patiënten worden opgenomen met verslavingsproblematiek, echter volgens hen staat

de verslaving niet genoeg op de voorgrond. Zij vinden het een barrière om met de patiënt met zijn verslaving bezig te zijn, als het programma voor de patiënt niet voldoende op de verslaving gericht is.

6.3.2 Ontwikkelpunten

Wederom heeft 85% van de geïnterviewde begeleiders ontwikkelpunten voor Juliana-Oord met betrekking tot het supportieve model. De ontwikkelpunten zijn divers. De volgende ontwikkelpunten werden door de geïnterviewden aangegeven:

Er zou meer begeleiding voor de patiënt moeten zijn bij de nazorg wanneer deze niet goed is gebleken, voor de opname. Patiënten vallen in een gat. Er zou een beter overgang moeten zijn naar de thuissituatie.

Er zou een tussenstap moeten zijn voor patiënten die de diagnostiek niet nodig hebben, maar wel zouden moeten doortraineren in het abstinente blijven.

Een geïnterviewde begeleider gaf aan meer tijd voor persoonlijke zorg met de patiënt te willen hebben. Vaak is er door de groep en alle administratieve werkzaamheden weinig tijd voor individuele en persoonlijke zorg voor de patiënt.

Er is afstand met andere disciplines. De geïnterviewde begeleider heeft behoefte aan kortere lijnen met andere disciplines. Patiënten hebben weinig direct contact met behandelaar, daardoor is de begeleider een tussenpersoon. Behandelaren zouden meer tijd moeten hebben voor begeleiders en patiënten.

Als team moet je eenduidig zijn en op één lijn zitten met betrekking tot het benaderen van patiënten. In het bijzonder in het ondersteunende leefmilieu (supportieve milieu) zou eenduidigheid als team een voorwaarde moeten zijn, zo stelde een geïnterviewde.

Vaak speelt er bij patiënten een behoorlijke sociaal maatschappelijke problematiek. Echter na de ontwenningfase, die een duur heeft van 3 weken, komt de casemanager pas aan bod. Het zou voor de patiënten een beter stimulans zijn als de casemanager eerder (gelijk bij opname) aan bod zou komen. Zodat bij opname een inventarisatie kan worden gemaakt van de sociale problematiek, waardoor de casemanager gelijk een duidelijk beeld heeft en het nodige in gang kan zetten.

Er mag meer scholing zijn met betrekking tot het leefmilieu/supportieve milieu. Sinds het laatste half jaar krijgen nieuwe medewerkers hier scholing over. Ook herhaling van scholing, met betrekking tot het syndroom van Korsakov, 4K-model etc. Echter het leefmilieu komt niet altijd goed op de voorgrond in de scholing, zo gaf een geïnterviewde aan. Daarnaast zou intervisie zorgen voor meer bewustwording van eigen handelen van begeleiders.

Een geïnterviewde begeleider gaf aan graag wat meer tips en voorlichting of eventuele scholing te willen over hoe begeleiders hun tijd beter in kunnen delen.

7. Resultaten behandelprogramma neuropsychiatrie

7.1 Inleiding

Binnen het behandelprogramma neuropsychiatrie zijn 10 begeleiders geïnterviewd. Van de totaal 27 geïnterviewde begeleiders binnen Juliana-Oord is 37% van de geïnterviewden werkzaam binnen het behandelprogramma neuropsychiatrie. In dit hoofdstuk worden alleen de resultaten van het behandelprogramma neuropsychiatrie weergegeven.

7.1.1 Algemeen

Binnen het behandelprogramma neuropsychiatrie heeft 70% van de geïnterviewde begeleiders, een verpleegkundige achtergrond, één van hen was nog in opleiding en één van deze begeleiders heeft zich gespecialiseerd tot somatisch verpleegkundige. Daarnaast had 20% van de geïnterviewden een vooropleiding gedaan binnen de sociaal pedagogische hulpverlening, variërend van niveau 4-5. Eén van de geïnterviewde begeleiders heeft zowel een verzorgende als een sociaal pedagogische achtergrond.

Het aantal jaren wat de begeleiders werkzaam zijn binnen Juliana-Oord is wisselend, variërend van 1 jaar-26 jaar. 50% van de geïnterviewde begeleiders is max. 2,5 jaar werkzaam binnen Juliana-Oord. 30% van de geïnterviewden was 5-10 jaar werkzaam. En de overige 20%, is 20 jaar of meer werkzaam binnen Juliana-Oord.

7.1.2 Het supportieve model

60% van de geïnterviewde begeleiders kan in een paar zinnen weergeven wat het supportieve model inhoudt. Één van de geïnterviewden geeft het als volgt weer *‘individueel gericht. Het is gericht op omgaan met de beperkingen van cliënten. Mensen weer vaardigheden aanleren op basis van gelijkwaardigheid tussen patiënt en begeleider. Antiregressief. Zo zelfstandig mogelijk. De patiënt zo zelfstandig mogelijk laten functioneren’*. De overige 40% kan niet in een paar zinnen weergeven wat het supportieve model inhoudt. Wel worden een aantal begeleidingsmethodieken genoemd, zoals de 4 K's, empathisch directief.

7.1.3 Kennis over het supportieve model

20% van de geïnterviewden kan volmondig ‘ja’ antwoorden op de vraag of ze genoeg kennis hebben van het supportieve model, om dit in de praktijk toe te passen. 10% gaf aan, dat ze voldoende kennis hebben, maar *‘het is wel goed dat het soms weer even opgefrist wordt’*. Eveneens 10% gaf aan dat zij

veel praktijkervaring hebben, maar weinig theoretische kennis over dit model. Door 60% van de geïnterviewde begeleiders werd aangegeven dat zij weinig tot geen theoretische kennis hebben over het supportieve model.

7.1.4 Implementatie van het supportieve model

80% van de geïnterviewde begeleiders gaf aan dat ze niet betrokken zijn geweest bij het implementatietraject. 10% van de geïnterviewden gaf aan dat ze hierbij wel betrokken is geweest. Eveneens 10% van de geïnterviewde begeleiders gaf aan dat in principe iedereen hierbij betrokken is geweest, omdat iedereen met dit model is gaan werken in die tijd. *‘op een gegeven moment wordt er van je verwacht dat je daar allemaal volgens werkt en krijg je daar ook uitleg over en daarin. Dus in die zin ben je natuurlijk wel betrokken’.*

7.1.5 Scholing

Op de vraag hoe de scholing m.b.t. dit supportieve model ervaren is, wordt door 60% van de geïnterviewden ontkennend geantwoord, zij hebben geen scholing ontvangen over dit model. De overige 40% heeft wel scholing gekregen over dit supportieve model en hebben dit ervaren als *‘Ik vond het wel een hele goede scholing, omdat je alles weer even terug haalde. Dat je achter alle dingen soort een reden kon bedenken waarom het zo is, was wel heel duidelijk. Geeft inzichten.’*

7.2 Toepassing van het supportieve model op de werkvloer (volgens de punten zoals beschreven in het milieuplan voor de afdeling Rehabilitatie)

7.2.1 Leren, oefenen en trainen staan centraal

Kwaliteiten en mogelijkheden

Door 80% van de geïnterviewde begeleiders wordt aangegeven dat zij het gezonde, krachtige deel van de patiënt versterken, door hen te benaderen op hun sterke punten. Door datgene wat zij goed kunnen, te stimuleren en te complimenteren, juist ook bij die punten die wat ondergesneeuwd zijn. Eén van de geïnterviewde begeleiders geeft aan *‘extra stimuleren, met name het gezonde deel... dat stimuleert ook om het moeilijke weer op te pakken’*. 20% van de geïnterviewde begeleiders geeft aan dat ze de kwaliteiten en mogelijkheden benaderen d.m.v. de begeleidingsmethodieken.

Onveranderbare beperkingen

Alle geïnterviewde begeleiders gaven aan dat zij de patiënten leren leven met hun onveranderbare beperkingen door hen te benaderen volgens de begeleidingsmethodieken die Juliana-Oord kent.

Hierbij wordt gebruik gemaakt van de 4K's, de empathisch directieve stijl, het foutloos leren. Door één van de geïnterviewden werd het volgende aangegeven *'dus iemand laten leren leven met zijn beperking, geldt denk ik vaak meer in het aanleren van hulpmiddelen zodat je iemand zo zelfstandig mogelijk laat functioneren, door zorg op maat te leveren en veel met hen samen te doen. Zo'n 30% van de geïnterviewden geeft aan dat zij de patiënten wijzen op de agenda als hulpmiddel/geheugensteun bij het omgaan met onveranderbare beperkingen.*

Door één van de geïnterviewden wordt het volgende aangegeven m.b.t. het leren leven met onveranderbare beperkingen *'Maar het acceptatieproces van de patiënt, het bewust zijn van: ik doe het niet meer zo goed als dat ik deed, duurt veel langer dan twaalf weken'.*

Nieuw gedrag en nieuwe vaardigheden

Door 80% van de geïnterviewde begeleiders wordt aangegeven dat zij patiënten ondersteunen in het aanleren van nieuw gedrag door gebruik te maken van de methode 'foutloos leren', ofwel hand-in-handbegeleiding/stap-voor-stap aanleren van vaardigheden. Waarbij het wel belangrijk is dat het gehele team zich aan de verschillende afspraken per individu houdt. Eén van de geïnterviewden gaf ook aan dat het *'dus niet zozeer nieuw gedrag, maar juist oud gedrag is wat weer moet inslijten'*. 10% van de geïnterviewden gaf ook aan dat het belangrijk is om kleine veranderingen te signaleren en hierop verder te gaan.

7.2.2 Het is individueel gericht

Zorg op maat

Op de vraag over het leveren van zorg op maat geven alle geïnterviewde begeleiders een eenduidig antwoord. Door hen wordt aangegeven dat zij zorg op maat leveren door een individueel programma aan te bieden. 30% van de geïnterviewden geeft hierbij aan, dat zij aandachtspunten per patiënt beschrijven in het verpleegplan, zodat iedereen de patiënt op dezelfde manier benaderd. *'En daar kijk je samen met de patiënt naar en daar begeleid je de patiënt ook mee. En je moet dat ook in overleg met de patiënt doen'*. Door één van de geïnterviewde begeleiders wordt ook aangegeven dat *'heel belangrijk hier een luisterend oor is. Dat je goed hun problemen aanhoort'*. Dat op die manier zorg op maat geleverd wordt.

Eigen verantwoordelijkheid

Alle geïnterviewde begeleiders geven aan dat zij patiënten zoveel mogelijk dingen zelf willen laten doen en hen op deze manier in hun waarde laten. Hierin is een goede observatie van cruciaal belang. Op het moment dat dit niet lukt of patiënten kunnen de verantwoording niet dragen en houden zich

niet aan de afspraken, dan wordt de verantwoording gedeeld of overgenomen. Op het moment dat een patiënt zijn verantwoording niet neemt, dan gaat men met deze persoon in gesprek.

Goede zelfzorg

Door 80% van de geïnterviewden wordt aangegeven dat zij de zelfzorg wel duidelijk benoemen naar de patiënt, zeker op het moment dat daar iets aan hapert. 20% gooit het over een andere boeg, zij wijzen de patiënten op hun eigen zelfbeeld, dat zelfzorg en hygiëne belangrijk is voor hun eigenwaarde. 30% van de geïnterviewden geeft aan dat zij, samen met de patiënten, zoeken naar wat werkt bij de patiënt. Zij maken dus individueel afspraken met de patiënten rondom het gebied 'zelfzorg'. 10% van de geïnterviewden gaven aan dat ze vaak humor gebruiken op dit punt. Door 10% van de geïnterviewde begeleiders wordt de training gezondheid/hygiëne genoemd, waarin patiënten gewezen worden op het nut van goede zelfzorg.

Individueel contact

Door 80% van de geïnterviewden werd aangegeven dat dit individuele contact, 10-45 minuten per dag is. 30% van deze geïnterviewden gaf aan dat zij in het weekend meer tijd hebben voor individuele gesprekken. Op een doordeweekse dag, zo gaf 30% van de geïnterviewden aan, bestaan deze individuele momenten voornamelijk uit ventilatiegesprekjes en het afnemen van de HONOS. Door 20% werd een geheel andere schatting gegeven. Zij gaven aan dat zij zo'n 5-6 uur bezig zijn met individueel contact.

7.2.3 Het is antiregressief

Het groepsproces

Zo'n 60% van de geïnterviewde begeleiders gaven aan dat zij zo'n 2-4 uur op een dag bezig zijn met het groepsproces. Nog eens 50% benoemt hierbij dan ook een aantal voorbeelden, zoals de maaltijden/groepsgesprekken/dagopening/dagsluiting e.d. Door één geïnterviewde begeleider wordt opgemerkt dat dit groepscontact te weinig is. *Officieel moet ik 2 uur op kantoor en 6 uur bij de patiënten. Ik denk dat ik dan zo ongeveer 4 op 4 zit. 4 uur bij de patiënt en 4 uur op kantoor.* Ook een andere geïnterviewde geeft dit aan *'Groepsmomenten zijn meer de verplichte momenten'*. 40% van de geïnterviewden noemt geen tijd bij het bezig zijn met het groepsproces. Er wordt wel een vergelijking gemaakt tussen het groepscontact en het individuele contact. Zij geven aan dat ze meer bezig zijn met het groepscontact dan met het individuele contact.

Afstand versus nabijheid

Door 40% van de geïnterviewde begeleiders wordt aangegeven dat er een strikte scheiding moet zijn tussen privé en werk. Eveneens 40% geeft aan dat er duidelijk een afstand bestaat tussen begeleider en patiënt, maar dat dit niet wil zeggen dat de begeleider niets over zijn/haar privéleven verteld, maar de grenzen moeten voor de patiënt helder en duidelijk zijn, zo stellen deze geïnterviewden. De overige 20% geeft aan dat zij juist wel iets van zichzelf willen laten zien, omdat patiënten dit immers continu doen. Dit alles tot op zekere hoogte. Door 30% van de geïnterviewden wordt aangegeven dat zij ook weleens lichamelijk contact hebben met de patiënt d.m.v. een schouderklopje. Dit is wel verschillend per persoon.

Beperkte informatieverwerkingscapaciteit

Door zo'n 70% van de geïnterviewde begeleiders werd direct aangegeven dat met deze beperkte informatieverwerkingscapaciteit omgegaan werd d.m.v. de begeleidingsmethodieken, zoals de 4 K's. Door 40% van de geïnterviewden, werd de agenda genoemd als belangrijk hulpmiddel bij de beperkte informatieverwerkingscapaciteit. Met deze beperkte informatieverwerkingscapaciteit moet al rekening gehouden worden bij opname, zo stelde 30% van de geïnterviewden. Zij gaven aan dat het belangrijk is om voldoende tijd te nemen voor de patiënt, om hen dingen te laten zien en uit te leggen. Ook de structuur werd in dit verband genoemd.

Laagdrempeligheid

Laagdrempeligheid, hieronder werd door 80% van de geïnterviewde begeleiders verstaan, dat patiënten altijd welkom zijn met hun vragen. Dit benoemen zij ook naar de patiënten toe. Ze nodigen patiënten mondeling uit. Dit uitnodigen gebeurt ook nog op een ander manier, zo stelde 60% van de geïnterviewden. Zij zorgen ervoor dat de deur van het kantoor zoveel mogelijk open staat. 30% van de geïnterviewden gaf aan dat zij laagdrempeligheid bevorderen, door veel op de groep aanwezig te zijn.

Functionele en persoonlijke belangen

Door 80% van de geïnterviewden, werd aangegeven dat zij heel duidelijk hun grens aangeven op het moment dat patiënten geïnteresseerd zijn in persoonlijke belangen/privézaken van de begeleider. *'De dingen afkappen, dat wil ik niet bespreken of dat vind ik niet relevant. Op die manier ook je eigen grenzen aangeven. Dus benoemen en de patiënt voorop zetten'*. Bewust zijn van eigen handelen, zo gaf één van de geïnterviewde begeleiders aan.

Spanningen

Op de vraag 'hoe ga je om met spanningen binnen de afdeling', werd door 80% van de geïnterviewde begeleiders hetzelfde antwoord gegeven. Zij gaven direct aan dat zij de spanning benoemen en bespreekbaar maken binnen de groep, aldus één van de geïnterviewden geeft *'dat openheid, veiligheid en duidelijkheid'*. 40% van de geïnterviewden gaf aan dat het wel degelijk verschil maakt of het een

spanning is tussen 2 personen of dat de hele groep erbij betrokken is. Door eveneens 40% van hen, werd aangegeven dat het afhankelijk is van de soort spanning, of zij dit direct bespreekbaar maken in de groep. Soms laten we ze het liever eerst zelf oplossen, zo gaven zij aan.

Eén van de geïnterviewde begeleiders merkte het volgende op *‘Ik probeer zo veel mogelijk op de groep te zijn als er spanningen zijn, want ik zie dat als er een groepsleider op de groep is de spanningen vaak wel minder wordt in de groep’*.

Eén geïnterviewde gaf aan dat zij het op een andere manier doet en wel door de persoon/groep eerst op het gemak te stellen, om vervolgens de persoon/groep fysiek te laten ontspannen.

7.2.4 Het richt zich op het hier en nu

Het hier en nu

Patiënten in het hier en nu houden, wordt door 80% van de geïnterviewde begeleiders gedaan, door het benoemen van tijd en plaats. Maar ook door te vertellen over het nieuws en de actualiteiten. 30% van de geïnterviewden geeft aan dat zij de patiënten wijzen op hun programma en hen hierdoor in het hier en nu houden. Dit tot op zekere hoogte, want *‘als ik dat de hele tijd maar blijf benoemen, dan kan dat juist ook onrust veroorzaken’*. Eén van de geïnterviewden geeft het volgende aan m.b.t. het ‘hier en nu’: *‘en als er dan een keer iets voorgevallen is en het is uitgesproken. Dat je dan ook zegt ‘het is gebeurd, het is geweest, het is uitgesproken en we gaan nu verder’*. Men laat het verleden achter zich. Door één van de geïnterviewden wordt het volgende aangegeven *‘soms kun je niet altijd over het hier en nu praten, omdat ze dat vergeten. En dan praat je over het verleden’*. Ook geeft één van de geïnterviewden aan dat je niet alleen met het hier en nu bezig moet zijn, *‘maar ook wel naar de toekomst toewerkend’*.

Dag- en nachtritme

Door 70% van de geïnterviewde begeleiders wordt aangegeven dat zij voor een dag- en nachtritme zorgen door vast te houden aan de structuur, aan het programma en aan de medicatietijden. Eén van de geïnterviewden geeft aan dat dit erg belangrijk is, want, zo geeft deze aan, *‘anders ben je zo weer uit de structuur’*. Eveneens 70% van de geïnterviewde begeleiders geeft aan dat zij een goed dag- en nachtritme stimuleren door hen voorlichting te geven over het nut van zo’n dag- en nachtritme.

Structuur

Agenda, programma, afspraken. Deze punten worden door zo’n 80% van de geïnterviewden genoemd, hierdoor bieden zij structuur aan. *‘door de bejegeningstechnieken te gebruiken, door duidelijk te blijven, helder te blijven, zorgen dat mensen hun programma volgen’*. Vervolgens wordt door 20%

van de geïnterviewde begeleiders hierbij gezegd dat *‘het wel van belang is dat ik als begeleider me ook wel aan die tijden houdt’*.

Veilige omgeving

Door de geïnterviewde begeleiders zijn hierop veel verschillende antwoorden gegeven. Zo gaf 60% van de geïnterviewde begeleiders aan dat zij zorgen voor een veilige omgeving, door veel aanwezig te zijn op de groep en door er voor te zorgen dat de afdeling ook fysiek veilig is. Door het veel op de groep aanwezig zijn, zo gaf 20% van de geïnterviewden aan, is het ook mogelijk om spanningen te signaleren. Ook de structuur en vaste routine werden genoemd *‘ik denk dat patiënten dat ook als veilig ervaren’*, zo gaf 30% van de geïnterviewden aan. Eveneens 30% van de geïnterviewden gaf aan dat zij onder een veilige omgeving verstaan, dat patiënten altijd bij begeleiders terecht kunnen en ook weten waar begeleiders zijn. 10% van de geïnterviewden gaf hierover het volgende aan: niet over andere praten als zij hierbij zelf niet aanwezig zijn. *‘Je moet jezelf wel kunnen verplaatsen in de ander’*, zo gaf 20% van de geïnterviewden aan. Eveneens 20% van de geïnterviewden gaf aan dat het belangrijk is dat je als collega’s één lijn volgt. *‘Daar moet je proberen een lijn in te hebben. Als je dat niet doet, krijg je alleen maar verwarring bij de patiënten, waardoor de kans bestaat dat die weer terug valt’*. Nogmaals 20% van de geïnterviewden gaf aan dat binnen de veilige omgeving het uitstralen van vertrouwen naar patiënten toe, van belang is. Bij opname moet je al beginnen met het creëren van zo’n veilige omgeving, door patiënten een duidelijk rondleiding te geven, maar ook door hen *‘Op hun gemak te laten voelen, dat vind ik al een hele goede eerste zet eigenlijk. Dat vind ik ook al met veiligheid te maken hebben’*.

Angsten

Bespreikbaar maken, zo stelde 90% van de geïnterviewde begeleiders. Dit doe je door de begeleidingsmethodieken zo gaf 20% van de geïnterviewden aan. Door 20% van de geïnterviewde begeleiders werd ook het punt van veiligheid/vertrouwen genoemd, hierdoor is het ook fijner om angsten te bespreken. Als vervolgstap, na het bespreikbaar maken, gaf 50% van de geïnterviewden aan dat zij zorgen voor afleiding en/of hen gerust stelden. 40% van de geïnterviewde begeleiders gaf aan dat zij medicatie (zo nodig) toedienen en/of een arts raadpleegden.

7.2.5 Gelijkwaardigheid tussen patiënt en begeleider

Volwaardige gesprekspartners

Zo’n 80% van de geïnterviewde begeleiders geeft aan dat patiënten volwaardige gesprekspartners zijn en dat men hen in hun waarde laat, respectvol benadert, hen serieus neemt en naast de patiënt gaat staan. Van deze 80%, geeft 40% aan dat zij zich wel moeten aanpassen aan het gespreksniveau van de

patiënt en het dus voor hen tot op zekere hoogte volwaardige gesprekspartners zijn. Door 20% van de geïnterviewden wordt aangegeven dat het geen volwaardige gesprekspartners zijn. Zo geeft één van de geïnterviewden aan ‘ *je moet er altijd rekening me houden, dat ze dingen anders zeggen, dingen verdraaien zeg maar*’.

Houding

Hoe is je houding naar de patiënten toe? Hier word door de geïnterviewde begeleiders divers op geantwoord. De twee punten die het meeste genoemd worden, zijn de volgende:

40% van de geïnterviewden geeft aan dat zij handelen volgens de begeleidingsmethodieken, zoals Juliana-Oord deze gebruikt.

60% van de geïnterviewden geeft aan dat zij bewust handelen, open, met respect en op hetzelfde niveau.

Daarnaast worden er nog een aantal andere punten genoemd. Zoals het luisterend oor, 20% van de geïnterviewden noemt dit punt. Eveneens 20% van de geïnterviewden noemt het punt van vertrouwen hebben in de patiënt, het niet te snel overnemen. 10% van de geïnterviewde begeleiders geeft aan dat hun houding bestaat uit een relaxte, ontspannen houding waarin voldoende ruimte is voor alledaagse dingen. Een houding waardoor de patiënt gestimuleerd wordt. Eén van de geïnterviewde begeleiders geeft aan dat ze het belangrijk vindt dat er binnen het team ruimte is voor feedback en dat er een open communicatie is.

Open communicatie

Een open communicatie m.b.t. zaken die het afdelingsmilieu betreffen krijg je door te observeren, dingen benoemen en veel met elkaar te bespreken, zo stelt 80% van de geïnterviewden. 10% van de geïnterviewden geeft aan dat het van cruciaal belang is dat er eerlijk en duidelijk over deze zaken gesproken wordt. Zorgen voor een ontspannen sfeer, waarin respect voor elkaar heerst en waarin open vragen aan elkaar gesteld kunnen worden, zo geeft 10% van de geïnterviewden aan. Op die manier zorgen zij voor een open communicatie. 20% van de geïnterviewden geeft aan dat het van belang is dat de gemaakte afspraken ook teruggekoppeld worden naar de groep, om zo ook de communicatie open te houden.

7.3 Ontwikkelpunten en barrières met betrekking tot het supportieve model

7.3.1 Barrières

Er worden door de geïnterviewde begeleiders een heel aantal verschillende barrières genoemd. Eén barrière wordt door velen genoemd. 70% van de geïnterviewde begeleiders geeft aan dat de werkdruk te hoog is, waardoor er veel tijd op kantoor doorgebracht moet worden, wat dan als gevolg heeft dat de

begeleider weinig aanwezig is op de groep en er weinig tijd besteedt kan worden aan individueel contact.

Daarnaast wordt er door 20% van de geïnterviewden aangegeven dat het als een barrière wordt ervaren dat behandelaars met regelmaat afwezig zijn, dit heeft tot gevolg dat contact via via moet gaan, wat vaak langer duurt en voor onduidelijk zorgt.

Een andere barrière die genoemd wordt door één van de geïnterviewde begeleiders is de volgende. Vanwege een onjuiste bedbezetting, niet de zorg kunnen leveren die men wil leveren.

Ook de niet-Nederlands sprekende patiënt wordt als een barrière gezien, door één van de geïnterviewde begeleiders. Omdat je dan niet de juiste zorg kunt leveren, vanwege een taalbarrière.

Het afschaffen van het EVV-erschap wordt door één van de geïnterviewden als gemis ervaren. *‘Vroeger had we EVV-erschap. En dat is iets wat ik nu wel mis. Dan bouw je toch meer een vertrouwensband op met bepaalde patiënten. Nu heb je mensen die er weleens een beetje tussendoor vallen’.*

Eén van de geïnterviewde begeleiders geeft aan dat het contact met collega's minimaal is binnen de neuropsychiatrie. Ook dit wordt als een barrière ervaren.

De gebouwen, infrastructuur/ruimtelijke ordening vindt één van de geïnterviewden *‘niet oké’*. Dit is een barrière, zo geeft deze geïnterviewde aan, om zorg op maat te kunnen bieden.

Ook de bezuinigingen, waardoor het niet mogelijk is om verder te ontwikkelen, worden ervaren als een barrière.

‘Teamleider is alleen op afspraak beschikbaar, ik vind dit geen juiste houding. Er is daarom weinig betrokkenheid op collega's m.b.t. de zorg’. Ook dit punt wordt genoemd als het gaat om barrières die ervaren worden bij de uitoefening van de zorg.

7.3.2 Ontwikkelpunten

Ook de ontwikkelpunten die genoemd worden door de geïnterviewde begeleiders zijn divers. Een aantal vloeit voort uit een hierboven genoemde barrière.

Het ontwikkelpunt wat het meest genoemd wordt is de volgende: ‘meer scholing over het supportieve model’, zo klinkt uit de mond van 20% van de geïnterviewde begeleiders. Dit mag ook in de vorm van intervisie of casuïstiek bespreking.

Een ander ontwikkelpunt wat genoemd wordt. Het personeel blijft enthousiasmeren, wat van cruciaal belang is voor het blijven ontwikkelen van Juliana-Oord. *‘Ik denk dat het zo belangrijk is om mensen gewoon te blijven enthousiasmeren. Van jongens: waar ben je nou...? Dit doe je, hoe leuk is dat? Of hoe belangrijk is dat? Misschien doe je dat ook wel door mensen het gevoel te geven dat als ze inbreng hebben om de zorg te verbeteren, daar ook wat mee te doen, weet je wel. Ik denk dat je dan ook mensen actief houdt. Want anders krijg je zo ’n... dat je... nou ja, ‘ze besluiten toch wel’... en dat is niet oké als je dat hebt.’*

Een ontwikkelpunt, voortvloeiend uit de barrière over de niet-Nederlands sprekende patiënt, is als volgt. ‘Geen niet-Nederlands sprekende patiënten meer opnemen’, dit bevordert de kwaliteit van zorg.

Een ander ontwikkelpunt wat voortkomt uit een barrière is, ‘een secretaresse op afdeling krijgen, om zo de uren op kantoor te verminderen’, zo stelde één van de geïnterviewde begeleiders voor.

Wat betreft de barrière ‘behandelaren regelmatig afwezig’, wordt als ontwikkelpunt genoemd ‘rechtstreeks contact met arts’.

Een ander ontwikkelpunt is stimuleren van het gebruik van de blauwe map *‘Die blauwe map vind ik eigenlijk dat die beter gestimuleerd moet worden, want die blauwe map... als patiënten zeg maar een gesprek hebben bij de behandelaar dan hebben ze vaak toch niet die map bij zich. Dat vind ik eigenlijk toch wel een beetje jammer, want er zijn eigenlijk wel belangrijke afspraken die gemaakt wordt bij de behandelaar en dat soort afspraken zouden ze eigenlijk in die blauwe map moeten schrijven. (...)Dat vind ik toch wel heel erg belangrijk. Dat mis ik toch wel hier op Juliana-Oord, dat dat toch wel te weinig gebeurt.’*

Een ontwikkelpunt voor Juliana-Oord breed. Let op de dubbele diagnoses, schenk aan beide voldoende aandacht. *‘Dubbele diagnoses. Psychiatrie en verslaving. Eigenlijk een ontwikkelpunt voor zorg op maat’.*

Een punt wat op dit moment redelijk verloopt, maar wat wel een ontwikkelpunt blijft, zo stelt één van de geïnterviewde begeleiders ‘elkaar er op aan spreken als iets niet goed loopt’.

8. Resultaten behandelprogramma rehabilitatie

8.1 Inleiding

Binnen het behandelprogramma rehabilitatie zijn 10 begeleiders geïnterviewd. Van de totaal 27 geïnterviewde begeleiders binnen Juliana-Oord is 37% van de geïnterviewden werkzaam binnen het behandelprogramma rehabilitatie. In dit hoofdstuk worden alleen de resultaten van het behandelprogramma rehabilitatie weergegeven.

8.1.1 Algemeen

Van de geïnterviewden is 60% (gediplomeerd) verpleegkundige, allen niveau 4. Een van hen zit in het laatste jaar van de opleiding.

De overige 40% heeft een achtergrond met de volgende opleidingen: pedagogiek, psychologie, ziekenverzorgende en helpende.

De geïnterviewden zijn gemiddeld 8,4 jaren werkzaam binnen Juliana-Oord. Uiteenlopende van ongeveer 1 jaar tot 21 jaren werkzaam.

8.1.2 Het supportieve model

Alle geïnterviewden waren in staat in een aantal woorden of zinnen weer te geven wat volgens hen het supportieve model inhoudt. 60% van de geïnterviewden geeft aan dat het een ondersteunend model is, waarin de patiënt de kans krijgt om zoveel mogelijk zelfstandig te doen, maar waar nodig ondersteuning en begeleiding geboden wordt. 30% geeft aan dat het model, patiënt- of individu gericht is. 20% geeft aan dat het oefenen, trainen en vaardigheden aanleren een belangrijk punt is. Het naar boven halen van de vaardigheden die niet meer aanwezig zijn door middel van inslijting en herhaling. Nog eens 20% geeft aan dat het stimuleren van de patiënten belangrijk is. Als voorbeeld wordt genoemd de patiënt stimuleren weer zelfstandig dingen te gaan ondernemen in de vorm van ADL, HDL, etc. 20% van de geïnterviewden geeft aan dat het model anti-regressief is, terugval voorkomen, op welk niveau patiënten ook staan. 20% noemt het 4K model bij de uitleg van het supportieve model. 10% noemt het model ik-versterkend, het versterken van de eigen ik bij mensen die toch wat minder over zich zelf denken of voelen. Verder gebruikt 10% de term structuur. Als voorbeeld wordt genoemd het op de kastjes zetten waar de borden liggen, waar het bestek ligt, waar de etenswaren moeten.

8.1.3 Kennis over het supportieve model

70% van de geïnterviewden geeft aan voldoende kennis te hebben. 30% van deze geïnterviewden geeft aan dat de ervaring een grote rol speelt. 20% van hen geeft aan dat de kennis er wel is, maar de ervaring en verdieping op de afdeling niet. 10% van deze groep geeft 'ja' als antwoord 10% geeft aan dat je je er niet altijd bewust van bent dat je er mee werkt.

30% van de geïnterviewden geeft aan niet voldoende kennis over het model te hebben om het toe te kunnen passen.

8.1.4 Implementatie van het supportieve model

90% van de geïnterviewden geeft aan niet betrokken te zijn geweest bij de implementatie van het supportieve model. 40% van deze geïnterviewden geeft aan het wel meegemaakt te hebben in de zin van cursussen volgen, presentaties, etc. Bovendien hebben zij het allen moeten ondervinden en toe moeten passen.

10% geeft aan al voor het implementatietraject op de rehabilitatie gewerkt te hebben vanuit het model. Later is hier officieel een naam aan gegeven.

8.1.5 Scholing

60% van de geïnterviewden geeft aan bijscholing te hebben gehad over het supportieve model. In deze bijscholing kwamen ook andere modellen zoals het 4K model en het foutloos leren aan de orde. Er wordt aangegeven dat het supportieve model een grotere plaats in mag nemen tijdens deze scholingen. De scholingen worden als prettig en verhelderend ervaren, maar soms wel te veel informatie in een keer, met te weinig ervaring. 10% van deze groep geeft aan dat er binnen de rehabilitatie niet zoveel aandacht voor het model/milieu is.

20% van de geïnterviewden geeft aan wel scholingen te hebben gehad, maar het supportieve model kwam hier niet in voor. Wel kregen andere begeleidingsmethodieken en onderwerpen als agressie, conflicthantering, medicatie etc., de aandacht. Deze scholingen worden door deze groep als bevestigend en verduidelijkend ervaren en als een verdieping van je werk. Ook verheldert het je eigen rol binnen de verschillende begeleidingsmethodieken.

20% geeft aan geen bijscholing te hebben gehad over het supportieve model of andere modellen.

8.2 Toepassing van het supportieve model op de werkvloer (volgens de punten zoals beschreven in het milieuplan voor de afdeling Rehabilitatie)

8.2.1 Leren, oefenen en trainen staan centraal

Kwaliteiten/mogelijkheden

Een groot deel van de geïnterviewden, 70%, geeft aan dat je het gezonde deel van de patiënt moet stimuleren, dat deel wat nog in tact is. Complimenteren wat de patiënt kan, daar op aanspreken, appelleren en bevestigen. De eigenwaarde en het zelfvertrouwen kunnen hierdoor versterkt worden. 20% van de geïnterviewden geeft aan dat door middel van herhaling en inslijting van handelingen, trainingen en vaardigheden het gezonde deel wordt versterkt. Op deze manier kan er zoveel mogelijk uit de patiënt gehaald worden.

10% geeft aan dat het terugbrengen van de structuur een eerste vereiste is: een goed dag- en nachtritme, drie maaltijden per dag, etc.

Onveranderbare beperkingen

De helft van de geïnterviewden, namelijk 50%, noemt de agenda als belangrijk punt. Wijzen op de agenda, afspraken daar in op schrijven, op die manier wijzen naar programmaonderdelen. *‘Door middel van agendagebruik haal je ook dat stukje weg waar ze elke keer weer mee geconfronteerd worden, dat ze dingen vergeten.’* 30% noemt accepteren als een belangrijk punt. Accepteren van de patiënt als persoon en dit ook uitstralen. Accepteren kan door middel van niet teveel nadruk leggen op het verleden, maar door toekomstgericht te zijn. 20% geeft aan dat de aandacht niet teveel gevestigd moet worden op dat wat niet goed gaat, maar juist complimenteren wat wel goed gaat. Als begeleider daarin ondersteunen, overnemen wat iemand niet zelf kan. 20% van de geïnterviewden geeft aan dat het één op één begeleiding vraagt, voor zover dat mogelijk is. Begeleiding totdat ze het zelf over kunnen nemen. Nog eens 20% geeft aan dat ook hier herhaling en inslijting hulpmiddelen zijn. 20% geeft aan dat door middel van trainen en oefenen de patiënt om kan leren gaan met zijn onveranderbare beperkingen. Door hier over te praten en zo ook inzicht te geven. Op goede momenten tactisch ingrijpen en dan proberen iets bij te brengen. Eveneens 20% gebruikt de verschillende begeleidingsmethodieken zoals onder andere het foutloos leren. 10% noemt het duidelijk neerzetten van structuur als aandachtspunt. Programmaonderdelen op gezette tijden uitvoeren. Eveneens 10% van de geïnterviewden noemt het stellen van niet te hoge delen. Als begeleider moet je samen met de patiënt bekijken wat binnen zijn grenzen ligt, niet confronterend, maar op een prettige wijze.

Nieuw gedrag en nieuwe vaardigheden

Een groot deel van de geïnterviewden, 60%, geeft aan dat je kunt ondersteunen door heel veel samen te doen en naast de patiënt te staan. Samen beginnen en steeds wat meer loslaten, totdat het ingesleten is. 60% gebruikt de begeleidingsmethodieken zoals het 4K-model, het foutloos leren en de empathisch-directieve benadering. Één van hen geeft aan dat het gebruik van het foutloos leren lastig is. *'Ik moet zeggen dat dat wel een van de zaken is wat voor jezelf heel lastig is. Omdat het vaak tegen je eigen natuur in is. Dus leren m.b.v. trial en error. Omdat het tegen je eigen natuur in gaat. Het is niet het leren met behulp van trial en error.'* 20% van de geïnterviewden stimuleert de patiënt in datgene wat hij aan kan. Eveneens 20% noemt structuur als een belangrijk punt. 10% geeft aan de patiënt het gevoel te geven dat hij het goed doet, dit versterkt het gevoel van eigenwaarde.

8.2.2 Het is individueel gericht

Zorg op maat

70% van de geïnterviewden geeft aan zich op het individu te richten. Wat heeft een patiënt nodig? Waar liggen iemands mogelijkheden? Daarbij wordt ook geobserveerd hoe mensen reageren op bepaalde benaderingen om van daaruit de bejegening te kiezen die het beste bij de patiënt past. Ook kan op deze manier het programma voor een patiënt opgesteld worden. 10% van deze groep geeft aan hierbij een spanningsveld te ervaren. Enerzijds streef je als organisatie naar zorg op maat, anderzijds kan dit haast niet omdat de patiënten toch in een bepaalde structuur moeten passen, namelijk de dagstructuur van de groep/afdeling.

30% van de geïnterviewden vindt het opstellen van een verpleegplan naar aanleiding van een behandelplan, zorg op maat. Zo mogelijk met eigen inbreng van de patiënt. *'Verpleegplan is richtingaanwijzer.'* 10% van deze groep geeft aan dat je daarbij als team absoluut op één lijn moet liggen. 20% van de geïnterviewden noemt een vertrouwensrelatie als basis voor zorg op maat. Vanuit deze relatie kun je kijken wat iemand nodig heeft, er is dan veiligheid en vertrouwen.

Eigen verantwoordelijkheid

Een ruime meerderheid van de geïnterviewden, namelijk 80%, geeft aan dat de patiënten zoveel verantwoordelijkheid mogen nemen en dragen als ze aankunnen. Lukt dat niet, dan is er de hand in hand begeleiding. 10% van deze groep geeft aan dat dit punt besproken moet worden met andere disciplines, waarbij het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt voorop staat. Eveneens 10% van deze groep geeft aan dat patiënten de programmaonderdelen moeten volgen en de verantwoordelijkheid hiervoor zelf moeten dragen. Patiënten moeten hierin gemotiveerd worden. Nog eens 10% van deze groep geeft aan dat wat een patiënt zegt of doet, hij daar zelf verantwoordelijk voor is, je mag ze hier op aanspreken en op deze manier naar zichzelf laten kijken.

10% van de geïnterviewden geeft aan dat patiënten verantwoording dragen over datgene wat ze tot hun beschikking hebben. Als voorbeelden worden genoemd: geld, hygiëne en voeding.

De overige 10% voelt zich als begeleider verantwoordelijk, maar geeft de patiënt wel de kans zelf ook verantwoordelijkheid te dragen.

Goede zelfzorg

Het overgrote deel van de geïnterviewden, 80%, spreekt de patiënt hier op aan, individueel. Weer 70% van deze groep benoemt ook eerlijk dat de patiënt er onfris uit ziet, ruikt, vieze kleding draagt, etc.

40% van de geïnterviewden geeft aan het coachend te doen, afspraken te maken en te verwijzen naar die afspraken. Andere punten die genoemd worden zijn het geven van concrete aanwijzingen en het overnemen zodra patiënten groepsgenoten hinderen of een gevaar gaan vormen voor de afdeling.

Individueel contact

30% van de geïnterviewden geeft aan geen tijdsaanduiding te kunnen geven over het individuele contact. Hoeveel tijd je per dag/dienst besteed aan individueel contact is heel verschillend.

20% noemt ongeveer een half uur per persoon. 30% houdt het op 2 à 3 uur per dienst. De overige 20% van de geïnterviewden geeft aan ongeveer 1 uur per dienst te besteden aan individueel contact en 6 uur.

8.2.3 Het is antiregressief

Het groepsproces

40% van de geïnterviewden geeft aan zo'n 2 tot 3 uur per dag aanwezig te zijn binnen de groep of binnen het groepsproces. Eén van hen geeft aan dat dit 's avonds wat minder is dan overdag.

30% van de geïnterviewden kan er geen tijdstip aanhangen. Zij geven aan dat sowieso de officiële momenten groepsmomenten zijn en dat je meer met de groep bezig bent dan met individueel contact.

De overige 30% geeft aan een half uur tot 45 minuten bezig te zijn met het groepsproces, 5 uur per dag of de helft van de dienst.

Afstand versus nabijheid

20% geeft aan, duidelijk zijn grenzen aan te geven in afstand en nabijheid. Op een gegeven moment leer je aanvoelen hoe ver je kunt gaan. Eveneens 20% geeft aan werk en privé gescheiden te houden, dingen niet mee naar huis nemen. Nog eens 20% geeft aan op een professionele manier betrokken te zijn. *‘Bepaalde professionaliteit, maar ook een bepaalde openheid.’*

20% geeft aan dat het een heel persoonlijk punt is. *‘De een kun je en arm om de schouder leggen, bij de ander moet je dat beslist niet doen. A, omdat je ze in verlegenheid brengt, omdat ze hunkering*

hebben naar dat contact. Als jij ze dat geeft, dan weten ze het helemaal niet waar ze het zoeken moeten. Of ze zijn wars van, dan doe ik het juist niet. Dat is toch weer een spanningsveld.’ Het lichamenlijk contact moet echter wel functioneel zijn, zo geeft een geïnterviewde aan.

Eén geïnterviewde geeft aan dat ze hierin de patiënt laat bepalen, dus uitgaat van de behoeften van die patiënt. Een andere geïnterviewde geeft aan niet zo van afstand te zijn, patiënten bij je houden op een normale manier, door middel van bijvoorbeeld visueel contact. Een ander punt wat een geïnterviewde noemt, is het gelijk zitten qua EE. Het is een stukje geven en nemen, zegt een geïnterviewde. Wanneer je zelf een stukje openheid geeft, krijg je dit terug. Wanneer het functioneel is kun je eigen ervaringen prijsgeven.

Beperkte informatieverwerkingscapaciteit

Een groot deel van de geïnterviewden, 70%, gebruikt de begeleidingsmethodieken zoals het 4K-model en het foutloos leren. 30% van de geïnterviewden noemt het gebruik van de agenda als hulpmiddel bij de beperkte informatieverwerkingscapaciteit.

20% noemt opschrijven belangrijk. Dit kan zowel gaan om dat wat de patiënt opschrijft, of wat jij als begeleider opschrijft. Een van hen noemt als voorbeeld dat je, wanneer je mee bent geweest met een gesprek bij een arts, je daarna een samenvatting maakt en duidelijk rapporteert in het dossier. Zo is het voor collega’s na jou ook duidelijk. Andere punten die genoemd worden, zijn: inspelen op de patiënt door de anamnese te lezen, structuur van de dag en herhalen.

Laagdrempeligheid

50% van de geïnterviewden geeft aan laagdrempelig te zijn door de kantoardeur zoveel mogelijk open te houden.

Een ander deel van de geïnterviewden, namelijk 50%, geeft aan dat het belangrijk is dat je als begeleider aanwezig bent, toegankelijk, er zijn voor de patiënten. *‘Ik denk dat je je gezicht regelmatig even laat zien op de groep, dat je er even bij komt zitten, ja wat extra aandacht geeft, persoonlijke aandacht.*’ 30% is laagdrempelig door open te zijn richting patiënten, wat van zichzelf prijs te geven. Één van de geïnterviewden geeft aan dat er wel een zekere afstand moet zijn, maar dat patiënten wel het gevoel moeten hebben alles met de begeleider te kunnen bespreken. Andere punten die genoemd worden, zijn: zorgzaam zijn, één met de groep en veiligheid creëren. Een van de geïnterviewden wijst op meer praktische zaken: naambordjes dragen, koffie drinken op de groep, samen journaal kijken en niet te formele kleding dragen.

Functionele en persoonlijke belangen

60% van de geïnterviewden geeft duidelijk aan geen persoonlijke dingen te vertellen richting patiënten, wel basale dingen. *‘Je ziet sommigen de hele dag koffie drinken. Dan schenk ik voor mezelf*

een glas melk in aan tafel. Dan zeg ik, beker melk is goed voor je botten. Ik drink het zelf ook, maakt je botten sterker, je tanden enz. Dat noem ik functioneel en toch ook een stukje persoonlijk.'

20% van de geïnterviewden laat wel wat van zijn/haar stemming en emoties zien. *'Ik denk dat ik iets van mezelf laat zien in de zin van dat ik wel mijn emoties laat merken, als iemand bijvoorbeeld iets verteld wat me heel erg raakt en ik kan ook zo even een hand om iemands schouder slaan of zo.'*

Een geïnterviewde geeft aan dat de omgang met patiënten niet veel anders is dan in de normale omgang met mensen, daar zit weinig onderscheid in. Een andere geïnterviewde geeft aan dat het nog niet nodig is geweest hierin grenzen te stellen, door zelf af en toe wat prijs te geven wat nieuwsgierigheid van patiënten voorkomt.

Andere punten die genoemd worden: je werk niet meer naar huis nemen, bepaalde opmerkingen afkappen, meegaan in de sfeer en het respecteren van elkaars psychologische ruimte.

Spanningen

Alle geïnterviewden noemen het bespreekbaar maken van deze spanningen met de persoon in kwestie of de groep. Het is dan zaak het op tijd te signaleren, het gesprek aan te gaan en gerust te stellen. Het kan zowel besproken worden in de groep als individueel. Een geïnterviewde geeft aan dat juist het vervolg op zo'n groepsgesprek belangrijk is. *'Het vervolg is belangrijker dan dat eerste gesprek. In een groepsgesprek ga je niet iemand beschuldigen. Dat individuele is vaak nog wel belangrijk. Als je dat niet doet, heeft het ook weinig zien om een groepsgesprek te doen.'*

Een van hen geeft daarbij wel aan dat je het soms gewoon moet laten gebeuren. 20% zoekt afleiding voor de patiënt wanneer er spanningen zijn, bijvoorbeeld samen een wandeling maken.

Een geïnterviewde geeft aan dat je eventueel zo nodig medicatie kunt aanreiken.

8.2.4 Het richt zich op het hier en nu

Het hier en nu

Een deel van de geïnterviewden, namelijk 60%, geeft aan dat je door middel van het dagprogramma al veel bezig bent met het hier en nu. Je hebt bijvoorbeeld de dagopening, waar patiënten met hun agenda naar toe komen. Wanneer patiënten niet meer weten wat er op het programma staat, worden ze naar de agenda verwezen.

30% van de geïnterviewden geeft aan met de patiënt niet teveel stil te staan bij wat er in het verleden gebeurd is. *'Dan probeer ik ze toch zo van: ja, maar je bent hier nu, dus wat kun jij nu op dit moment uit deze situatie halen voor jezelf? Wat heb je nog nodig voordat je naar huis gaat?'*

20% van de geïnterviewden geeft aan het een lastig punt te vinden. Op de rehabilitatie ben je namelijk ook toekomstgericht bezig. *'Ik vind het ook wel een beetje lastig, want je bent met deze groep juist op*

hun toekomst gericht. Het is voor deze mensen hun laatste stukje hier, dus je bent hier eigenlijk aan het trainen, bezig met het voorstadium voor het gaan naar huis of naar begeleid wonen.'

Eveneens 20% van de geïnterviewden blijft in het hier en nu door nieuwsfeiten te noemen of door te wijzen naar het journaal.

Een van de geïnterviewden geeft aan dit punt niet zo te kennen. *'Ik ken het niet zo. Het hier en nu is vaak alleen belangrijk omdat dit vaak ontweken wordt. A, vanuit het probleem van de cognitieve schade, maar ook de ontkenning van de realiteit. Daar moet je mensen dan ook op wijzen.'*

Andere punten die genoemd worden zijn het gebruik van het 4K-model en niet teveel vragen stellen aan patiënten, dat maakt onzeker. Als voorbeeld wordt genoemd dat je zelf begint met het benoemen van de dag en datum.

Dag- en nachtritme

70% van de geïnterviewden geeft aan dat, om het dag- en nachtritme te bewaken, patiënten 's morgens op tijd moeten opstaan en op tijd bij het ontbijt aanwezig moeten zijn.

60% geeft aan dat het belangrijk is dat patiënten overdag actief zijn en hun programma volgen en daar ook op wijzen. Mensen niet ongelimiteerd op hun kamer laten verblijven. *'Dat is in sommige gevallen heel lastig, omdat bij Korsakov patiënten toch een beetje de initiatiefloosheid en de apathie voorop staat. Ook de faalangst: ik weet niet wat ik moet doen. Dus door wel heel duidelijk te zien hoe de dag eruit ziet.'* Een ander punt is het op een normale tijd naar bed gaan, dit wordt door 30% genoemd.

Andere punten die genoemd worden zijn: 's nachts niet uit bed en geen koffie drinken voor het naar bed gaan of 's nachts.

Structuur

Alle geïnterviewden geven aan dat je als begeleider structuur biedt door je te houden aan het dagprogramma. Op tijd opstaan, aanwezig zijn bij het ontbijt, programmaonderdelen volgen, groepsmomenten, etc. Door deze structuur te volgen, volgt de groep vaak ook wel. *'Het is hier allemaal in kunnen en kruiken qua structuur en die volg je. Dat is elke dag hetzelfde, zo goed als. En daar moet je zelf ook niet van afwijken, want dan loopt het ook in de soep. Dus als ik de structuur volg, volgt de groep vaak ook wel.'*

Veilige omgeving

60% van de geïnterviewden geeft aan dat het belangrijk is om aanwezig te zijn op de groep, er te zijn voor de patiënten. Bijvoorbeeld aangeven tot hoe laat je werkt, wanneer patiënten bij je terechtkunnen, etc. *'Dat ze weten er is iemand die ons helpt, die ons begeleidt.'* Door er 'te zijn' kan de begeleider ook een negatieve sfeer op de groep ondervangen.

20% geeft aan individueel een gesprekje aan te bieden. Het kan dan gaan om de onruststoker, die wordt er op die manier tussen uitgehaald, of juist om degene die hinder heeft van deze onruststoker, deze persoon kan een ventilatiegesprekje aangeboden worden.

10% geeft aan een nieuwe patiënt goed op te vangen wanneer deze op de afdeling komt. Kennis te maken en de ander het gevoel geven dat je er voor ze bent. Andere punten die worden genoemd zijn: om de veiligheid te waarborgen moet je als collega's onder elkaar niet mopperen, reinheid, regelmaat, eenheid, respectvolle bejegening, duidelijk zijn en consequent, toepassen van het 4K-model. Een geïnterviewde gaat in op veiligheid in de zin van sfeer. *'Je hebt ook veiligheid in de zin van gevaarlijke situaties of gevaar van de afdeling zelf of extern. Slagers- of vleesmesses. Op de afdeling waar ik zit, zijn toch de meest beschadigde mensen. Dus geen messen in de keukens laten slingeren of andere gevaarlijke zaken. Veilig.'*

Angsten

80% van de geïnterviewden maakt de angst bespreekbaar met de patiënt, in een ventilatiegesprekje.

20% geeft aan de oorzaak van de angst te achterhalen, misschien kan het een volgende keer voorkomen worden. Eveneens 20% noemt het ondersteunen en begeleiden.

Andere punten die genoemd worden, zijn: niet teveel meegaan in de angst en niet altijd bevestigen, maar mensen terug laten keren naar het moment. Daarnaast benoemen wat je ziet, eerst aftastend. Een ander punt: wanneer de angst betrekking heeft op de toekomst, kun je hierin geruststellen. *'Moeten ze naar iets toe in de toekomst, waarvan ze zeggen: dat vind ik eng. Daar probeer je met ze over te praten. Een brochure uit te leggen over hoe het daar gaat. Dat soort dingen. Geruststelling daarin.'*

8.2.5 Gelijkwaardigheid tussen patiënt en begeleider

Volwaardige gesprekspartners

De helft van de geïnterviewden, 50%, antwoordt met 'ja' op deze vraag. Patiënten zijn volwaardige gesprekspartners, je moet ze in hun waarde laten, serieus nemen, accepteren en behandelen op gelijk niveau. Ook al kan dit lastig zijn als er bijvoorbeeld gebrek aan ziekte-inzicht is.

20% van de geïnterviewden geeft als antwoordt 'nee'. Het kan niet gezien de relatie van hulpvrager en hulpverlener. *'Met een patiënt ben je wel begeleider/verpleegkundige. En hij is wel patiënt hier, zit hier opgenomen voor zijn problemen. Nee, dat is niet volwaardig. De afstand tussen jou en begeleider die is er wel.'* Één van hen geeft wel aan dat je moet streven naar een zo volwaardig mogelijke relatie.

30% van de geïnterviewden zegt niet direct 'nee', maar geeft aan dat de relatie niet altijd volwaardig is. Enerzijds wel, je hebt een relatie van volwassene naar volwassene. Anderzijds is het niet altijd mogelijk. *'Waar zij het kunnen zijn, zijn zij het. (...) Want dan kom je ook op punten uit waar ze dat niet zijn. Mensen bijvoorbeeld die dermate beschadigd zijn dat ze ook geen inzicht meer hebben.'*

Houding

Een veelgehoorde houding in het kader van het supportieve milieu, is een open houding. Dit wordt gezegd door 50% van de geïnterviewden.

Daarnaast geeft 40% aan onder andere een empathisch en/of directieve houding aan te nemen. *‘Ja, dat woord valt ook veel, maar dat is empathisch-directief, je leeft je in en sluit aan bij de ander, maar je hebt wel duidelijk een sturende rol, want als je die niet nodig had dan zaten de mensen hier ook niet. Dat is ook wel heel erg op de persoon afgestemd.’*

Andere termen die onder andere gehoord worden, zijn: eerlijk en oprecht, duidelijk en gestructureerd, aardig/vriendelijk en er zijn, beschikbaar zijn voor de patiënt.

Open communicatie

Een groot deel van de geïnterviewden, namelijk 70%, geeft aan dat de dingen bespreekbaar moeten zijn op de afdeling. Hierin kan het nodig zijn patiënten aan te moedigen, te luisteren of duidelijkheid te creëren in de groep. Één van deze geïnterviewden geeft aan dat het soms belangrijk is uit te leggen dat dingen nu eenmaal bij het leven horen. *‘Dan moeten ze ook maar leren leven met dingen wat niet lekker loopt, dat probeer je uit te leggen dat is in het gewone leven ook en dan kun je ook niet alles uit de weg gaan.’*

50% van de geïnterviewden geeft aan dat je een open communicatie kunt bevorderen door zelf open te zijn en open vragen te stellen. *‘Ik denk zelf ook door zelf open te zijn en dingen die spelen bespreekbaar te maken. Hoe open je daar zelf in staat, zullen hun dat ook zijn.’* Één van de geïnterviewden in deze groep geeft aan dat de verantwoording voor deze open communicatie ook voor een deel bij de patiënten zelf ligt.

Één van de geïnterviewden geeft aan dat je soms als het ware de stem van de patiënten bent.

Anderzijds moet je soms de ruimte geven aan patiënten om één op één met iemand te praten. *‘Ik vind het zelf gewoon heel belangrijk dat je iemand benaderd zoals je zelf benaderd zou willen worden.’*

8.3 Ontwikkelpunten met betrekking tot het supportieve model

8.3.1 Barrières

De barrières die bij deze vraag genoemd worden, kunnen in vijf punten onderverdeeld worden.

De werkdruk op de afdeling rehabilitatie, of soms juist de wisselende druk, wordt door 40% van de geïnterviewden als een barrière ervaren. Soms blijven er hulpvragen van patiënten liggen omdat je een te vol programma hebt, te veel afspraken, volle agenda's, zieke collega's en te veel dingen tegelijk hebt. Een opname kan ook veel tijd vergen wat ten koste gaat van de één op één momenten. *‘Als er*

bijvoorbeeld een nieuwe opname is, dan gaat daar veel tijd in zitten. Dan gaat het gewoon ten koste van de andere mensen, dat vind ik wel eens jammer. Dat mis ik dan eigenlijk wel.'

30% van de geïnterviewden is niet tevreden over de voorzieningen en accommodatie van de rehabilitatie. Punten die hierin genoemd worden, zijn: onpraktisch gebouw, geen aparte gespreksruimtes, geen airco, vieze doucheruimtes en kleine kamertjes.

Er wordt door 20% van de geïnterviewden aangegeven dat patiënten soms op de verkeerde groep worden geplaatst, niet in de groep passen of niet binnen het milieu passen. Het kan dan zijn dat andere groepsgenoten hier tegenin aan, wat betekent dat de begeleider zijn werk niet kan doen zoals zou moeten. Zorg op maat kan op die manier niet geleverd worden en het evenwicht raakt uit balans. *'Dat maakt het soms wel heel erg ingewikkeld. Als je dan zorg op maat wil leveren, hoe doe je dat dan met iemand die helemaal afwijkt van waar de groep met zijn structuur eigenlijk voor bedoeld is.'*

Één van de geïnterviewden geeft aan dat het programma niet altijd aansluit op de patiënten. *'Ik snap wel dat ze niet alle programma's, dat ze heel veel kunnen aanbieden, want het is natuurlijk beperkt. Maar sommige mensen zien gewoon echt helemaal niets in hun programma en daar kan ik me wel eens iets bij voorstellen. Dat er niets bij zit wat ze aantrekt of wat ze willen doen.'*

Verder wordt door een geïnterviewde genoemd dat de overstap van de afdeling naar zelfstandig wonen of een RIBW te groot is. Je ziet het vaak fout gaan. Deze geïnterviewde ziet graag dat patiënten meer mogelijkheden krijgen om meer te kunnen leren, om zelfstandig te zijn.

8.3.2 Ontwikkelpunten

20% van de geïnterviewden geeft aan dat er goed gekeken moet worden naar het huidige opnamebeleid. Juliana-Oord moet goed in de gaten houden welke mensen ze opneemt. *'Je bent een instelling op het gebied van detox, rehabilitatie, en dat met name van mensen die dus verslaafd zijn geweest. (...) Wees consequent met welke mensen je opneemt. De mensen hier begrijpen wel wat ik bedoel daarmee. Dat je echt je identiteit van de instelling vasthoudt. Dat je niet zeg maar mensen opneemt die eigenlijk beter af zijn in een andere instelling van GGZ-centraal of Symfora. Omdat je hier toch specifiek bezig bent met dit ding. Van de voordeur tot de achterdeur. Als je dan mensen met hele andere psychische problematiek opneemt, ja dan verlies je een stukje identiteit van je instelling.'*

Één van hen legt hierbij ook de nadruk op het opnemen van mensen met een dubbele diagnose, bijvoorbeeld verslaving en persoonlijkheidsproblematiek.

Een van de geïnterviewden geeft aan dat er vooral in het personeel geïnvesteerd moet worden. *‘Blijf zuinig op het personeel wat je binnen hebt. Investeer daarin. Ook al wordt aan alle kanten de kraan budgettair hier en daar een beetje dicht gedraaid. Maar pas op. Ik denk toch dat je het van gekwalificeerd personeel moet hebben hier. Want we zijn toch wel een vrij specifieke instelling.’*

Één van de geïnterviewden geeft aan dat het personeel meer moet leren overstijgend te denken. *‘Visie van Juliana-Oord is zorgen en naast de patiënt gaan staan. Vanuit je professionaliteit kan dat ook anders. Als je bijvoorbeeld kijkt naar zorgen in een verpleeghuis. Zo is deze doelgroep niet. Overstijgend denken en kijken.’*

Een ander punt dat wordt genoemd is een betere samenwerking tussen behandelaren en mensen op de werkvloer. *‘De goodwill is er, maar we werken teveel vanuit eilandjes. Nu krijg je het gevoel veel op te leggen. Niet zozeer de houding, maar meer begrip naar elkaars werken. Betere afstemming van behandelplan versus verpleegplan.’*

Een ander geeft als punt aan dat er vaak niet gekeken wordt naar patiënten met doorstromingen. Soms is er te weinig tijd tussen een verhuizing: is de ‘oude’ patiënt net weg en komt de ‘nieuwe’ er al weer voor in de plaats. Dit komt bovendien niet ten goede aan de veiligheid van de groep.

Een ander punt is dat de communicatie tussen de therapieën en de afdeling beter zou kunnen. Als voorbeeld wordt genoemd dat iemand met overzichtsverlies in zijn agenda heeft staan dat er om 1 uur tot half 3 dagbesteding is en vanaf 2 uur tot 3 uur leefstijltraining. Op een andere dag heeft deze persoon vervolgens helemaal geen therapie.

Eén van de geïnterviewden noemt het spanningsveld tussen enerzijds het leveren van zorg op maat, anderzijds moeten patiënten in een bepaalde structuur op de groep passen. Deze geïnterviewde geeft aan dat er misschien gekeken kan worden om als afdeling toch verschillen te maken in deze structuur. *‘Ik denk eigenlijk dat je gewoon een bepaalde basisstructuur vast moet houden voor iedereen en dat je moet zeggen: dit zijn de dingen waar we ons echt op richten en daartussen, los van die dingen, kunnen er individuele afspraken gemaakt worden. Maar nu lijkt het soms een beetje willekeurig. (...) Dat is dan ook wel moeilijk om uit te leggen hoor, als begeleider. Ik denk: soms worden dingen ook wat strakker gehanteerd dan op een andere manier en ik vind soms wel een beetje lastig op welke afdeling officieel dan dezelfde structuur moet gelden, terwijl je denkt van: maar niet elke afdeling is gelijk. Dan is het soms denk ik... ja als je dan op het individuele niveau gaat zitten, dan zou je ook wel eens kunnen zeggen: nou, per afdeling kunnen we wel verschillen maken.’*

9. Vergelijking resultaten behandelprogramma's detox, neuropsychiatrie en rehabilitatie

9.1 Inleiding

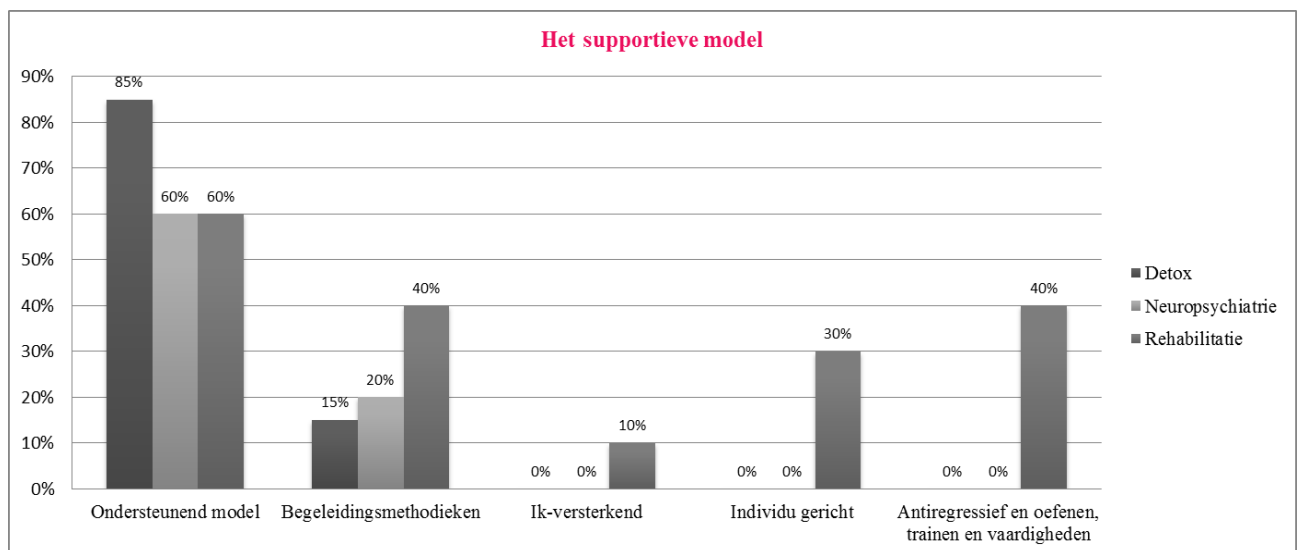
9.1.1 Algemeen

Van de totale 27 geïnterviewde begeleiders binnen Juliana-Oord is 26% van de geïnterviewden werkzaam binnen het behandelprogramma detox. Daarnaast is 37% van de geïnterviewden werkzaam binnen het behandelprogramma neuropsychiatrie en wederom 37% van de geïnterviewden is werkzaam binnen het behandelprogramma rehabilitatie.

9.1.2 Het supportieve model

Bij de neuropsychiatrie en de rehabilitatie geven 60% van de geïnterviewden aan dat het supportieve model een ondersteunend model is. Op de detox gaf 85% dit aan. Op de detox en de rehabilitatie noemt 15-20% de begeleidingsmethodieken: het foutloos leren, het 4K-model en de empathisch-directieve benadering. Op de neuropsychiatrie noemde 40% deze methodieken.

Op de rehabilitatie wordt door 10% van de geïnterviewden het 'ik-versterkend' als kenmerk van het supportieve model genoemd. 30% geeft aan dat het model patiënt- of individu gericht is. 40% geeft aan dat het oefenen, trainen en vaardigheden aanleren een belangrijk punt is en geeft aan dat het model antiregressief is. Bij de andere behandelprogramma's worden deze kenmerken niet genoemd.

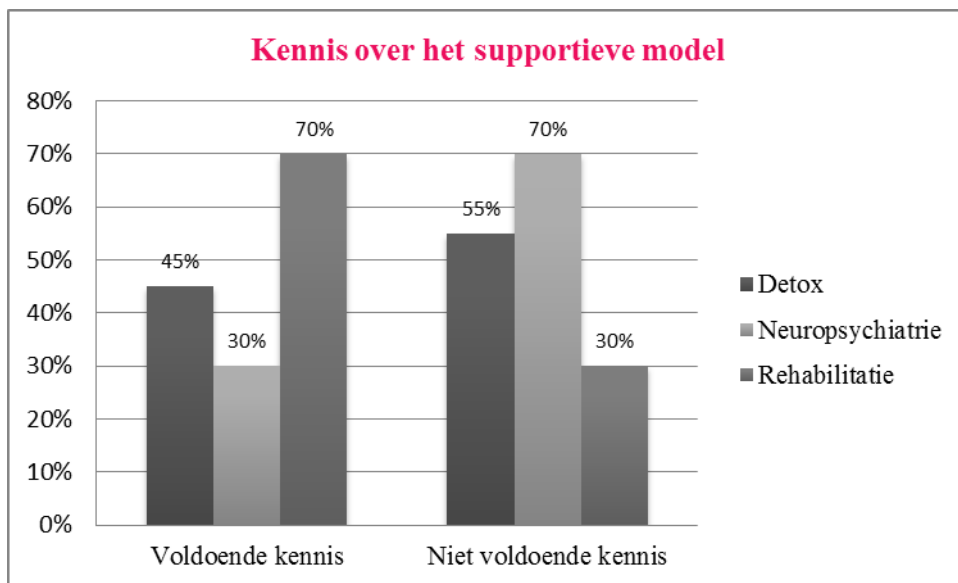


9.1.3 Kennis over supportieve model

Bij de detox en de rehabilitatie geeft 45-70% van de geïnterviewde begeleiders aan voldoende kennis over het model te hebben. Bij de neuropsychiatrie geeft 30% van de geïnterviewde begeleiders aan voldoende kennis over het model te hebben. Een van hen geeft hierbij aan dat het wel weer ‘opgefrist’ moet worden.

Ook 55% van de geïnterviewden op de detox gaven aan in de praktijk wel te werken volgens het model, maar dat ze theoretisch niet voldoende kennis bezitten over het supportieve model.

Op de rehabilitatie geeft 30% van de geïnterviewden aan niet voldoende kennis over het model te hebben om het toe te kunnen passen. Op de neuropsychiatrie geeft 70% van de geïnterviewden dit aan.

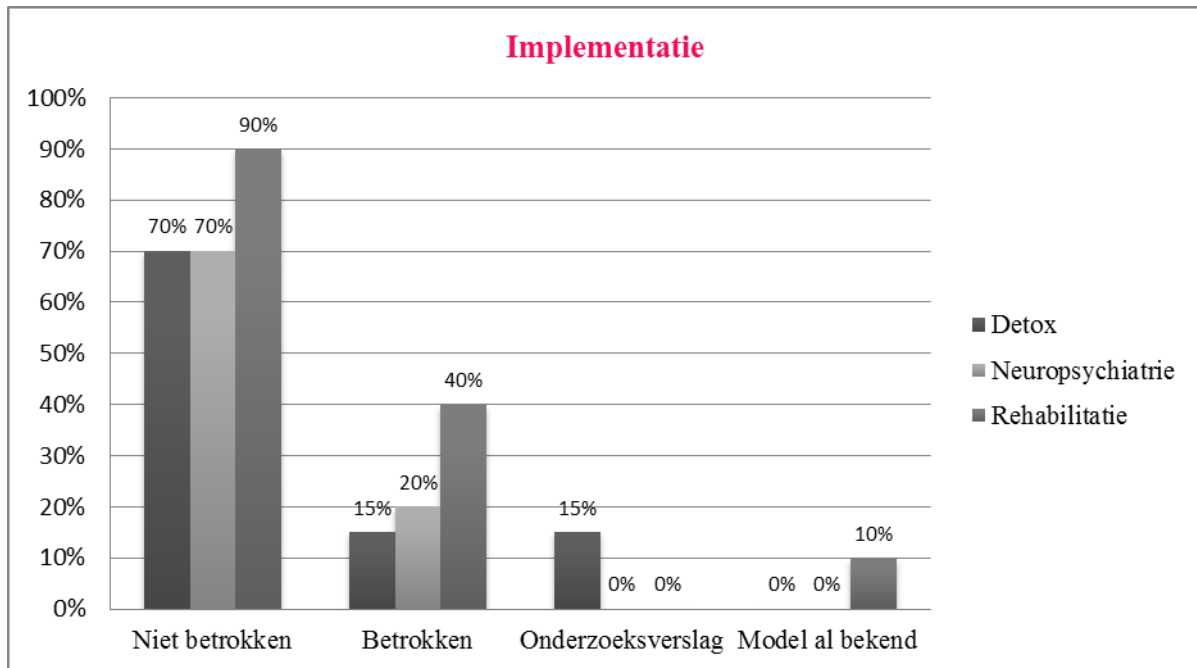


9.1.4 De implementatie van het supportieve model

Bij alle behandelprogramma's geeft 70-90% van de geïnterviewde begeleiders aan dat ze niet betrokken zijn geweest bij het implementatietraject.

Van alle behandelprogramma's geeft 15-40% van de geïnterviewden aan het wel meegemaakt te hebben in de zin van cursussen volgen, presentaties, etc. Op de detox geeft 15% van de geïnterviewden aan alleen het onderzoekverslag over het supportieve model te hebben gelezen en dat deze vaker werd aangehaald.

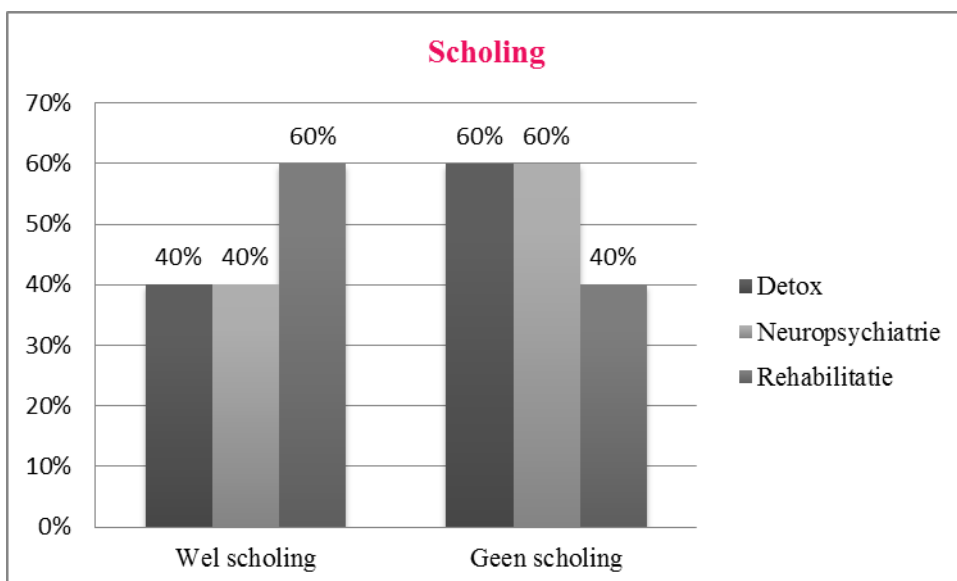
Op de rehabilitatie geeft 10% aan al voor het implementatietraject op de rehabilitatie gewerkt te hebben vanuit het model. Later is hier officieel een naam aan gegeven.



9.1.5 Scholing

Op de detox en de neuropsychiatrie heeft 60% van de geïnterviewde begeleiders geen scholing over het supportieve model gehad. Op de rehabilitatie geeft 40% van de geïnterviewden aan geen (bij)scholing te hebben gehad over het supportieve model of over andere modellen.

Zowel van de detox als de neuropsychiatrie geeft 40% aan wel scholing over het supportieve model te hebben gehad. Op de rehabilitatie heeft 60% van de geïnterviewden wel scholing over het model gehad. De scholingen werden als nuttig, positief en verhelderend ervaren.



9.2 Toepassing van het supportieve model op de werkvloer (volgens de punten zoals beschreven in het milieuplan voor de afdeling Rehabilitatie)

9.2.1 Leren, oefenen en trainen staan centraal

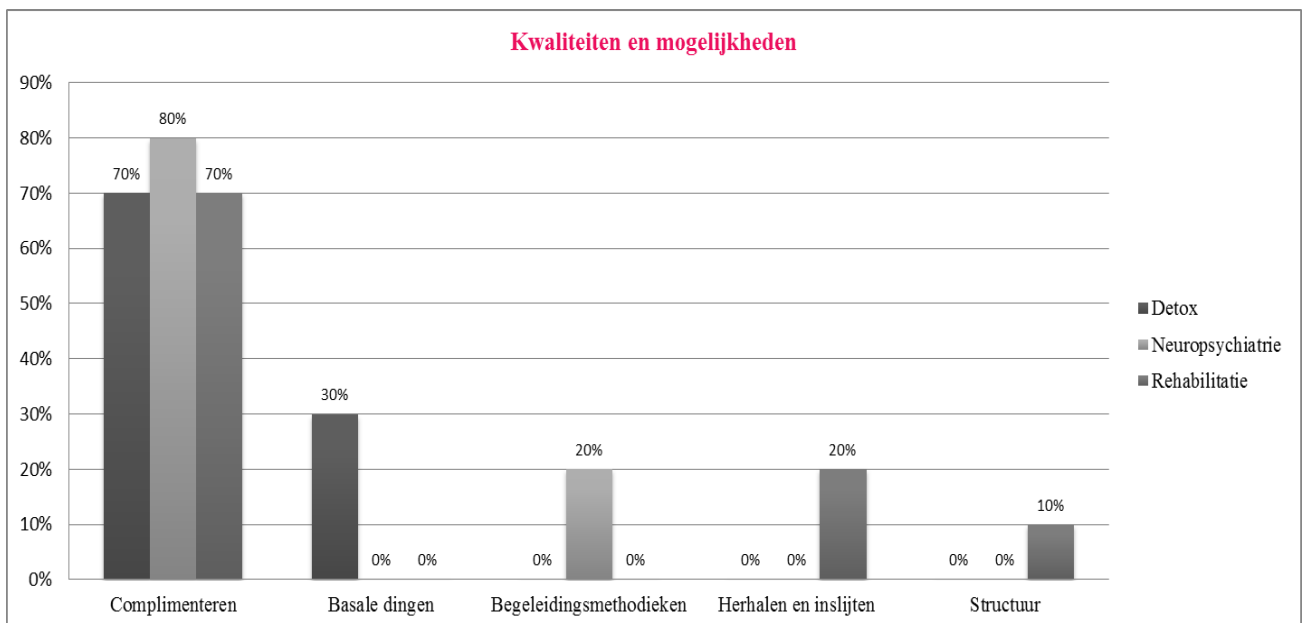
Kwaliteit en mogelijkheden

Bij alle behandelprogramma's zegt 70-80% van de geïnterviewden het gezonde, krachtige deel van de patiënt te benadrukken door onder andere patiënten complimenten te geven bij dingen die zij 'goed' doen.

Op de detox geeft 30% van de geïnterviewden aan het gezonde deel van de patiënt te versterken door een gezonde manier van leven aan te leren in de basale dingen.

Op de neuropsychiatrie geeft 20% van de geïnterviewde begeleiders aan dat ze de kwaliteiten en mogelijkheden benaderen door middel van de begeleidingsmethodieken: het foutloos leren, het 4 K-model en de empathisch-directieve benadering.

Op de rehabilitatie geeft 20% van de geïnterviewden aan dat door middel van herhaling en inslijten van handelingen, trainingen en vaardigheden, het gezonde deel wordt versterkt. 10% van de geïnterviewden van de rehabilitatie geeft aan dat het terugbrengen van de structuur een eerste vereiste is.



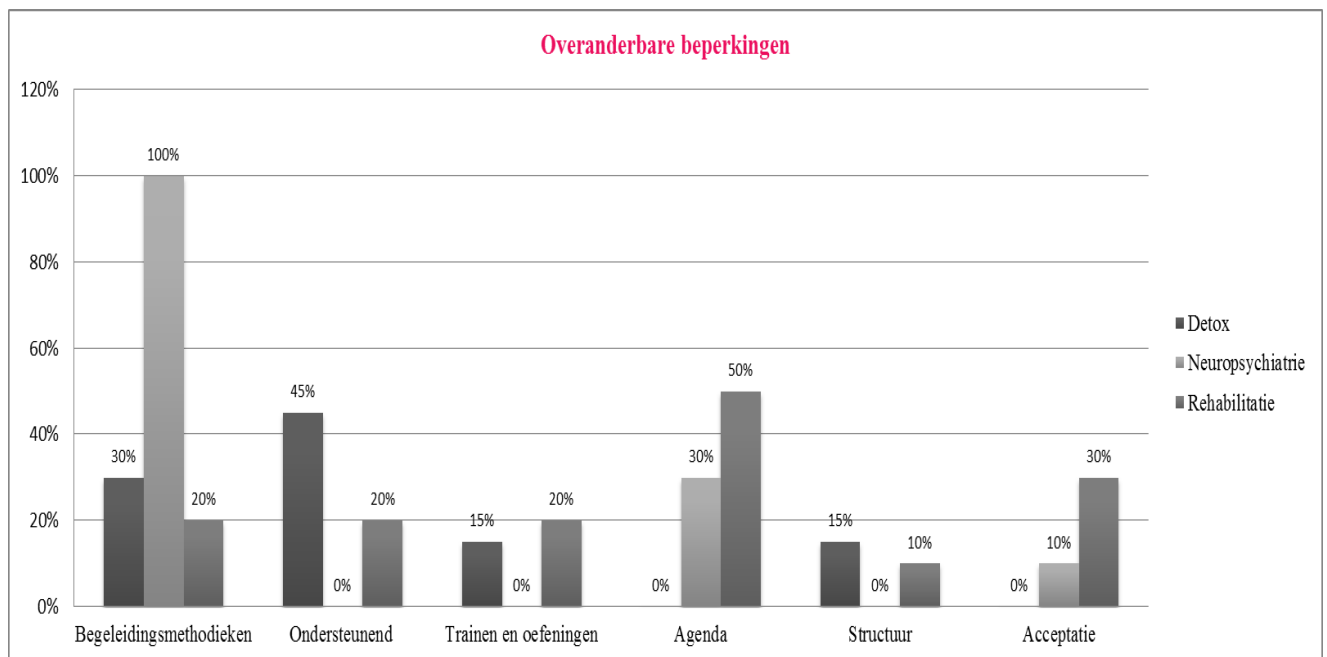
Onveranderbare beperkingen

Op de detox en rehabilitatie gebruikt 20-30% van de geïnterviewde begeleiders de begeleidingsmethodieken, onder andere het foutloos leren. Op de neuropsychiatrie geven alle

geïnterviewde begeleiders aan dat zij de patiënten leren leven met hun onveranderbare beperkingen door hen te benaderen volgens de begeleidingsmethodieken.

20- 45% van de geïnterviewden op de rehabilitatie en detox geeft aan vanuit een ondersteunende rol de patiënt te leren leven met zijn beperkingen. Bij het ondersteunen concentreert men zich niet op het zieke, beperkte gedeelte van de patiënt. De patiënt wordt juist gestimuleerd dat zelf te doen wat hij/zij nog kan. Eveneens zegt 15-20% van de geïnterviewden op de detox en rehabilitatie, dat zij door trainen en oefeningen de patiënt leren om te gaan met zijn onveranderbare beperkingen. Door hier over te praten en zo hierin inzicht te geven. Op goede momenten tactisch ingrijpen en hen dan proberen iets bij te brengen.

Ongeveer 30-50% van de geïnterviewden op de neuropsychiatrie en rehabilitatie gebruikt de agenda als hulpmiddel bij de cognitieve beperkingen, zodat de patiënt zelf kan leren leven met zijn onveranderbare beperkingen. Op de rehabilitatie en neuropsychiatrie noemt 10- 30% accepteren, een belangrijk punt. Op zowel de detox als de rehabilitatie noemt 10-15% het duidelijk neerzetten van structuur, als aandachtspunt.

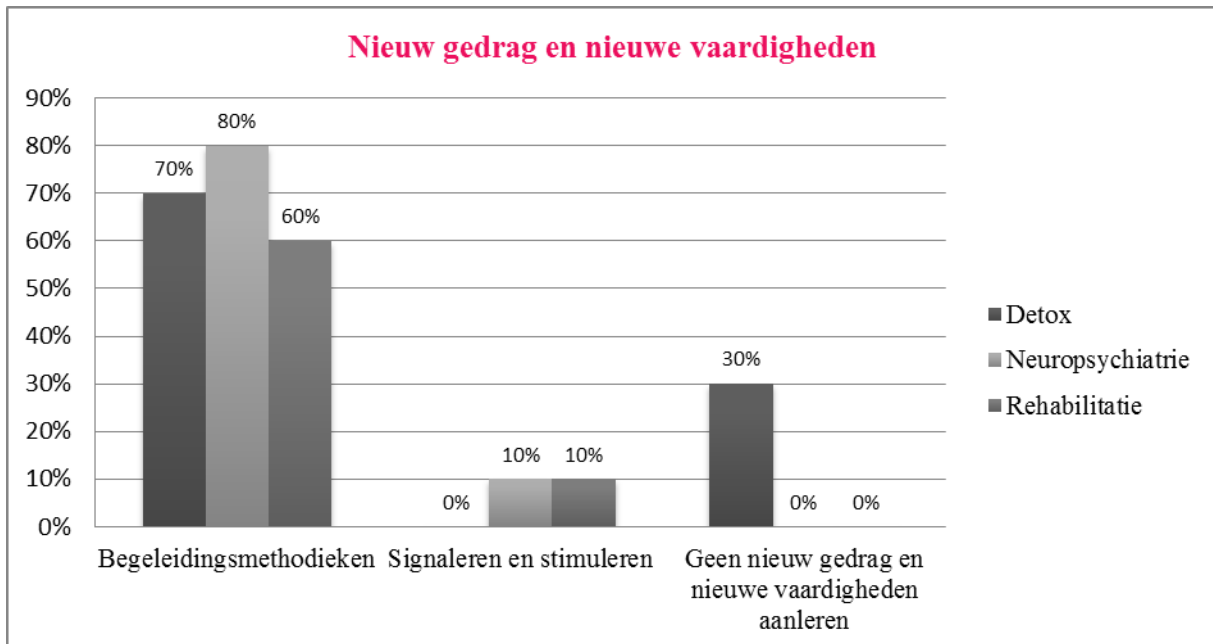


Nieuw gedrag en nieuwe vaardigheden

Bij alle behandelprogramma's worden de begeleidingsmethodieken zoals het 4K-model, het foutloos leren en de empathisch-directieve benadering gehanteerd om zo patiënten nieuwe vaardigheden en nieuw gedrag aan te leren. Het gaat hier om 60-80% van de geïnterviewde begeleiders.

Op zowel de rehabilitatie als de neuropsychiatrie wordt door 10% van de geïnterviewden gesignaleerd wat een patiënt aan kan aan veranderingen, door dat juist te stimuleren.

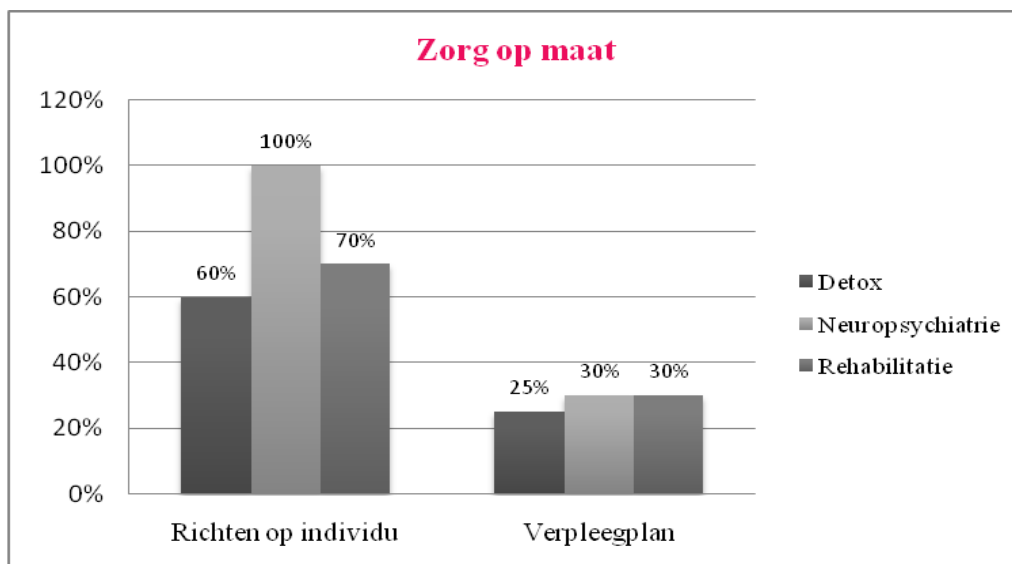
Ongeveer 30% van de geïnterviewden gaf aan dat er op het behandelprogramma detox geen nieuwe vaardigheden en nieuw gedrag worden aangeleerd.



9.2.2 Het is individueel gericht

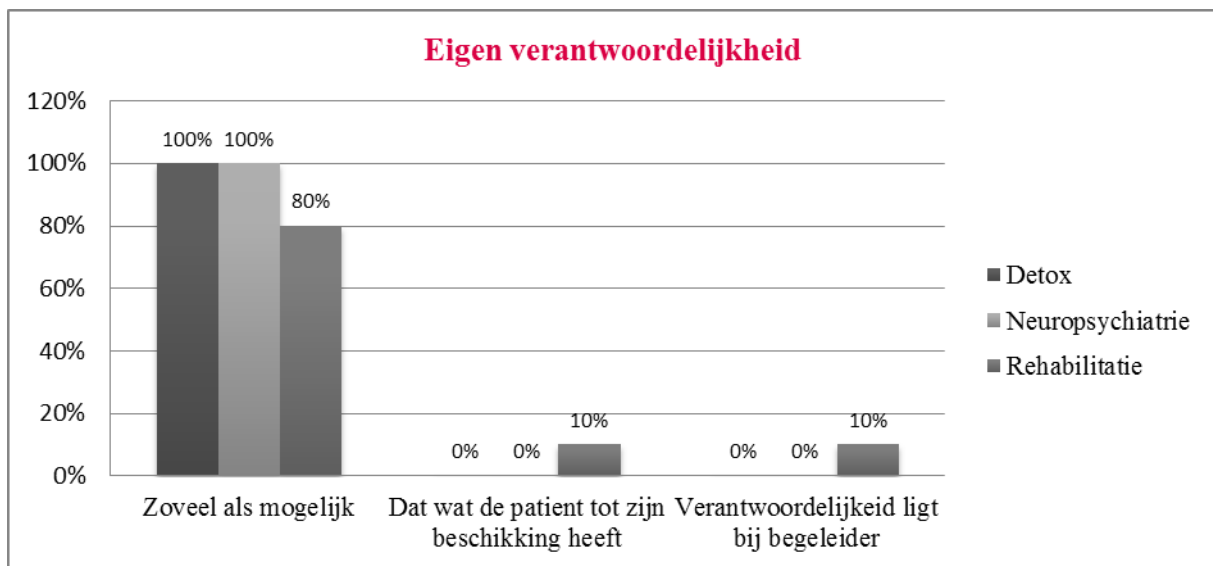
Zorg op maat

Bij de detox en de rehabilitatie geeft 60-70% van de geïnterviewden aan, zich op het individu te richten wanneer het gaat om zorg op maat. Er wordt gekeken naar de mogelijkheden van de patiënt en het handelen van de begeleider wordt daarop aangepast. Bij de neuropsychiatrie noemen alle geïnterviewden dit punt. Zij leveren zorg op maat door een individueel programma aan te bieden. 25- 30% van de geïnterviewden van alle behandelprogramma's noemt het verpleegplan. Hierin worden de aandachtspunten per patiënt beschreven, zodat iedereen de patiënt op dezelfde manier benaderd, zo geven de geïnterviewden aan.



Eigen verantwoordelijkheid

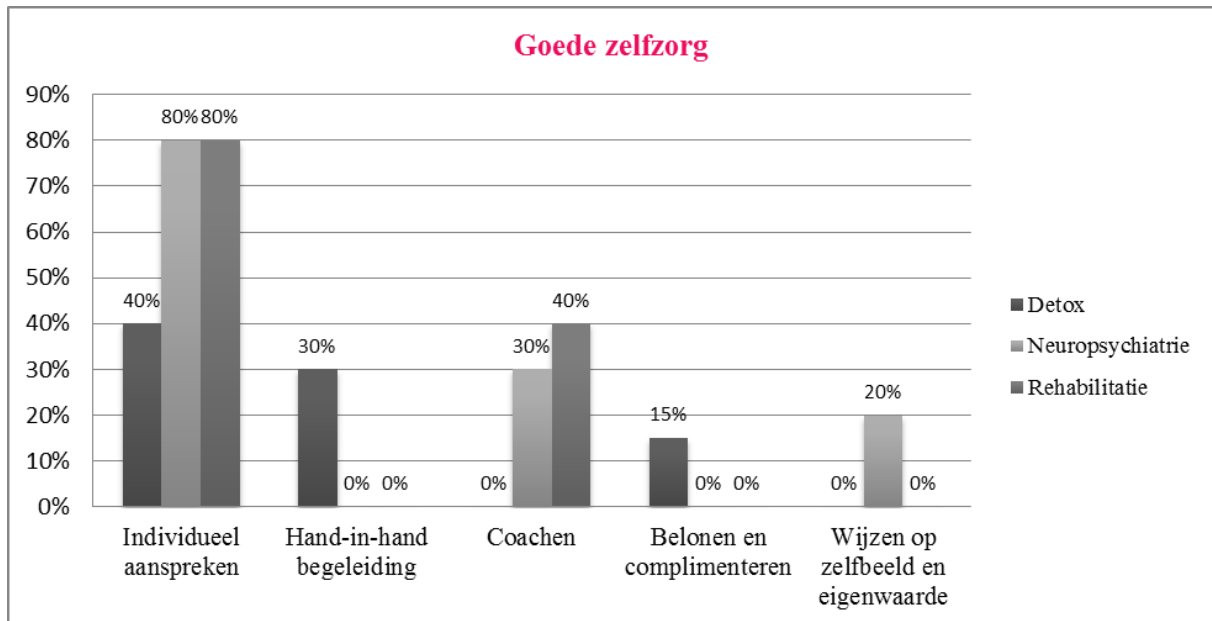
Binnen de detox en de neuropsychiatrie geven alle geïnterviewden aan dat het dragen van verantwoordelijkheid zoveel mogelijk bij de patiënt zelf moet liggen. Op de rehabilitatie hanteert 80% van de geïnterviewden dit standpunt. 10% van de geïnterviewden op de rehabilitatie geeft aan dat de patiënt verantwoordelijkheid draagt voor dat wat hij tot zijn beschikking heeft, zoals: geld, hygiëne en voeding. De overige 10% binnen dit behandelprogramma voelt zich als begeleider verantwoordelijk, maar geeft de patiënt wel de kans zelf ook verantwoordelijkheid te dragen.



Goede zelfzorg

80% van de geïnterviewden van de neuropsychiatrie en van de rehabilitatie geven aan de patiënt individueel aan te spreken op de zelfzorg. Dit is voor de detox 40%. 30% van dit behandelprogramma kiest voor het hand-in-hand begeleiden.

30-40% van de geïnterviewden van de neuropsychiatrie en de rehabilitatie geeft aan het op een meer coachende manier aan te pakken, door individueel afspraken te maken met de patiënt en te verwijzen naar die afspraken. Op de detox beloont en complimenteert 15% van de geïnterviewden de patiënt. 20% van de geïnterviewden op de neuropsychiatrie wijzen de patiënten op hun eigen zelfbeeld, dat zelfzorg en hygiëne belangrijk is voor hun eigenwaarde.



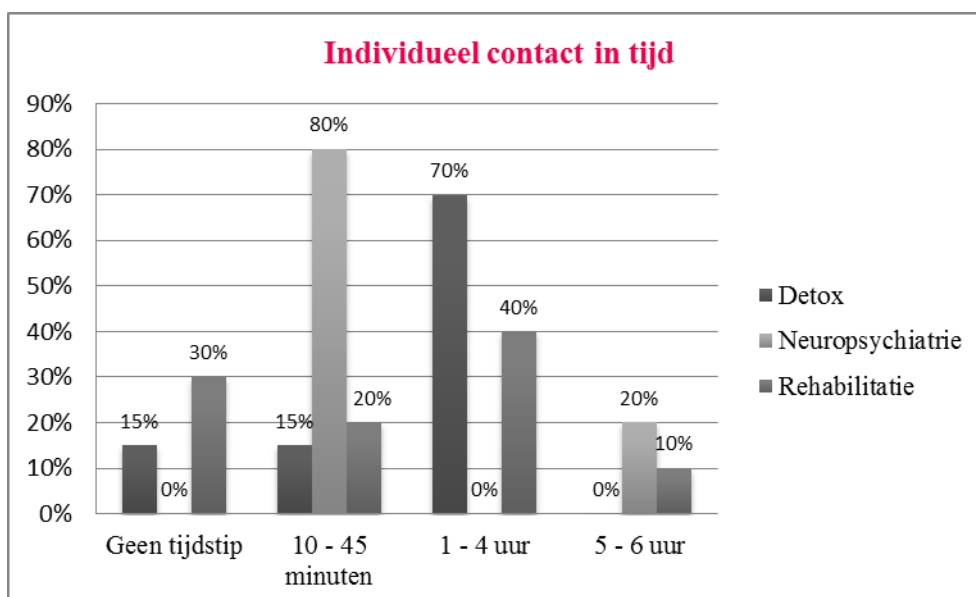
Individueel contact

De antwoorden op de vraag hoeveel de geïnterviewden per dienst/dag besteden aan individueel contact, zijn zeer verschillend.

Van de detox geeft 70% van de geïnterviewden aan 1-4 uur per dienst te besteden aan individueel contact met de patiënt. 15% van de geïnterviewden van de detox geeft aan een half uur individueel contact te hebben. De overige 15% kan geen tijds aanduiding geven.

Van de neuropsychiatrie geeft 80% van de geïnterviewden aan 10-45 minuten per dienst individueel contact te hebben. 20% geeft een heel andere schatting, namelijk zo'n 5-6 uur.

Op de rehabilitatie geeft 30% van de geïnterviewden aan geen tijd te kunnen noemen voor het individuele contact. 20% van de geïnterviewden noemt ongeveer een half uur per persoon. 40% houdt het op 1-3 uur per dienst. De overige 10% geeft heel andere schatting aan, namelijk 6 uur.



9.4 Het is antiregressief

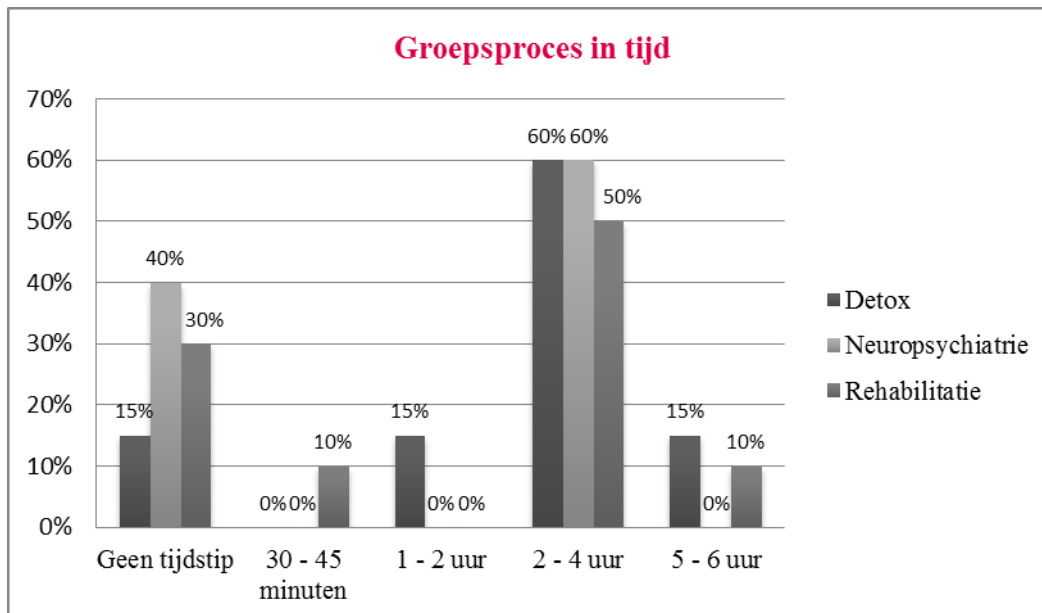
Het groepsproces

60% van de geïnterviewden van de detox en de neuropsychiatrie geeft aan 2-4 uur per dienst te benutten voor het groepsproces. Voor de rehabilitatie is dit 50%.

Slechts één geïnterviewde van de detox gaf aan zo'n 6 uur bezig te zijn met het groepsproces. 15% van detox geeft aan 1-2 uur per dienst aanwezig te zijn op de groep.

30-40% van de geïnterviewden van de neuropsychiatrie en van de rehabilitatie noemt geen tijd, voor de detox is dit 15%. Er wordt wel een vergelijking gemaakt tussen het groepscontact en het individuele contact. Zij geven aan dat ze meer bezig zijn met het groepscontact dan met het individuele contact.

De overige 20% van de geïnterviewden op de rehabilitatie noemt een hele andere tijdsaanduiding, namelijk een half uur tot 45 minuten en 5-6 uur.



Afstand versus nabijheid

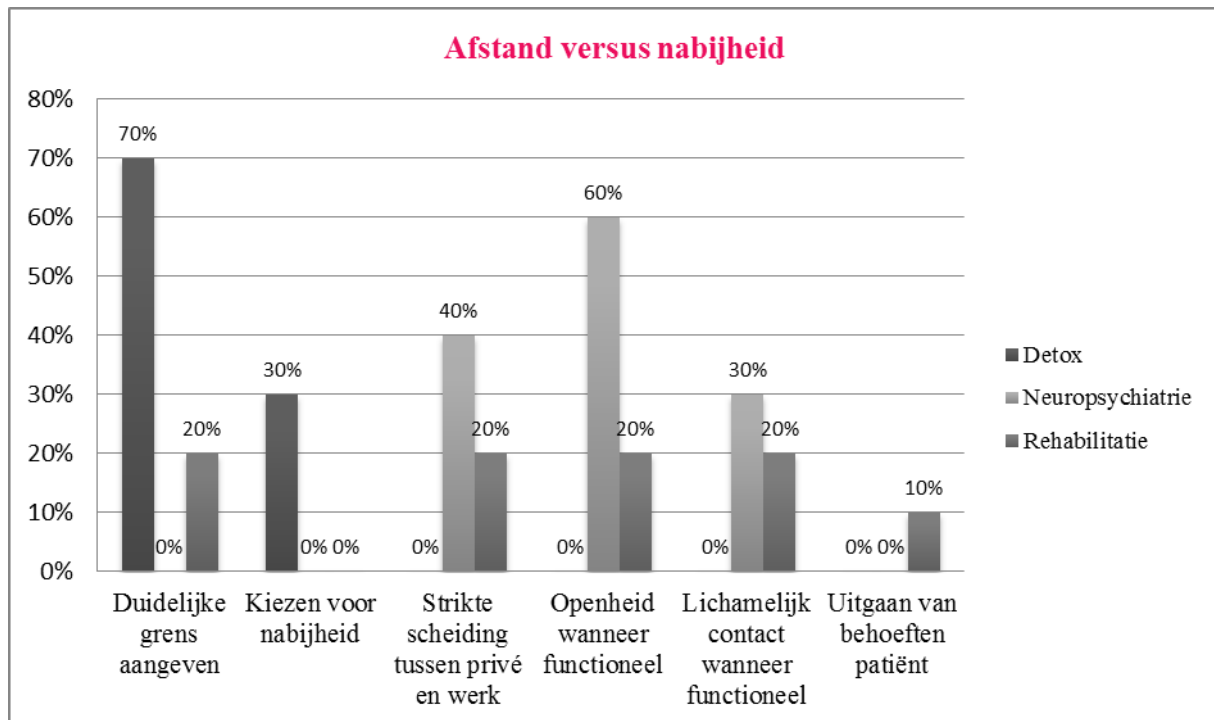
Binnen de detox en de rehabilitatie geven respectievelijk 70% en 20% van de geïnterviewden aan een duidelijke grens weer te geven wanneer het gaat om afstand versus nabijheid.

30% van de geïnterviewden van de detox geeft aan alleen te kiezen voor nabijheid.

40% van de geïnterviewden van de neuropsychiatrie geven aan dat er een strikte scheiding moet zijn tussen privé en werk. Voor de rehabilitatie is dit 20%.

60% van de geïnterviewden van de neuropsychiatrie geeft aan wat van zich te laten zien tot op zekere hoogte, het moet functioneel zijn. Voor de rehabilitatie is dit 20%.

30% van de geïnterviewden van de neuropsychiatrie geeft aan wel eens lichamelijk contact te hebben door middel van bijvoorbeeld een schouderklopje. Dit is echter verschillend per persoon. 20% van de rehabilitatie noemt ditzelfde punt. Een geïnterviewde van de rehabilitatie geeft aan uit te gaan van de behoeften van de patiënt.

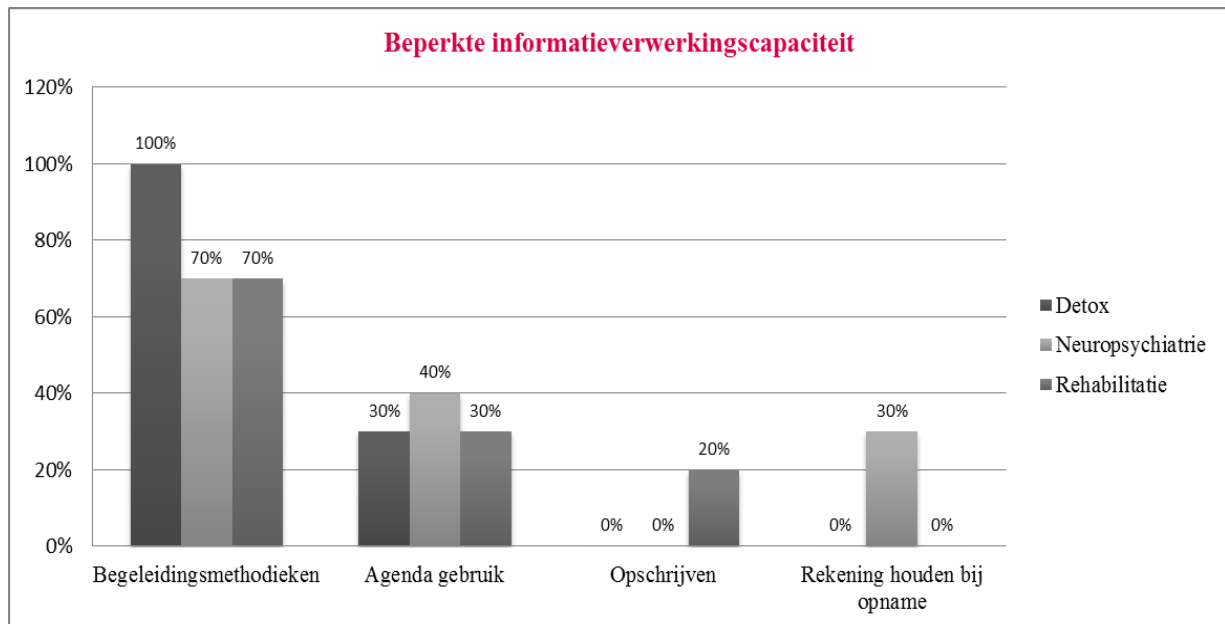


Beperkte informatieverwerkingscapaciteit

Van de detox geven alle geïnterviewden aan de begeleidingsmethodieken te gebruiken bij de beperkte informatieverwerkingscapaciteit van de patiënt. 70% van de geïnterviewden van de neuropsychiatrie noemen ditzelfde punt en 70% van de rehabilitatie.

30-40% van alle geïnterviewden noemt de agenda als belangrijk hulpmiddel bij dit punt.

30% van de geïnterviewden van de neuropsychiatrie geven aan dat bij opname al rekening gehouden moet worden met deze beperkte informatieverwerkingscapaciteit. 20% van de geïnterviewden van de rehabilitatie noemt opschrijven als een belangrijk punt.

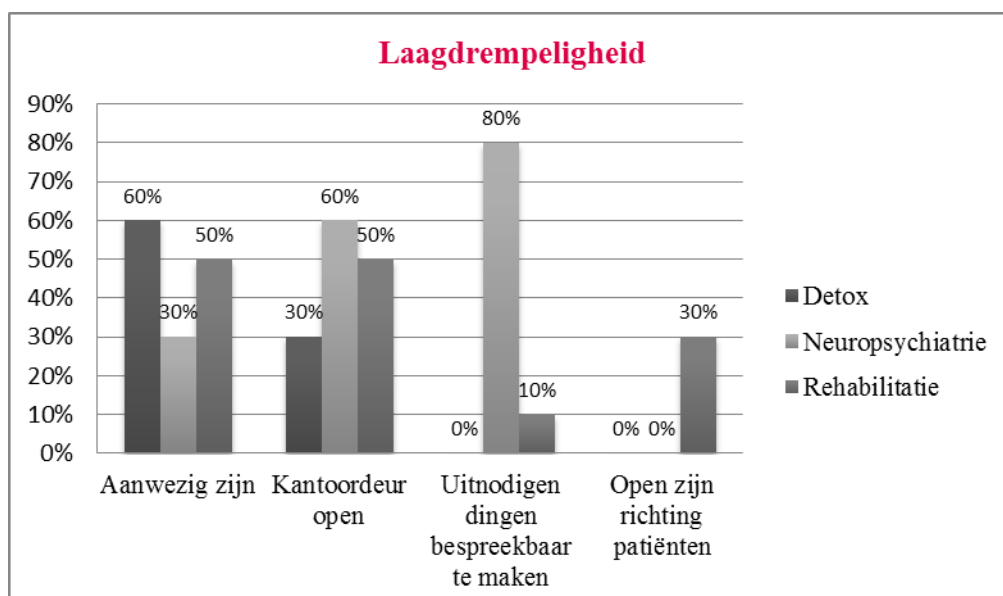


Laagdrempeligheid

30 – 60% van de geïnterviewden van alle behandelprogramma's, geeft aan laagdrempelig te zijn door er 'te zijn' voor de patiënten. Dit kan door veel op de groep aanwezig te zijn, maar ook door een toegankelijke houding. Eveneens 30 - 60% van alle geïnterviewden geeft aan laagdrempelig te zijn door zoveel als mogelijk de kantoordeur open te houden.

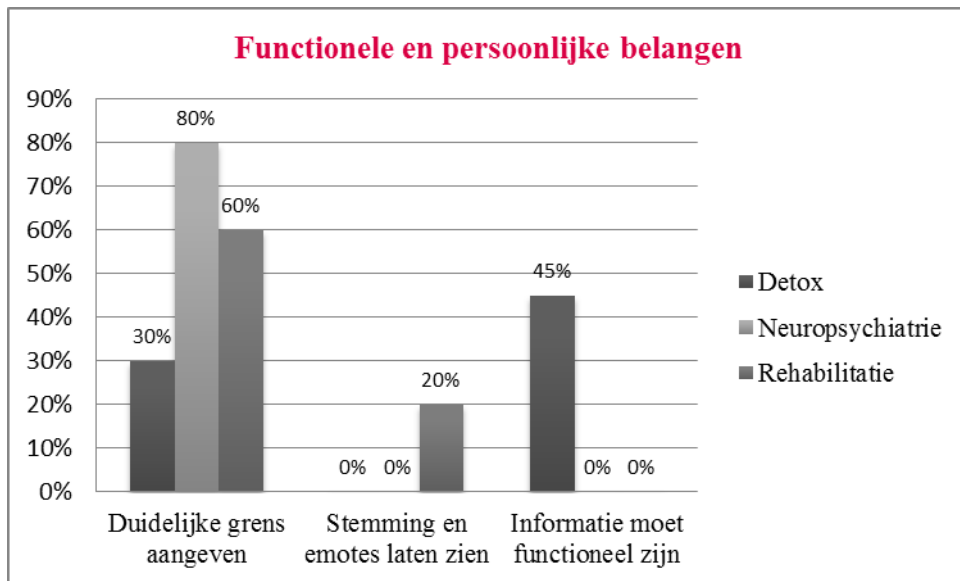
80% van de geïnterviewden van de neuropsychiatrie verstaat onder laagdrempeligheid: de patiënt uitnodigen met zijn vragen bij de begeleider te komen. Voor de rehabilitatie is dit 10%.

30% van de geïnterviewden op de rehabilitatie is laagdrempelig door open te zijn richting patiënten, door wat van zichzelf prijs te geven.



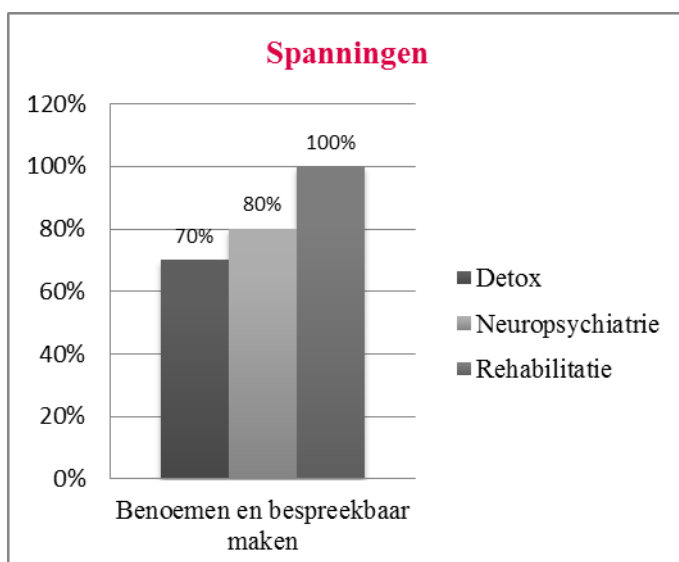
Functionele en persoonlijke belangen

80% van de geïnterviewden van de neuropsychiatrie geeft aan dat zij heel duidelijk hun grens aangeven op het moment dat patiënten geïnteresseerd zijn in persoonlijke belangen/privézaken van de begeleider. 60% van de geïnterviewden van de rehabilitatie noemt ditzelfde punt en 30% van de detox. Bij de rehabilitatie geeft 20% aan wel wat van zijn/haar stemming en emoties te laten zien. 45% van de geïnterviewden van de detox geeft aan dat de functionele belangen voorop staan.



Spanningen

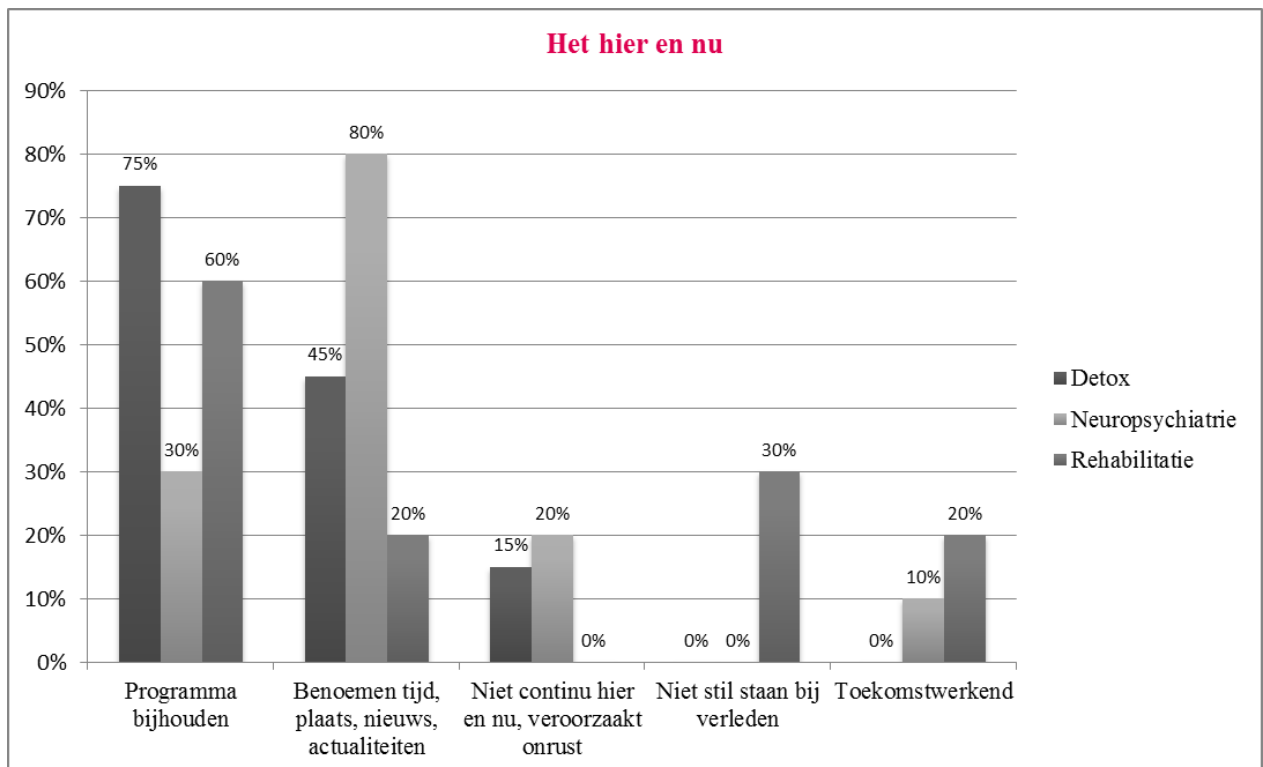
Het benoemen en bespreekbaar maken van de spanning is, een veelgehoord punt. Bij de detox noemt 70% van de geïnterviewden dit item, binnen de neuropsychiatrie 80% en binnen de rehabilitatie alle geïnterviewden.



9.2.3 Het richt zich op het hier en nu

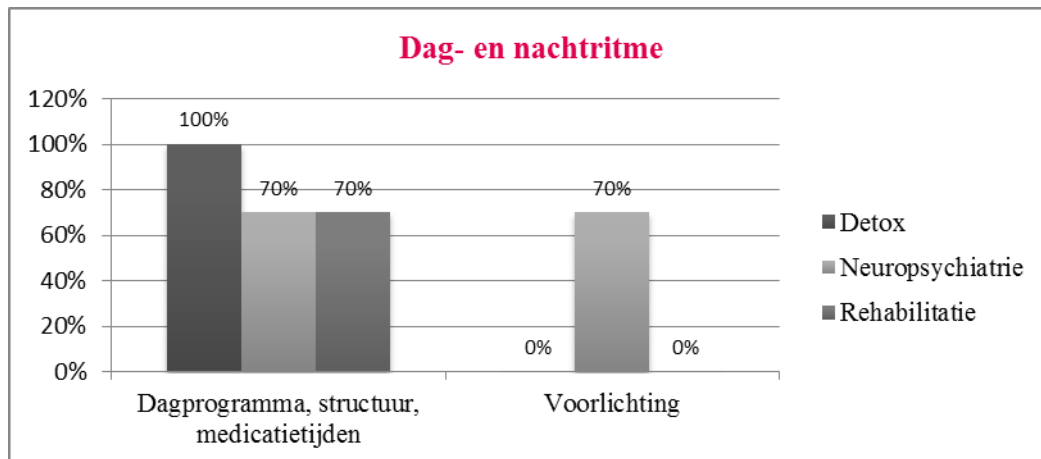
Het hier en nu

Bij de detox en de rehabilitatie geven 60-75% van de geïnterviewde begeleiders aan dat er wordt gewezen op het dagprogramma om patiënten in het hier en nu te houden. Binnen de neuropsychiatrie geeft 30% van de geïnterviewden dit aan. Binnen de neuropsychiatrie maken begeleiders meer gebruik van het benoemen van tijd en plaats, nieuws en actualiteiten om mensen in het hier en nu te houden. Dit doet ongeveer 80% van de geïnterviewde begeleiders daar. Op de detox wordt dit door 45% van de geïnterviewde begeleiders gedaan en op de rehabilitatie door 20%. Door een klein deel, 15-20% van de geïnterviewde begeleiders van de detox en neuropsychiatrie, wordt gezegd dat de patiënten niet continu naar het hier en nu gehaald moeten worden, omdat dit onrust veroorzaakt. 30% van de geïnterviewden van de rehabilitatie geeft aan juist niet teveel stil te staan bij het verleden. Door 10-20% van de geïnterviewde begeleiders van de neuropsychiatrie en rehabilitatie wordt aangegeven dat binnen deze behandelprogramma's juist naar de toekomst toegewerkt wordt.



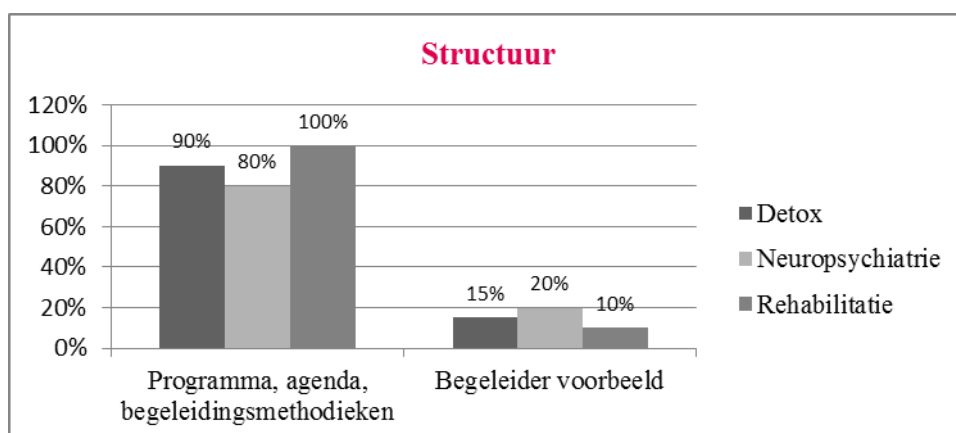
Dag- en nachtritme

70% van de geïnterviewde begeleiders binnen de neuropsychiatrie en de rehabilitatie gaven aan dat zij zorgen voor een goed dag- en nachtritme door vast te houden aan het dagprogramma, de structuur en de medicatietijden. Bij de detox, gaven alle geïnterviewde begeleiders aan dat ze zorgen voor een goed dag- en nachtritme door middel van de hiervoor genoemde punten. Door 70% van de geïnterviewde begeleiders van de neuropsychiatrie werd nog een toevoeging gegeven. Zij gaven aan dat zij ook voorlichting geven over het nut van een goed dag- en nachtritme.



Structuur

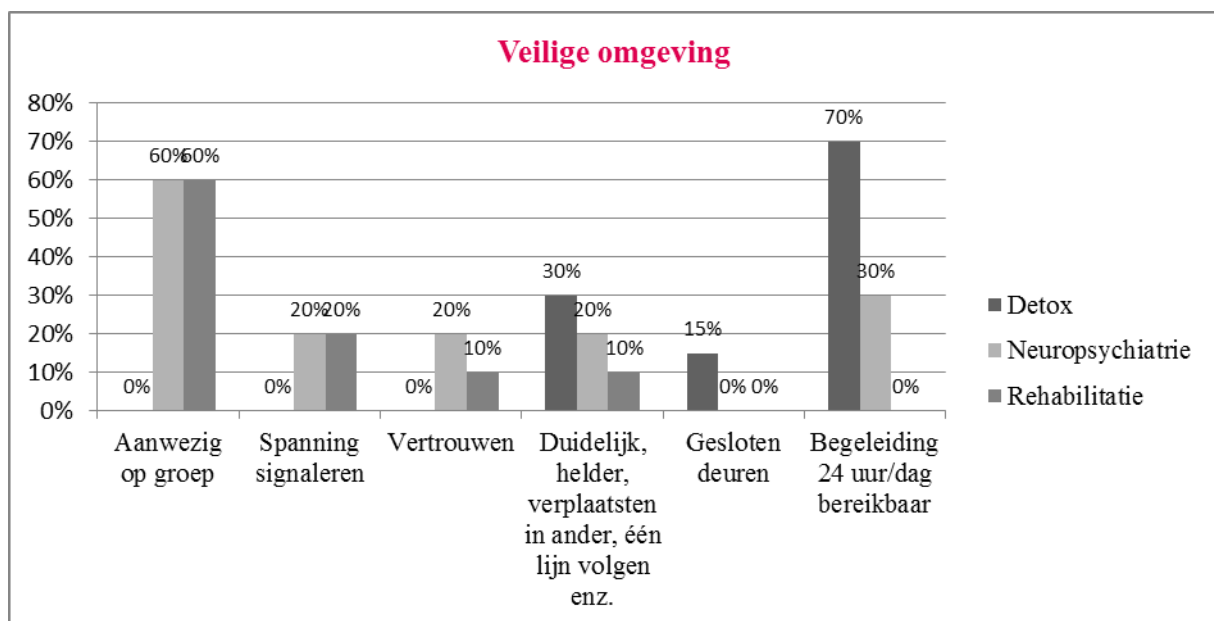
Door de 80-100% van alle geïnterviewde begeleiders, wordt aangegeven dat zij zorgen voor structuur met behulp van het programma, de agenda en de begeleidingsmethodieken. Door een klein deel van de drie behandelprogramma's wordt aangegeven dat het belangrijk is dat de begeleider zelf ook op tijd aanwezig is. De groep volgt, als de begeleider dit ook doet, zo geven zij aan.



Veilige omgeving

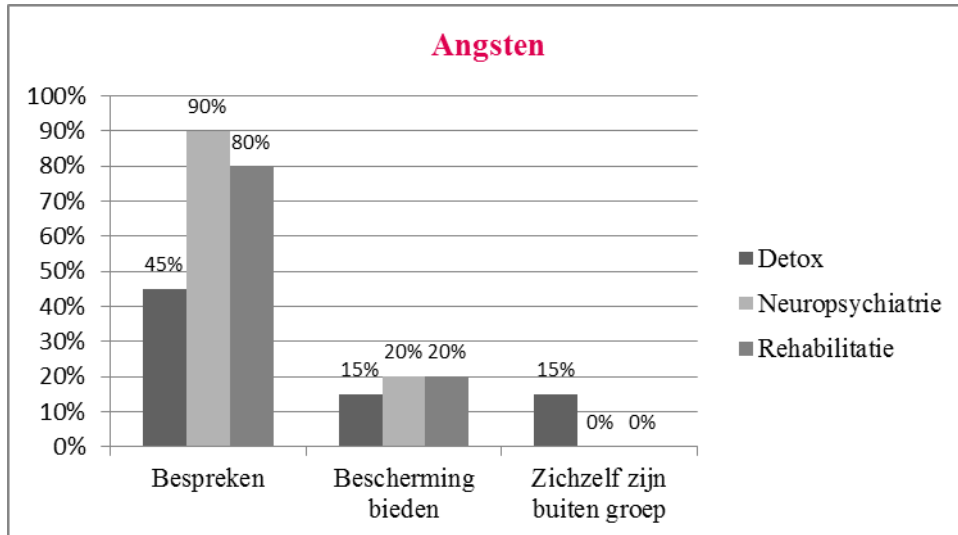
Door 60% van de geïnterviewde begeleiders van de neuropsychiatrie en de rehabilitatie wordt aangegeven dat zij zorgen voor een veilige omgeving, door veel aanwezig te zijn op de groep. Door de detox wordt dit punt niet op die manier genoemd. Door het veel op de groep aanwezig zijn, zo gaf

20% van deze geïnterviewde begeleiders aan, is het ook mogelijk om spanningen vroegtijdig te signaleren. Ook het uitstralen van vertrouwen, al bij opname, zorgt voor een veilige omgeving, zo stelde 10-20% van de geïnterviewde begeleiders van de neuropsychiatrie en de rehabilitatie. Andere punten die genoemd worden door 10-30% van alle geïnterviewden begeleiders, zijn: duidelijk in vrijheden, helder zijn, serieus nemen, verplaatsen in de ander, één lijn volgen, respectvol. Door de geïnterviewde begeleiders van de detox werd aangegeven dat de detox een veilige omgeving is vanwege de gesloten deuren op dit behandelprogramma. Zowel door geïnterviewde begeleiders van de detox (70%), als van de neuropsychiatrie (30%) werd aangegeven dat patiënten 24 uur per dag bij begeleiders terecht kunnen, dit zorgt ook voor een veilige omgeving, zo gaven deze geïnterviewden aan.



Angsten

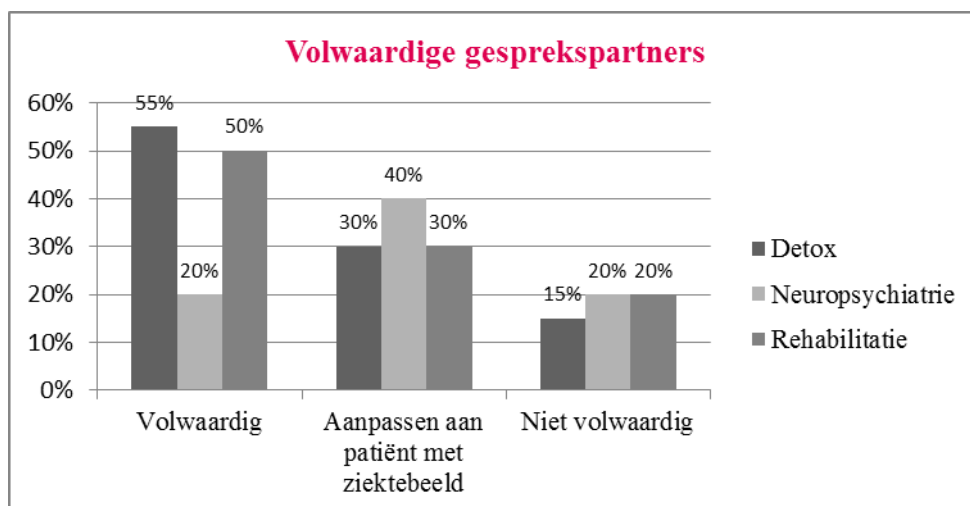
Angsten bespreekbaar maken, zo stelde 80-90% van de geïnterviewde begeleiders van de neuropsychiatrie en de rehabilitatie. 45% van de geïnterviewde begeleiders van de detox gaven dit aan. Zij gaven daarbij aan dat ze de oorzaak van de angst achterhaalden. Vervolgens worden de patiënten gerustgesteld en wordt hen afleiding aangeboden of men krijgt zo nodig medicatie toegediend. Een ander deel, 15-20%, van de geïnterviewde begeleiders van de drie behandelprogramma's gaven aan dat zij duidelijk rekening houden met de angst, in de omgang met de patiënt en hen daarom bescherming bieden door hen te ondersteunen/begeleiden. Door hen op deze manier veiligheid/vertrouwen aan te bieden. Door één geïnterviewde begeleider van de detox wordt ook genoemd dat zij patiënten de mogelijkheid geeft om zichzelf te zijn buiten de groep.



9.2.4 Gelijkwaardigheid tussen patiënt en begeleider

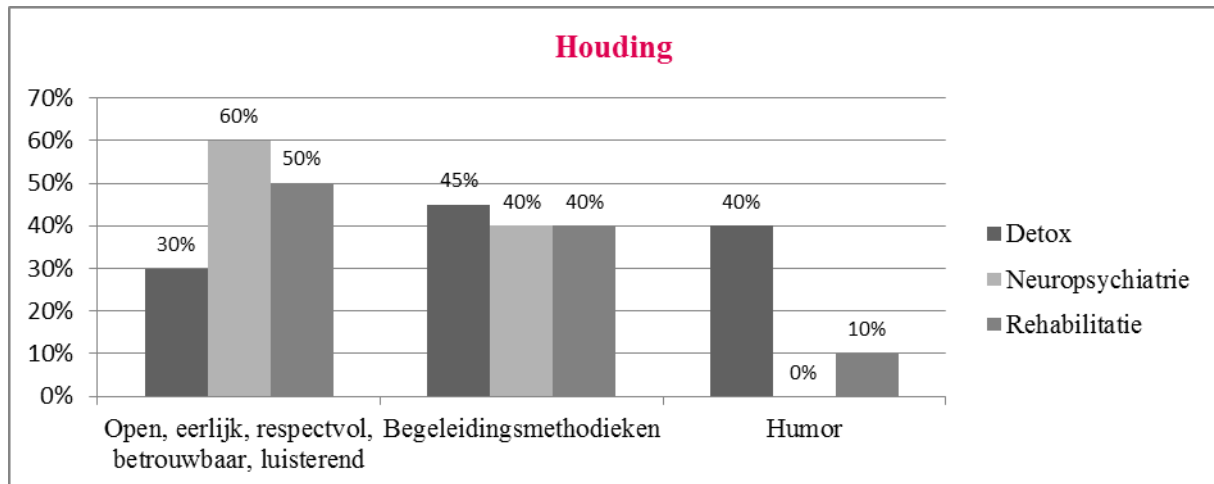
Volwaardige gesprekspartners

Ongeveer de helft van de geïnterviewde begeleiders van de drie behandelprogramma's zeggen volmondig 'ja' op de vraag of 'patiënten volwaardige gesprekspartners zijn'. Dit laten zij blijken door hen met respect te benaderen, hen in hun waarde te laten en serieus te nemen. Ongeveer 30% van alle geïnterviewde begeleiders geeft met enige aarzeling een 'ja' op deze vraag. Zij geven aan dat zij zich wel aan moeten passen aan het gespreksniveau van de patiënt vanwege zijn/haar ziektebeeld. Ongeveer 20% van alle geïnterviewde begeleiders geeft aan dat patiënten geen volwaardige gesprekspartners zijn.



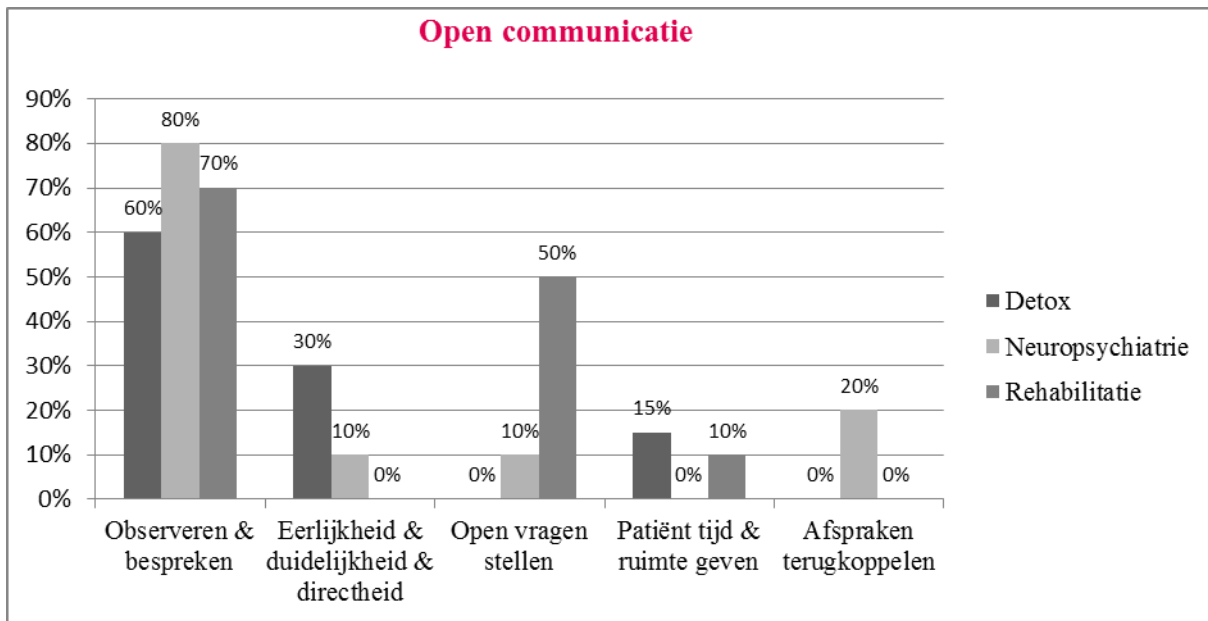
Houding

Een open, eerlijke, respectvolle, betrouwbare, luisterende houding. Zo geeft ongeveer de helft van alle geïnterviewde begeleiders aan. Nog eens 40% van alle geïnterviewde begeleiders geeft aan dat zij handelen met behulp van de begeleidingsmethodieken (4 K-model, foutloos leren, empathisch-directieve benadering), zoals Juliana-Oord deze gebruikt. Binnen de detox wordt door 40% van de geïnterviewde begeleiders humor genoemd, als een belangrijk aspect van de houding. Door de geïnterviewden van de neuropsychiatrie wordt dit punt niet genoemd en door de rehabilitatie een keer.



Open communicatie

Een open communicatie met betrekking tot zaken die het afdelingsmilieu betreffen krijg je door te observeren, dingen benoemen en veel met elkaar te bespreken, zo stelt 60-80% van alle geïnterviewde begeleiders van de drie behandelprogramma's. Door eerlijk, duidelijk en direct te zijn, zo geven 10-30% van de geïnterviewde begeleiders van de detox en de neuropsychiatrie aan. Door de rehabilitatie wordt dit punt niet genoemd. Zelf open zijn en open vragen stellen in een ontspannen sfeer, zo stelt 50% van de geïnterviewde begeleiders van de rehabilitatie. Dit punt wordt door 10% van de geïnterviewde begeleiders van de neuropsychiatrie genoemd en van de geïnterviewden van de detox noemt geen van allen dit punt. Door ongeveer 10% van de geïnterviewde begeleiders van de detox en de rehabilitatie wordt aangegeven dat men de patiënt de tijd en de ruimte moet geven om open te communiceren. Door de geïnterviewden van de neuropsychiatrie wordt hier nog aan toegevoegd dat het belangrijk is dat begeleiders de gemaakte afspraken ook terugkoppelen naar de patiënten, ook dit zorgt voor een open communicatie zo geeft 20% van deze geïnterviewden aan.



9.3 Ontwikkelpunten met betrekking tot het supportieve model

9.3.1 Barrières

Een barrière die door 30-70% van de geïnterviewden van alle drie de behandelprogramma's genoemd wordt is de werkdruk. Men geeft aan veel tijd nodig te hebben voor administratieve zaken, met als gevolg dat men weinig op de groep aanwezig is en er weinig tijd is voor individueel contact.

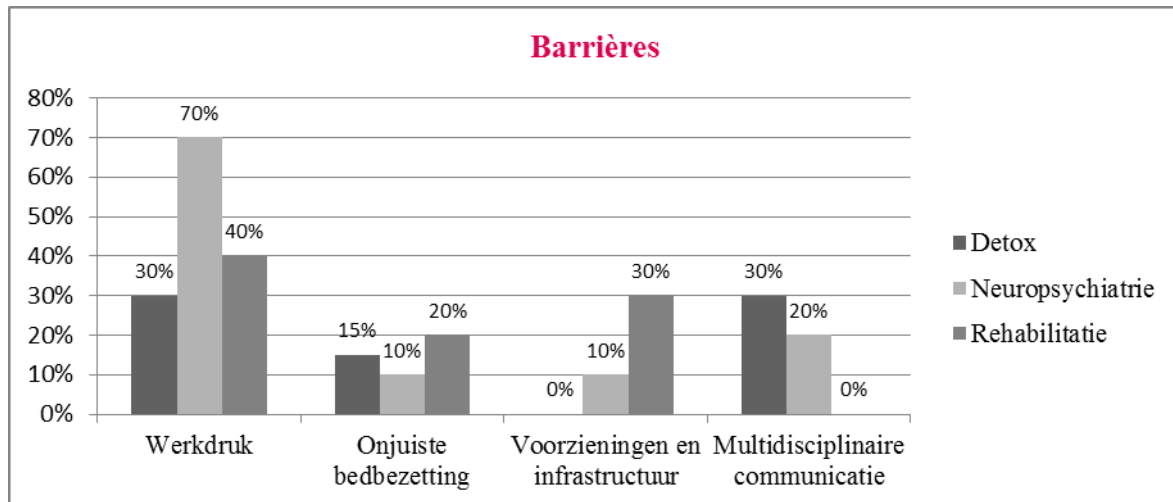
Dubbeldiagnose en onjuiste bedbezetting. Een barrière die genoemd wordt door 10-20% van de geïnterviewden van alle drie de behandelprogramma's.

Een barrière die genoemd wordt door 10-30% van de geïnterviewde begeleiders van de neuropsychiatrie en van de rehabilitatie is dat men ontevreden is over de voorzieningen en over de infrastructuur. Ook de accommodatie van de rehabilitatie wordt als barrière genoemd.

Door 20-30% van de geïnterviewde begeleiders van de detox en de neuropsychiatrie werd aangegeven dat zij de communicatie met andere disciplines, als barrière ervaren. Deze communicatie verloopt niet altijd goed, bovendien zijn behandelaren met regelmaat afwezig, waardoor het contact via via moet verlopen.

Andere barrières die genoemd worden:

- Onpraktische regels van bovenaf (bijv. gebruik koelkast)
- Niet Nederlands sprekende patiënt
- Gemis van EVV'er-schap
- Bezuinigingen
- Teamleider alleen op afspraak beschikbaar



9.3.2 Ontwikkelpunten

Door 10-30% van de geïnterviewde begeleiders van de detox en de rehabilitatie wordt aangegeven dat er meer modules moeten komen over alcoholverslaving. Geïnterviewden hebben het idee dat de (alcohol)verslaving onvoldoende op de voorgrond staat. Bovendien ervaart men de overstap van behandelprogramma naar het normale leven als te groot. Geïnterviewde begeleiders zouden daarom meer mogelijkheden willen hebben om patiënten zo zelfstandig mogelijk te laten leren leven.

Door de geïnterviewden van alle drie de behandelprogramma's worden ontwikkelpunten genoemd met betrekking tot de multidisciplinaire communicatie, om zo een goede samenwerking te bevorderen.

Door ongeveer 10% van alle geïnterviewden wordt aangegeven dat zij graag rechtstreeks contact willen met de behandelaar. Korte lijnen met behandelaars, maar ook met therapeuten. De communicatie tussen therapie en behandelprogramma moet beter, zo stelt een geïnterviewde van de rehabilitatie.

Door 10-20% van de geïnterviewden van alle drie de behandelprogramma's wordt als ontwikkelpunt 'meer scholing' genoemd. Door de geïnterviewden van de detox wordt aangegeven dat zij ook scholing zouden willen over hoe je je tijd beter in kunt delen en door de geïnterviewden van de rehabilitatie wordt gezegd dat zij graag scholing willen over het leren overstijgend denken.

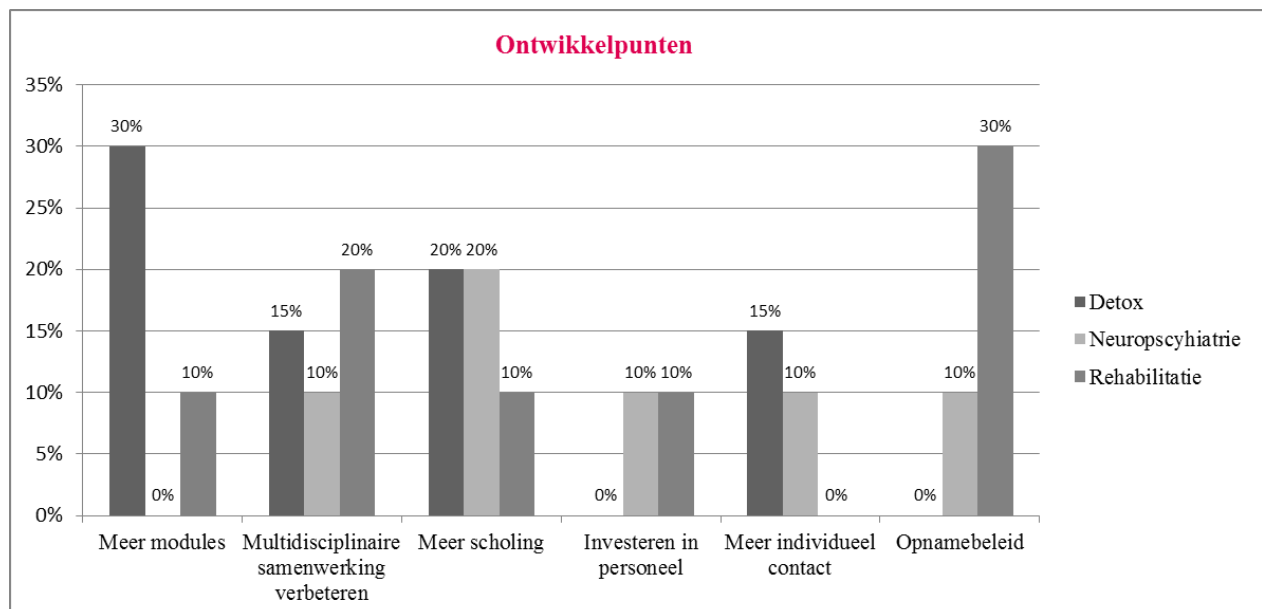
Door 10% van de geïnterviewden van de neuropsychiatrie en de rehabilitatie wordt als ontwikkelpunt gegeven aan Juliana-Oord dat zij moeten blijven investeren in het personeel. Het personeel blijven enthousiasmeren.

Door zo'n 10% van de geïnterviewde begeleiders van de detox en de neuropsychiatrie wordt aangegeven als ontwikkelpunt, dat ze meer tijd willen voor individueel contact. Binnen de neuropsychiatrie wordt als idee gegeven om een secretaresse op de afdeling te krijgen.

Het laatste ontwikkelpunt wat door geïnterviewden van de neuropsychiatrie en de rehabilitatie genoemd wordt, zijn de dubbele diagnoses. *‘Houd de identiteit en visie van de instelling goed in het oog’*, zo stelt een geïnterviewde. Bekijk het opnamebeleid kritisch.

Andere ontwikkelpunten die genoemd worden:

- Patiënten een casemanager geven bij opname
- Geen niet-Nederlands sprekende patiënten toelaten op Juliana-Oord
- Blauwe map stimuleren
- Elkaar er op aanspreken als iets niet loopt, zorgen dat je als begeleiders op 1 lijn zit
- Spanningsveld zorg op maat en de structuur binnen het behandelprogramma. Per behandelprogramma verschillen maken in structuur.



Conclusie

Algemeen

Gemiddeld 68% van alle geïnterviewden noemt het supportieve model een ondersteunend model. Een klein deel, 25%, van de geïnterviewden noemt de begeleidingsmethodieken bij de omschrijving van het model. Enkel op de rehabilitatie worden punten genoemd als ik-versterkend, individu gericht en antiregressief. In de literatuur wordt hierover het volgende gezegd: *‘De twee belangrijkste kenmerken van het model zijn: het is individu-gericht en anti-regressief’*. Vervolgens valt het de onderzoekers op dat van de behandelprogramma’s detox en neuropsychiatrie slechts 30-45% voldoende kennis zegt te hebben over het model, dit in tegenstelling tot 70% van de rehabilitatie. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de detox en de neuropsychiatrie onvoldoende kennis hebben, waardoor zij de belangrijkste kenmerken van het supportieve model niet kunnen benoemen.

De onderzoekers zijn er vanuit gegaan dat alle begeleiders scholing gehad hebben over het supportieve model. Echter uit de interviews is gebleken dat slechts de helft van de geïnterviewde begeleiders scholing heeft gehad. Hieruit concluderen de onderzoekers dat er een discrepantie is tussen afspraken vanuit het management en de dagelijkse praktijk.

Leren, oefenen en trainen

Geconcludeerd kan worden dat leren, oefenen en trainen van de patiënt op een eenduidige wijze wordt gedaan met betrekking tot het versterken van het gezonde deel en het aanleren van nieuw gedrag en nieuwe vaardigheden. Wat blijkt uit het feit dat 70% van alle behandelprogramma’s dit doet door complimenteren en door gebruik te maken van de begeleidingsmethodieken. (Zie voor literatuur begeleidingsmethodieken paragraaf 3.3.3.)

Opvallend is dat 30% van de begeleiders van de detox aangeeft geen nieuw gedrag en nieuwe vaardigheden aan te leren, aangezien het verblijf op de detox meer gericht is op het stabiliseren.

Met de onveranderbare beperkingen wordt op diverse manieren omgegaan. Opvallend is dat alle begeleiders van de neuropsychiatrie gebruik maken van de begeleidingsmethodieken, terwijl binnen de detox en de rehabilitatie slechts 10-30% deze gebruikt. Opmerkelijk is dat binnen de rehabilitatie wel voldoende kennis aanwezig is over het model, echter ze gebruiken de begeleidingsmethodieken zeer weinig, terwijl in de literatuur juist gezegd wordt dat deze van grote waarde zijn met betrekking tot het opvangen van defecten. Zoals in de literatuur het volgende vermeldt staat over het 4K-model: *‘Het 4K-model is erop gericht de ontstane defecten van de patiënt zo goed mogelijk op te vangen, zodat hij zo goed mogelijk kan blijven functioneren’*.

Van daaruit kunnen de onderzoekers concluderen dat de neuropsychiatrie alleen eenduidig handelt met betrekking tot de onveranderbare beperkingen.

Het is individueel gericht

De onderzoekers concluderen dat meer dan 60% van de geïnterviewde begeleiders zorg op maat aanbieden door zich te richten op het individu. Zoals dit ook in het milieuplan van Juliana-Oord (2007) beschreven staat: *‘Geboden wordt wat de patiënt kan leren, en welke ondersteuning en verzorging nodig is’*. Dit doet Juliana-Oord door middel van individuele verpleegplannen. Echter geeft slechts 25-30% van alle geïnterviewden aan dat zij gebruik maken van verpleegplannen om zorg op maat te bieden. Geconcludeerd kan worden dat alle behandelprogramma's zich niet op een eenduidige wijze richten op het individu. Men maakt onvoldoende gebruik van de verpleegplannen of men is zich niet voldoende bewust van het gebruik hiervan, in het kader van het streven naar zorg op maat.

Wat betreft de eigen verantwoordelijkheid van patiënten, 90-100% van de geïnterviewden is het er over eens dat de patiënten zoveel mogelijk hun eigen verantwoordelijkheid moeten dragen met betrekking tot hun handelen. Hierover staat het volgende in het milieuplan beschreven: *‘Er wordt recht gedaan aan zelfsturing, maar de patiënt wordt zo mogelijk ook gewezen op eigen verantwoordelijkheid’*. De onderzoekers concluderen dat er een eenduidige visie is rondom de eigen verantwoordelijkheid van patiënten.

De geïnterviewden van alle behandelprogramma's stimuleren een goede zelfzorg. Echter er is onderscheid tussen de verschillende behandelprogramma's. Binnen de neuropsychiatrie en de rehabilitatie wordt op een coachende manier de zelfzorg gestimuleerd. Dit in tegenstelling tot de detox waar meer sprake is van hand-in-handbegeleiding in verband met de slechte toestand waarin patiënten vaak opgenomen worden. Zo staat er het volgende hierover vermeld in het onderzoeksverslag *‘Methodische begeleiding voor NAH-patiënten’*: *‘Beschermende, ondersteunende en stimulerende leersituaties creëren in ADL’* of *‘intensieve zorg wordt geboden zolang het nodig is om te groeien naar het oppakken van de zelfstandigheid en autonomie’*. Hieruit concluderen de onderzoekers dat er goede zelfzorg wordt gestimuleerd, waarbij zo nodig intensieve zorg wordt geboden zolang dat nodig is om te groeien naar zelfstandigheid met betrekking tot dit punt.

Gezien de zeer verschillende uitkomsten op de vraag over het individuele contact is het voor de onderzoekers niet mogelijk hier een conclusie aan te verbinden.

Ruim 50% van de geïnterviewde begeleiders van alle afdelingen is 2-4 uur bezig met het groepsproces. Het nut hiervan wordt in het onderzoeksverslag *‘Methodische begeleiding voor NAH-patiënten’* toegelicht: *‘Overleggen met de patiënt (leerdoelgroep, huiskameroverleg, groepsgesprek) dragen bij aan klimaat binnen de groep’*. Door een groot deel van de begeleiders werd aangegeven dat

men meer met de groep bezig is, dan met individueel contact. Terwijl in het supportieve model juist het individu centraal staat met de groep slechts als ondersteunende functie. Geconcludeerd wordt dat er op dit punt niet gehandeld wordt conform het supportieve model.

Antiregressief

De grens tussen staf en patiënt binnen Juliana-Oord is helder. Meer dan 80% van alle geïnterviewden geven aan dat zij een duidelijke grens aangeven tussen afstand en nabijheid/functionele en persoonlijke belangen naar patiënten. Dit komt overeen zoals in de literatuur vermeldt staat: *‘De grens tussen staf en patiënt is helder’*.

Alle afdelingen binnen Juliana-Oord maken gebruik van het 4K-model met betrekking tot de beperkte informatieverwerkingscapaciteit, zo concluderen de onderzoekers. De rol van de begeleider met betrekking tot dit punt wordt in de literatuur als volgt omschreven: *‘De beperkte informatieverwerkingscapaciteit die patiënten bij zichzelf ervaren, moet op een of andere wijze gecompenseerd worden door de begeleider. Deze straalt uit dat hij klaarstaat om, als dat nodig is, steun te bieden’*. Door alle afdelingen wordt daarnaast ook veel gebruik gemaakt van de agenda. Dit item is echter niet terug te vinden in de richtlijnen van Juliana-Oord. Het gaat hier dus om een werkwijze die niet beschreven staat in de richtlijnen van Juliana-Oord.

Binnen de afdelingen bestaat een verschil in de antwoorden die werden gegeven met betrekking tot het laagdrempelig zijn. Dit verschil zit in ‘aanwezig zijn’ en ‘kantoordeur open’. Binnen de detox wordt door 60% van de geïnterviewden aangegeven dat zij aanwezig zijn op de groep en slechts 30% zegt ‘kantoordeur open’. Bij de neuropsychiatrie is dit precies andersom. De literatuur zegt over deze punten het volgende: *‘Kantoordeur van de afdelingen veelvuldig open zetten voor een indruk van laagdrempelig bereikbaar zijn’* en *‘het is dus van belang dat de stap richting de begeleiding laagdrempelig is, door bijv. veel aanwezig te zijn op de groep. Zo is de aanwezigheid van de begeleider op zich al een belangrijk steunend element. In feite betekent de aanwezigheid een ankerpunt voor veel patiënten, dit heeft met een belangrijke kwaliteit van het steunend interveniëren te maken’*. In alle behandelprogramma’s wordt gewerkt aan laagdrempeligheid, echter de werkwijze is verschillend. De richtlijnen voor de drie behandelprogramma’s zijn gelijk, maar uit dit onderzoek blijkt dat deze richtlijn verschillend wordt gebruikt.

Wat betreft het omgaan met spanningen en angsten, hierover heeft men een eenduidige visie. Welke luidt: ‘spanningen/angsten benoemen en bespreekbaar maken’. Een open communicatie is hierin van groot belang, wat Juliana-Oord juist hanteert. Zoals dit ook in het onderzoeksverslag ‘Methodische begeleiding voor NAH-patiënten’ beschreven staat: *‘Tonen op een volwassen manier om te gaan met spanningen, teleurstellingen, krenking, agressie en impulsen’*.

Richt zich op het hier en nu

De begeleiders wijzen patiënten op hun dagprogramma, zo luidt hun eenduidig antwoord. Dit dagprogramma heeft de functie om de patiënt te wijzen op het hier en nu, op een goed dag- en nachtritme en op de structuur. Zoals in de literatuur vermeldt staat: *‘Het richt zich op het hier en nu: er is aandacht voor een heldere, eenduidige structuur (...) en dag- en nacht ritme.’*

Door 60% van de geïnterviewde begeleiders van de neuropsychiatrie en de rehabilitatie wordt aangegeven dat zij zorgen voor een veilige omgeving, door veel aanwezig te zijn op de groep. In de literatuur wordt in een weergave van de taken van de begeleider het volgende gezegd: *‘Aanwezigheid, er zijn’*. Zowel door geïnterviewde begeleiders van de detox (70%), als van de neuropsychiatrie (30%), wordt aangegeven dat patiënten 24 uur per dag bij begeleiders terecht kunnen. Op deze manier wordt een veilige omgeving gecreëerd. In de literatuur staat het volgende beschreven: *‘Begeleiding moet voortdurend beschikbaar kunnen en willen zijn en hierbij een evenwicht zien te vinden tussen afstand-nabijheid’*. Geconcludeerd wordt dat bereikbaarheid en aanwezigheid van de begeleider van belang is voor een veilige omgeving, welke door de behandelprogramma's wordt geboden.

Gelijkwaardigheid tussen patiënt en begeleider

Ongeveer de helft van de geïnterviewde begeleiders van de drie behandelprogramma's geven als antwoord op de vraag of patiënten volwaardige gesprekspartners zijn, aan dat patiënten dit niet zijn. De literatuur stelt hierover het volgende: *‘De patiënt is een volwaardige gesprekspartner en wordt benaderd met respect en op deskundige wijze.’* Wat betreft dit punt handelen begeleiders niet conform het supportieve model.

‘De houding en stijl van de begeleiders tijdens hun werk, is van cruciaal belang’, volgens de literatuur. Een open, eerlijke, respectvolle, betrouwbare, luisterende houding. Zo geeft ongeveer de helft van de geïnterviewde begeleiders aan. Nog eens 40% van alle geïnterviewde begeleiders geeft aan dat zij handelen met behulp van de begeleidingsmethodieken, zoals Juliana-Oord deze gebruikt. Slechts de helft van de begeleiders kan zijn/haar houding concreet benoemen, zo concluderen de onderzoekers. De andere helft benoemt alleen de manier waarop zij handelen. Vastgesteld kan worden dat begeleiders niet weten wat het supportieve model beschrijftaangaande dit punt, namelijk een *betrouwbare, respectvolle houding*, of zij zijn zich niet bewust van deze houding. Dit geldt ook voor wat beschreven staat in het verslag *‘Methodische begeleiding voor NAH patiënten’*, namelijk: *Modelfunctie door begeleider: (...) een dosis relativiseringsvermogen en humor’*. Humor is een punt wat enkel door de detox veel wordt genoemd.

Barrières en ontwikkelpunten met betrekking tot het supportieve model

Ongeveer 90% van alle geïnterviewden ervaart barrières in zijn rol als begeleider. De hoge werkdruk, gestelde dubbeldiagnoses en onjuiste bedbezetting worden op elk behandelprogramma ervaren als barrière in de uitvoering van de rol als begeleider. De communicatie met andere disciplines werd door de neuropsychiatrie en detox als barrière ervaren in de rol als begeleider. De overige genoemde barrières op de behandelprogramma's waren erg divers.

Ongeveer 65% van alle geïnterviewden noemt ontwikkelpunten voor Juliana-Oord. Opvallende ontwikkelpunten zijn ontwikkelpunten m.b.t. de multidisciplinaire communicatie, om zo een goede samenwerking te bevorderen. Daarnaast werd 'meer scholing' ook door alle drie de behandelprogramma's als ontwikkelpunt genoemd. De dubbeldiagnoses zijn vooral een ontwikkelpunt op de neuropsychiatrie en de rehabilitatie. Op de detox en de rehabilitatie wordt aangegeven dat er meer modules moeten komen over alcoholverslaving. De overige genoemde ontwikkelpunten op de behandelprogramma's waren wederom erg divers.

Aanbevelingen

Het doel van dit onderzoek is:

‘Door middel van dit onderzoek ontwikkelt Juliana-Oord meer kennis en inzicht over het functioneren van het supportieve model op de afdelingen detox, neuropsychiatrie en rehabilitatie’.

Naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek worden er een aantal aanbevelingen gedaan. Deze aanbevelingen gaan over punten die Juliana-Oord kan aanpassen en verbeteren. Allereerst staat de aanbeveling aangeven. Daaronder staat een korte toelichting bij de aanbeveling.

Aanbeveling 1

Aanbevolen wordt dat alle begeleiders en nieuwe medewerkers binnen Juliana-Oord (opnieuw) een cursus krijgen aangaande het supportieve model. Vervolgens moet elke begeleider ieder jaar een scholing volgen over het supportieve model.

Uit het onderzoek is gebleken dat slechts 50% van de geïnterviewden scholing heeft gehad over het model. Bovendien geeft een groot deel van de begeleiders aan niet voldoende kennis te bezitten. Uit de resultaten blijkt dat het niet bezitten van voldoende kennis van invloed is op alle punten die in het supportieve model aan de orde komen.

Het is daarom van belang, zo stellen de onderzoekers, dat er (opnieuw) een cursus wordt gegeven over de inhoud van het supportieve model. Vervolgens moet deze scholing jaarlijks herhaald worden, zodat kennis up-to-date blijft.

Aanbeveling 2

Aanbevolen wordt dat er onderzoek gedaan wordt naar de oorzaak van het spanningsveld wat wordt ervaren tussen enerzijds het streven naar zorg op maat en anderzijds de vaste structuur die geldt binnen Juliana-Oord.

Uit het onderzoek is gebleken dat er door begeleiders een spanningsveld wordt ervaren tussen enerzijds het streven naar zorg op maat en anderzijds de structuur. Bij het streven naar zorg op maat wordt gekeken naar het individu en wordt het verpleegplan opgesteld aan de hand van datgene wat belangrijk is voor de patiënt. Anderzijds geldt er een structuur binnen alle behandelprogramma's waarin de patiënt als het ware moet passen. Binnen Juliana-Oord is bewust gekozen voor de vaste structuur in verband met het voorkomen van desoriëntatie en regressie van de patiënt. Echter het hierboven genoemde spanningsveld wordt nog wel ervaren door begeleiders. Onderzocht kan worden wat de oorzaak is van dit spanningsveld wat nog wordt ervaren.

Aanbeveling 3

Aanbevolen wordt dat er onderzoek gedaan wordt naar de balans tussen het individuele contact en het groepsproces.

Uit de resultaten is gebleken dat begeleiders meer bezig zijn met het groepsproces, dan met het individuele proces ofwel het individuele contact. Dit heeft onder andere als oorzaak dat de werkdruk te hoog is om voldoende tijd te kunnen besteden aan het individu. In de literatuurstudie is te lezen dat het individu juist centraal hoort te staan binnen het supportieve model en de groep binnen dit model slechts een ondersteunende functie heeft. Voor concretere cijfers met betrekking tot het individuele contact en het groepsproces, zou er eerst onderzoek moeten plaatsvinden naar hoeveel tijd men daadwerkelijk bezig is met het individuele contact en het groepsproces. Uit de diverse cijfers die in dit onderzoek naar voren komen is geen conclusie te trekken.

Aanbeveling 4

Er wordt aanbevolen om kritisch te kijken naar de geboden zorg aan patiënten met een (alcohol)verslaving in combinatie met psychiatrische problematiek, voldoende is en of begeleiders voldoende bekwaam zijn in de begeleiding van deze patiënten.

Door begeleiders wordt het als een barrière ervaren als mensen opgenomen worden met een dubbele diagnose. Hiermee worden bedoeld: patiënten met een (alcohol)verslaving en een psychiatrisch ziektebeeld. Aangegeven wordt dat dit onrust op de groep kan veroorzaken. Voor de begeleider is dit een barrière voor het uitvoeren van hun functie in het supportieve model. Individuele zorg op maat kan moeilijker geboden worden terwijl dit in het supportieve model juist geëist wordt. Echter, Juliana-Oord is een kliniek voor Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH), verslaving en psychiatrische ziektebeelden. Daarom moet gekeken worden of de geboden zorg voldoende is en of begeleiders voldoende bekwaam zijn in het uitvoeren van deze zorg.

Aanbeveling 5

Verbetering van de samenwerking in het multidisciplinaire team wordt aanbevolen.

Geïnterviewde begeleiders zijn niet tevreden over de multidisciplinaire samenwerking zoals die nu verloopt. Voorbeelden zijn barrières in de communicatie: contacten verlopen via via, er gaat veel tijd overheen voordat er afspraken gemaakt zijn, etc. Dit veroorzaakt onrust en spanningen binnen het supportieve milieu, bij zowel patiënten als begeleiders. Juist binnen het supportieve model is het belangrijk eenduidig te werk te gaan om zo zorg op maat te kunnen leveren. Begeleiders geven aan dat

men graag rechtstreeks contact wil met een behandelaar, maar ook met een therapeut, zodat afspraken binnen kortere tijd gemaakt kunnen worden.

Discussie

Methodiek

De opname van de interviews is met verschillende soorten apparatuur gedaan, namelijk met een cassette recorder en een voice recorder. Wat betreft de eerst genoemde, deze opname was niet altijd even goed verstaanbaar, veel ruis e.d. De verstaanbaarheid wisselde sterk per bandje, maar het is dus voorgekomen dat er noodgedwongen stukjes informatie weggelaten moesten worden. Dit heeft invloed gehad op de volledigheid van sommige interviews.

Enkele geïnterviewden gaven aan niet op de hoogte te zijn van dit onderzoek en werden onverwachts opgeroepen om geïnterviewd te worden. Dit veroorzaakte onnodige stress bij de geïnterviewde met name in de beginfase van het interview.

Voor de start van de interviews is besproken dat er alleen begeleiders op de groep zouden worden geïnterviewd. Tijdens het afnemen van de interviews kwamen de onderzoekers er achter dat er onder de geïnterviewden drie leerlingen/stagiaires waren. De vraag is of de interviews van deze leerlingen/stagiaires representatief zijn voor de resultaten van dit onderzoek.

In de voorbereidingsfase van dit onderzoek hebben de onderzoekers in samenwerking met de opdrachtgever geen afspraken gemaakt over het niveau van begeleiders die geïnterviewd zouden worden. Tijdens het afnemen van de interviews kwamen de onderzoekers er achter dat de diversiteit in niveaus zeer groot is, namelijk van niveau 2 tot en met niveau 6. Dit betekent dat er grote verschillen zijn qua kennis en achtergrond van de geïnterviewden, wat invloed heeft op het beredeneren van hun werkwijze.

Tijdens het afnemen van de interviews ontdekten onderzoekers dat enkele vragen door de geïnterviewden verschillend werden geïnterpreteerd en door de onderzoekers verschillend werden toegelicht. Dit betekent dat er op deze vragen zeer diverse antwoorden werden gegeven, wat het formuleren van conclusies extra moeilijk maakt.

Elk van de onderzoekers heeft de analyse van de interviews en de beschrijving van de resultaten van één behandelprogramma voor haar rekening genomen. Ondanks afspraken hierover, kan dit leiden tot verschillende interpretaties van de gegevens. Er is om deze reden wel voor gekozen om gezamenlijk de vergelijking van de verschillende behandelprogramma's en de conclusie te schrijven.

Inhoud

Tijdens de afname van de interviews werden twee vragen gesteld waarbij een tijdsaanduiding werd gevraagd. Geïnterviewden vonden dit een lastige vraag om een concreet antwoord op te geven. Er werden daarom antwoorden gegeven in uren, minuten en procenten. Ook werden er antwoorden gegeven als: ‘meer dan...’. Kortom, geen eenduidige en concrete antwoorden, wat het niet mogelijk maakt om hieruit een conclusie te trekken. Dit trekt de resultaten van deze vraag in twijfel.

De onderzoekers mochten er bij de start van dit onderzoek vanuit gaan dat alle begeleiders binnen Juliana-Oord een scholing hebben gevolgd met betrekking tot het supportieve model. Echter tijdens het afnemen van de interviews, kwamen zij erachter dat een deel van de geïnterviewden deze scholing niet heeft gevolgd. Dit betekende niet dat zij niet konden meewerken aan het onderzoek, maar het is wel de vraag of dit van invloed is op de antwoorden die begeleiders gaven. Voor deze geïnterviewden geldt dat zij hun werkwijze niet kunnen beredeneren aan de hand van de theorie over het supportieve model.

Referenties

Boeken/publicaties

Besten, C. & Vulpen, A. van (2009). *Begeleid ontdekkend leren*. 1^e druk. Barenveld: Nelissen

Gouw, C., e.a., (2006). *Onderzoeksverslag. Methodische begeleiding voor NAH-patiënten*. Laren: Juliana-Oord.

Hulshof, M. (2007). *Leren interviewen. Een HBO-methode voor het mondeling verzamelen van informatie*. 5^e druk. Wolters-Noordhoff: Groningen/Houten.

Infobrochure voor studenten, Academiejaar 2009-2010, de afdeling Forensische Zorg 2 van het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum.

Janzing, C., Berg, A. van den & Kruisdijk, F. (2000). *Handboek voor milieutherapie, theorie en praktijk van de klinische psychotherapie – Deel 1*. Assen: Koninklijke van Gorcum BV.

Janzing, C., Berg, A. van den & Kruisdijk, F. (2003). *Handboek voor milieutherapie, theorie en praktijk van de klinische psychotherapie – Deel 2*. Assen: Koninklijk van Gorcum BV.

Janzing, C. (2009). *Samenhangend behandelen in de GGZ*. Assen: Koninklijke van Gorcum BV.

Janzing, C. & Kerstens, J. (2005). *Werken in een therapeutisch milieu*. 5^e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Janzing, C. & Lanssen, J. (1996). *Milieutherapie: het arrangement van de klinisch-therapeutische zetting*. 3^e druk. Assen: Van Gorcum.

Jong, A. de, Vanderbroele, H. (2008). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs*. 3^e druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Luckasson, R. e.a. (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of supports*. Washington: AAMR.

Moharram, M., Berg, C. van den & Venderbos, H. (2007). *Milieuplan Monumenten. Gezamenlijk Milieuplan Monument 1, 2 en 3, behandelprogramma Rehabilitatie Juliana-Oord*. Laren: Juliana-Oord.

Oosterhoorn, M. & Tolij, A. (2010). *Drie visies, één behandeling! Een effectief gebleken therapeutisch milieu voor een detoxbehandeling voor jongeren met comorbiditeit*. Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim.

Schaaf, I. van der, Veld, S. in 't, (2009). *Behandelprogramma Neuropsychiatrische stoornissen t.g.v. Niet Aangeboren Hersenletsel*. Juliana-Oord: Laren.

Schaaf, I. van der, Veld, S. in 't, (2009). *Behandelprogramma Detox*. Juliana-Oord: Laren.

Schaaf, I. van der, Veld, s. in 't, (2009). *Behandelprogramma Rehabilitatie*. Juliana-Oord: Laren.

Verhoeven, N. (2007). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. 2^e druk. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Wilken, J.P. (2007). *Zorg en ondersteuning in de samenleving*. Amsterdam/Utrecht: SWP/Kenniscentrum Sociale Innovatie Hogeschool Utrecht

Internet

Beroepsprofiel voor sociotherapeuten.

<http://www.sociotherapie.nl/soc10.htm>

Geraadpleegd: 28/03/2011.

Het verpleegkundig proces.

<http://mens-en-gezondheid.infonu.nl/diversen/45101-het-verpleegkundig-proces.html>

Geraadpleegd: 11/03/2011.

Juliana-Oord.

<http://www.ggzcentraal.nl/merken/juliana-oord/juliana-oord>

Geraadpleegd: 11/03/2011.

Kwaliteitscirkel van Deming.

[http://www.vumc.nl/afdelingen-](http://www.vumc.nl/afdelingen-themas/36558/138317/173493/1829288/Kwaliteitscirkel_van_Deming.pdf)

[themas/36558/138317/173493/1829288/Kwaliteitscirkel_van_Deming.pdf](http://www.vumc.nl/afdelingen-themas/36558/138317/173493/1829288/Kwaliteitscirkel_van_Deming.pdf)

Geraadpleegd: 11/03/2011.

Methodiek.

http://www.pompestichting.nl/index.php?Itemid=54&id=40&option=com_content&task=view

Geraadpleegd: 23/02/2011.

Therapievormen.

<http://www.hulpgids.nl/index.php?mid=14>

Geraadpleegd: 23/02/2011.

Bijlage I

Afdelingen Detox, Neuropsychiatrie en Rehabilitatie binnen Juliana-Oord

Juliana-Oord

Op de website van Juliana-Oord (<http://www.ggzcentraal.nl/merken/juliana-oord/juliana-oord>) is het volgende te vinden over deze instelling.

Juliana-Oord in Laren is een centrum van GGZ Centraal (tot voor kort Symfora-groep) voor neuropsychiatrie, dat onderzoek en advies, diagnostiek en behandeling biedt aan patiënten van achttien jaar en ouder bij wie er (vermoedelijk) sprake is van niet aangeboren hersenletsel vaak in combinatie met gedragsstoornissen en gedragsveranderingen, een gebrek aan ziektebesef en ziekte-inzicht, verslavingsproblematiek, persoonlijkheidsstoornissen en angst- en stemmingsklachten. Vaak gaan deze klachten gepaard met lichamelijke problemen.

Drie verschillende afdelingen/ behandelprogramma's binnen Juliana-Oord

Detox

Personen met een actuele alcohol- of medicatieafhankelijkheid worden in eerste instantie aan het behandelprogramma verslaving toegewezen, gericht op het veilig en begeleid ontgiften van alcohol of andere middelen.

Deze behandeling duurt twee tot vier weken en vindt plaats onder directe begeleiding van een verslavingsarts. Het eerste deel van de behandeling richt zich op het lichamelijk ontgiften. Daarna biedt Juliana - Oord een behandel aanbod dat zich o.a. richt op motivatie voor langer durende behandeling voor verslaving.

Het behandelprogramma is gericht op doe-, denk- en ontspanningsactiviteiten. Aan het eind van het behandelprogramma vindt een evaluatie plaats en kan de behandeling eindigen of (poli-) klinisch voortgezet worden.

Neuropsychiatrie

Het behandelprogramma Neuropsychiatrische Stoornissen heeft betrekking op het diagnosticeren van het cognitief functioneren.

Daarnaast is er aandacht voor onder andere:

- het leren omgaan met verslaving
- het opbouwen van een zinvolle dagbesteding
- inzicht krijgen in eigen mogelijkheden en beperkingen
- acceptatie en verwerking van beperkingen

- leren omgaan met hulpmiddelen
- het vergroten van het sociaal netwerk
- de financiën en woonsituatie
- het herstellen van het sociale systeem

Gedurende de eerste tien weken wordt er een individueel behandelplan opgesteld. De verschillende disciplines werken nauw samen om de aard en ernst van de cognitieve klachten in kaart te brengen. Aan het eind van het behandelprogramma neuropsychiatrie worden de bevindingen besproken met de patiënt en diens familie en/of naaste omgeving en verwijzer en volgt een behandeladvies.

Het behandeladvies kan leiden tot een vervolgbehandeling binnen Juliana-Oord of overplaatsing naar een specifieke woonvorm. Ook is het mogelijk dat de behandeling in de thuissituatie met de verwijzer of Juliana-Oord tot uitvoer worden gebracht.

Het vervolgprogramma binnen Juliana-Oord is het rehabilitatieprogramma.

Rehabilitatie

Bij het behandelprogramma rehabilitatie is de behandeling van de patiënt gericht op de overgang van de klinische opname naar de toekomstige, zo zelfstandig mogelijke woonvorm.

Het streven is de patiënt zo weinig mogelijk afhankelijk van zorg te laten zijn en de kwaliteit van leven zo hoog mogelijk te maken. Algemene hulpvragen binnen het behandelprogramma rehabilitatie hebben betrekking op:

- het op peil houden van sociale vaardigheden
- het gebruik van externe hulpmiddelen, zoals agendagebruik
- het ontwikkelen van een zinvolle dagbesteding
- trainen van woonvaardigheden, zoals koken en de uitvoering van huishoudelijke taken

Daarnaast is er ook aandacht voor het leren omgaan met verslaving en omgaan met eigen mogelijkheden en beperkingen.

Dit traject duurt tot maximaal drie maanden, waarna er opnieuw advies wordt uitgebracht over een passende vervolgbehandeling.

Bijlage II

Literatuuronderzoek supportieve model

Het supportieve model

Inleidend

Er zijn globaal genomen drie verschillende vormen van therapeutische milieus te noemen: supportief, reconstructief en sociaal therapeutisch. In dit onderzoek staat het supportieve milieu centraal. In dit milieu wordt gewerkt vanuit het supportieve model. Een model dat binnen het werkveld van de geestelijke gezondheidszorg in het werken met patiënten het meeste voor komt.

Er worden verschillende omschrijvingen gegeven van de term supportief model. Janzing en Kerstens (2005) noemen een supportieve behandeling een ondersteunende en ‘dragende’ behandeling. Een andere omschrijving is bijvoorbeeld die van de Pompestichting: binnen het supportieve model vindt de behandeling plaats in een therapeutisch milieu waarin de patiënt zich veilig voelt en hij zijn mogelijkheden kan verkennen en zijn grenzen leert accepteren

(http://www.pompestichting.nl/index.php?Itemid=54&id=40&option=com_content&task=view).

Of: het supportieve model is gericht op bijvoorbeeld het ontwikkelen van sociale vaardigheden, het leren leggen en onderhouden van sociale contacten, het maken van dagstructuur, vinden van hobby's, etc. (<http://www.hulpkids.nl/index.php?mid=14>).

Uit een onderzoek binnen Juliana-Oord is gebleken dat het supportieve milieu het beste aansluit bij de behoefte van haar patiënt. Zij hanteren binnen dit milieu/model de belangrijke kenmerken zoals ook Janzing en Kerstens (2005) deze omschrijven. Zij geven aan dat het supportieve model een zeer breed scala aan technieken omvat. Gemeenschappelijk is dat leren, oefenen en trainen centraal staan.

Kenmerken van het supportieve model

Er werd genoemd dat het supportieve model een zeer breed scala aan technieken bevat. Deze technieken bewegen zich tussen twee polen, namelijk ik-opbouw en ik-versterking (Janzing & Kerstens, 2005):

1. Ik-opbouw: technieken die een patiënt helpen zelfstandig te worden en met volledig herstellende uitvoerende en adaptieve ik-functies door het leven te gaan.

2. Ik-versterking: technieken die patiënten helpen te leren leven met hun onveranderbare beperkingen, hun psychische invaliditeit.

Volgens Janzing en Kerstens (2005) zijn binnen de groep van technieken die gericht zijn op ik-versterking, twee subgroepen te onderscheiden:

1. Beperkte ik-opbouw: technieken die gericht zijn op het versterken van de gezonde, krachtige delen van het uitvoerend en adaptief systeem en bedoeld zijn als tegenwicht tegen de zwakke, kwetsbare, defecte onderdelen (beperkte ik-opbouw).
2. Ik-behoud: technieken die gericht zijn op het tegengaan, afremmen of het begeleiden van verder uitval van het uitvoerend en adaptief systeem.

Het supportieve behandelmodel heeft twee belangrijkste kenmerken: het is individugericht en antiregressief (Janzing & Kerstens, 2005).

Individugericht

Waarom is het supportief model individugericht? Dit heeft te maken met het gegeven dat patiënten onder elkaar verschillend zijn en elke patiënt zijn eigen individuele antwoord gevonden heeft op de zwakheden binnen zijn uitvoerend en adaptief systeem. Dit zou betekenen dat er sprake is van een behandeling op maat. Dit houdt in dat precies wordt geboden wat de patiënt aan leren, ondersteuning en verzorging nodig heeft. In de meeste gevallen lijkt het milieu dan ook wel op een school voor individueel onderwijs. Binnen zo'n school doorloopt de leerling een aantal stadia. Dit is eigenlijk ook wat er binnen het supportieve milieu gebeurt. Ook daar wordt aangesloten bij het niveau van de individuele patiënt. Volgens een stappenplan doorloopt de patiënt een aantal stadia van de behandeling. Bij de ene patiënt kan dit uitmonden in vormen van langdurige begeleiding of verzorging, bij een andere patiënt in ontslag, gevolgd door zelfstandig verder leven al of niet binnen een vorm van beschermd wonen.

Het lijkt er nu op dat het supportieve model niet toepasbaar is het werken in groepen. Dit is echter niet waar. Het verschil met andere modellen is, dat binnen het supportieve model de groep niet centraal staat. Het werken met een groep wordt benut ten dienste van het individu. Binnen het supportieve model heeft de groep een functie in het kader van het uitvoeren van het individuele behandelplan. De groep wordt benut als ondersteunend element voor het individu. Dit wil niet zeggen dat binnen een supportief milieu het individuele groepslid niet aangesproken kan worden op zijn aandeel in de groepsprocessen. Dit moet echter in overeenstemming gebeuren met zijn individuele behandelingsplan. Er zal rekening gehouden moeten worden met de sterke en zwakke kanten van de patiënt (Janzing & Kerstens, 2005).

Antiregressief

Het tweede kenmerk van het model is dat het antiregressief is. Regressie betekent teruggaan naar een vroeger stadium van ontwikkeling. Binnen een supportief milieu wordt ernaar gestreefd dat patiënten die dikwijls in min of meer ernstige vormen van regressie worden opgenomen, daaruit te helpen komen. Dit gebeurt door middel van specifieke begeleiding en behandelingen. In het algemeen wordt dat binnen supportieve behandelmilieus gerealiseerd in de vorm van een aantal behandelfasen.

Aanvankelijk is er sprake van intensieve zorg, waarbij er individuele hand-in-handbegeleiding wordt geboden. Later leeft de patiënt samen met anderen binnen een leefgroep en voert hij een gepast individueel behandelplan uit. Ten slotte wordt gewerkt naar ontslag bij voldoende herstel en/of evenwicht van het uitvoerend en adaptief systeem.

Een supportief milieu wordt gekenmerkt door een goede onderlinge integratie van al deze technieken. Er moet een goede onderlinge afstemming zijn van ieders manier van werken. Ook moet een goed afdelingsbehandelplan doorklinken in de individuele behandelplannen. De behandelplannen moeten weer worden vertaald in actieplannen voor de afzonderlijke teamleden (Janzing & Kerstens, 2005).

Holding

Een ander belangrijk begrip binnen het supportieve milieu is 'holding'. Holding is een begrip van Winnicott (1971). Hij was een kinderpsychiater en hielp kinderen die zich niet konden hechten in pleeggezinnen en in een hostel een 'holding environment' bood. Dit houdt het volgende in:

- Structuur bieden
- Containment: datgene doen wat goed is voor hun welzijn
- Involvement: betrokkenheid van de hulpverlener en overeenstemming tussen de teamleden
- Steun
- Validation: verschil blijven zien tussen de verschillende patiënten (Oosterhoorn & Tolij, 2010)

Het doel van holding environment is de patiënten een milieu aanbieden die anders is dan het milieu waar ze uit komen. Een duidelijk structuur van de dag, een goed voorbeeld hoe je kunt omgaan met je emoties en veiligheid bieden. De grenzen op de afdeling worden duidelijk gesteld, op deze manier zal er een veilige basis ontstaan. Het is belangrijk om binnen het supportieve milieu ik-opbouwend bezig te zijn. De patiënt krijgt de kans om te groeien, het milieu moet ontwikkeling mogelijk maken. De patiënten beginnen allen met een hoog zorgniveau, een intensieve zorg met hand in hand begeleiding, zoals dit ook plaats vindt binnen Juliana-Oord (Oosterhoorn & Tolij, 2010).

Het supportieve model in de praktijk

Doelgroep

In Juliana-Oord verblijven patiënten met niet aangeboren hersenletsel (NAH). Bij deze patiënten is veelal sprake van een stoornis in de executieve (uitvoerende) functies. Het executief systeem van het ego, het uitvoerende deel, zit tussen defensief (= binnengrens, wat wil ik?) en de adaptief (= buitengrens, wat willen de anderen?) in. Het executieve systeem is gericht op beide en zorgt voor evenwicht tussen eigen behoefte en het sociaal acceptabele. Dit systeem heeft 6 functies:

1. Gender identiteit: basale gevoel van man- of vrouw-zijn.
2. Psychomotoriek: gevoelens in mimiek, gebaren, lichaamshouding, aanleg en ontwikkeling van de lichamelijke gesteldheid.
3. Cognitie: informatie verwerken en uitwisselen.
4. Emotionele gevoeligheid: vermogen om zelf te voelen en bewust zijn van gevoelens van anderen, empathisch reageren.
5. Realiteitstoetsing: weten wat fantasie en wat realiteit is.
6. Objectrelaties: kunnen aangaan en onderhouden van intermenselijk contact, zonder zichzelf te verliezen (Gouw, 2006).

Stoornissen in het uitvoerende (= executieve) systeem leiden tot stoornissen binnen het adaptieve systeem. Met name de functies 3 tot en met 6, zoals hierboven beschreven, kunnen problemen geven bij NAH patiënten.

Literatuur benadrukt dat een supportief milieu het beste aansluit bij NAH patiënten (Gouw, 2006). Het model is dus voornamelijk bedoeld voor mensen die ernstige problemen hebben met:

- Realiteitstoetsing
- Emotionele gevoeligheid
- Aangaan en hanteren van contacten
- Cognitieve capaciteit (Gouw, 2006)

Toepassing van het supportieve model

In een milieuplan van Juliana-Oord zijn de punten beschreven die zij hanteren bij het toepassen van het supportieve model (Moharram, van den Berg & Venderbos, 2007):

1. *Leren, oefenen en trainen staan centraal zodat:*
 - de patiënt zo zelfstandig als mogelijk kan worden (ik-opbouw)
 - de patiënt leert leven met beperkingen en wordt ondersteund in het opbouwen van nieuw gedrag en vaardigheden (ik-versterkend)
2. *Het is individueel gericht*

- geboden wordt wat de patiënt kan leren, en welke ondersteuning en verzorging nodig is, met andere woorden: zorg op maat
- het accent ligt op de verantwoordelijkheid die de individuele patiënt heeft met betrekking op processen in de groep
- er wordt recht gedaan aan zelfsturing, maar de patiënt wordt zo mogelijk ook gewezen op eigen verantwoordelijkheid

3. *Het is antiregressief*

Intensieve zorg wordt geboden zolang het nodig is om te groeien naar het oppakken van de eigen verantwoordelijkheid, zelfstandigheid en autonomie, maar ook om ontregeling en terugval te voorkomen.

4. *Het richt zich op het hier en nu*

- het gedrag en de vaardigheden worden in de dagelijkse praktijk geleerd, getraind en geoefend
- er is aandacht voor een heldere, eenduidige structuur, veiligheid, hygiëne, voeding en dag- en nacht ritme.

5. *Er is sprake van gelijkwaardigheid tussen patiënt en begeleider*

- Dit komt tot uiting in een motiverende, stimulerende, structurerende en sturende benadering naar patiënten.
- De patiënt is een volwaardige gesprekspartner en wordt benaderd met respect en op deskundige wijze.
- De begeleiders bepalen in de benadering en in wisselwerking met de patiënt het juiste midden tussen steun versus ontregeling en veilig versus onveilig.
- De benadering van de begeleider is bepalend voor de therapeutische effectiviteit van het behandelmilieu.
- Er is sprake van vrije communicatie over o.a. zaken die het afdelingsmilieu betreffen.

Centraal moet staan, in het supportieve milieu, dat het milieu therapeutisch is voor de stoornissen in het executieve systeem. Vragen hierbij zijn (Janzing & Lanssen, 1996):

- Worden er voldoende prikkels toegediend, die stimulerend werken op de groei, of zijn er te weinig of juist teveel?
- Worden er voldoende en adequaat gedoseerde situaties ter oplossing geboden? Krijgt de patiënt als het ware de juiste hoeveelheid en kwaliteit aan vraagstukken te verwerken? Wordt hem op het juiste niveau de juiste hoeveelheid informatie aangeboden over:
 - zichzelf

- de wereld om zich heen?
- Is het milieu om de patiënt heen helder en eenduidig, ook in de sociale structuur van de afdeling? Liggen de aangeboden therapievormen op één lijn, zodat niet tegelijkertijd ontregelende en goed regulerende therapievormen worden aangeboden?
- Is de leersituatie beschermend genoeg? Is er een goede ondersteunende, stimulerende staf?
- Helpt het programma voldoende om de patiënt te leren handelen in duidelijk gedefinieerde rollen?

Begeleidingsmethodieken

Juliana-Oord werkt in haar begeleidingsproces vanuit de kwaliteitscirkel van Deming, de PDCA-cyclus. Daarnaast heeft zij een aantal begeleidingsmethodieken die weer te scharen zijn onder het supportieve model. Het gaat om het 4K-model, foutloos leren en de empathisch-directieve benadering.

De kwaliteitscirkel van Deming

De kwaliteitscirkel van Deming is een creatief hulpmiddel voor kwaliteitsmanagement en het oplossen van problemen, ontwikkeld door William Edwards Deming.

De cirkel beschrijft vier activiteiten die op alle verbeteringen in organisaties van toepassing zijn. De vier activiteiten zorgen voor een betere kwaliteit.

De vier activiteiten binnen het procesmatig denken zijn:

- PLAN: Kijk naar de huidige werkzaamheden en stel een plan voor de verbetering van deze werkzaamheden op. Stel voor deze verbetering doelstellingen vast.
- DO: Voer de geplande verbetering uit in een gecontroleerde proefopstelling.
- CHECK: Evalueren, reflecteren en bijsturen: analyseren of de doelen gehaald zijn en of er daadwerkelijk een kwaliteitsverbetering is opgetreden en bepalen hoe het nog beter kan.
- ACT: Bijsturen aan de hand van de gevonden resultaten bij CHECK
(http://www.vumc.nl/afdelingen-themas/36558/138317/173493/1829288/Kwaliteitscirkel_van_Deming.pdf).

Deze cyclus wordt ook geïntegreerd in het begeleidingsproces binnen Juliana-Oord. Hieruit volgen de volgende vier activiteiten (www.mens-en-gezondheid.nl):

- 1. Verzamelen van gegevens
Het vaststellen van de verpleegkundige diagnose: wat is er aan de hand (wat geeft de patiënt aan oftewel wat neem ik zintuiglijk waar bij de patiënt?) en hoe komt dat?
Het verzamelen van de benodigde gegevens wordt binnen Juliana-Oord gedaan door nieuw opgenomen patiënten eerst een totaalpakket met daarin maximale zorg aan te bieden. Naar

aanleiding van observaties wordt de zorg vervolgens aangepast op de patiënt. Zodat uiteindelijk zorg op maat geleverd kan worden.

- 2. Analyse

Het vaststellen van verpleegkundig beoogde resultaten: waar willen we naartoe en wat kunnen we bereiken?

- 3. Kwaliteitscontrole van gegevens en analyse

Het bepalen en uitvoeren van verpleegkundige interventies: wat moeten we doen om dat resultaat zo effectief en zo snel mogelijk te bereiken?

- 4. Keuze

Het vaststellen van verpleegkundige resultaten: wat hebben we tot nu toe behaald? Wat moeten we bijstellen?

Het 4K-model

Het 4K-model lijkt op een directieve benadering en is uitermate geschikt voor de benadering van de Korsakov patiënt. Waar instructie onvermijdelijk is, moet deze zoveel mogelijk aangepast worden aan de beperkingen en mogelijkheden van de patiënt, vanuit een respectvolle basis. Het 4K-model is erop gericht de ontstane defecten van de patiënt zo goed mogelijk op te vangen, zodat hij zo goed mogelijk kan blijven functioneren.

De K's staan voor: kort, concreet, consequent en continu:

- Kort: Maak gebruik van korte zinnen in verband met de korte spanningsboog van de patiënt. Stel duidelijke, niet dubbelzinnige vragen die bij voorkeur met ja of nee te beantwoorden zijn.
- Koncreet: Door situaties concreet te maken, kan de patiënt deze situatie voor zich zien. Bijvoorbeeld bij het doorspreken van een kooktraining ook in de keuken te staan. Belangrijk is de instructie te geven op de juiste plaats, met het juiste materiaal.
- Konsequent: Door een consequente en identieke benadering door verschillende begeleiders in vergelijkbare situaties, geeft de begeleider de patiënt zekerheid in wat van hem verwacht wordt. Dit houdt in dat de begeleider veel zal herhalen in woord en gebaar en voortdurend zal controleren of de patiënt het begrepen heeft.
- Kontinuiteit: Door herhaling kunnen zaken inslijten en ontstaat een vorm van regelmaat en structuur wat veiligheid biedt aan de patiënt. Voorbeelden van continuïteit zijn o.a.: een horizontaal weekprogramma aanbieden, een vast aanspreekpunt op de afdeling, elke dag dezelfde rituelen bij het opstaan, etc. (Moharram e.a., 2007).

Dit 4K-model kan aangevuld worden met een 5^e K van creativiteit. Hierbij maakt men gebruik van leer- en oefensituaties zoals deze zich op dat moment voordoen. Elke situatie moet flexibel en met mogelijkheden tegemoet getreden worden (Moharram e.a., 2007).

Foutloos leren

Bij foutloos leren ligt de nadruk op het zonder fouten aanleren van de juiste handelingen. Dit sluit goed aan bij het 4K-model. Een NAH patiënt heeft niet de vaardigheid om van fouten te leren omdat de geheugenproblemen het onmogelijk maken te onderscheiden welke herinnering nu de juiste is. De eerste ervaring in een situatie blijft ‘hangen’, dus als het toen fout is gegaan zal de patiënt die foute handeling blijven herhalen.

Bijvoorbeeld als de patiënt de naam niet meer weet van een persoon en deze dan maar gokt, is de kans groot dat de patiënt de desbetreffende met die gegokte naam aan blijft spreken.

Een NAH-patiënt heeft een grote faalangst door eerdere missers vanuit de geheugenstoornis, en zal na een teleurstellende ervaring het niet snel een 2^e keer proberen. Daarom is het van belang dat de begeleiders oefensituaties zo organiseren dat de patiënt geen fouten of vergissingen kan maken. Laat de patiënt dus nooit gissen of raden naar oplossingen. Het is beter om direct het verband te tonen.

Bij foutloos leren worden de vaardigheden geleerd in situaties die zoveel mogelijk lijken op de situaties waarin deze vaardigheden later gebruikt moeten worden.

Vaardigheden op het gebied van koken worden geleerd tijdens de bereiding van een maaltijd en niet aan een bureau doorgesproken. Ingewikkelde taken of opdrachten worden verdeeld in kleine hanteerbare stappen. De volgende stap wordt pas aangeleerd als de patiënt de voorgaande stappen goed onthouden heeft. Ook andersom is goed mogelijk, dus alle stappen laten zien en de laatste stap laten uitvoeren door de patiënt. Denk hierbij niet alleen aan het aanleren van bijvoorbeeld een nieuwe corveetaak, maar ook het aanleren van het zelf beheren van medicatie.

Het principe van ‘Vanishing Cues’ wordt hierbij toegepast: de aanwijzingen worden steeds minder en uiteindelijk afgebouwd zodat de patiënt zelfstandig nieuwe handelingen foutloos kan uitvoeren (Moharram e.a., 2007).

Empatisch-directieve benadering

Bij een empatisch-directieve benaderingswijze sturen en structureren de begeleiders de patiënt. Dit wordt niet gedaan op basis van dwang of betutteling maar door aan te sluiten bij de belangstelling en/of de behoeften van de patiënt met als doel dat deze benadering door de patiënt als een

ondersteuning of handreiking wordt ervaren, gericht op de verschillende zorgvragen van de patiënt. Deze vorm van ondersteuning kan zich richten op het aanbrengen van structuur, controle, het beschikbaar zijn als extra geheugen of geweten, etc. (Moharram e.a., 2007).

Conclusie

In dit hoofdstuk is inhoudelijk ingegaan op het supportieve model. Twee belangrijkste kenmerken van het model zijn: het is individu-gericht en antiregressief.

In de praktijk blijkt dat het model met name aansluit bij NAH patiënten. Zij hebben voornamelijk stoornissen op het gebied van:

- Realiteitstoetsing
- Emotionele gevoeligheid
- Aangaan en hanteren van contacten
- Cognitieve capaciteit

Bij het toepassen van het model in de praktijk, moeten de volgende punten worden nagestreefd:

1. Leren, oefenen en trainen staan centraal
2. Het is individueel gericht
3. Het is antiregressief
4. Het richt zich op het hier en nu
5. Er is sprake van gelijkwaardigheid tussen patiënt en begeleider

Begeleidingsmethodieken die Juliana-Oord onder het model schaaft, zijn: het 4K-model, foutloos leren en een empathisch-directieve benadering.

Bijlage III

Literatuuronderzoek rol begeleider binnen het supportieve model

Inleidend

In deze deelvraag wordt de rol van de begeleider binnen het supportieve leefmilieu beschreven. Er is voor gekozen om eerst literatuurstudie te doen naar de rol van deze begeleiders in zijn algemeenheid binnen het supportieve model. Dit is beschreven in paragraaf 1-3 ‘De rol van de begeleiders binnen het supportieve model’. Vervolgens wordt dit nog toegespitst op Juliana-Oord, door te beschrijven hoe Juliana-Oord de rol van de begeleider ziet binnen het supportieve leefmilieu op de afdelingen. Dit is beschreven in paragraaf 4 ‘De rol van de begeleiders in het supportieve model binnen Juliana-Oord’. Tot slot is er een samenvatting gegeven in paragraaf 5-6.

Het supportieve model gaat uit van een normaal burgerschap voor elk individu, ook als deze persoon beperkingen heeft. Dit model streeft naar zoveel mogelijk regie van een persoon over zijn eigen leven. Wat iemand zelf kan, doet hij ook zelf. Wat deze persoon niet zelf kan, wordt bij voorkeur aangevuld door mensen uit zijn eigen netwerk. Echter pas in de laatste plaats komen er professionals aan te pas.

Letterlijk betekent het woord support: ondersteuning. Dit betekent dat de hulpverlening erop gericht dient te zijn de persoon te ondersteunen om zo volledig mogelijk als burger in de samenleving te functioneren. Ondersteuners zijn er op uit de ontwikkeling, educatie, belangen en het persoonlijke welbevinden van een persoon te bevorderen en zoeken steeds naar bronnen en strategieën om dat mogelijk te maken (Luckasson/AAMR, 2002).

Begeleiding

Startpunt begeleiding

Een behandelovereenkomst vormt het vertrekpunt voor alle teamleden. Voor ieder die van het behandelteam deel uitmaakt is op die manier duidelijk wat er in het kader van de opgestelde en overeengekomen behandelplan moet gebeuren. Dit behandelplan is uitgewerkt in overzichtelijke, discipline gebonden uitvoeringsplannen (verpleegplan, activiteitenplan, medicatieplan, enz.) Het effect van dit behandelplan is goed vast te stellen en te onderzoeken op basis van de heldere formulering van de doelstelling(en) en het meten van waarneembare resultaten (Janzing/Kerstens, 2005). Een behandelplan staat of valt met de wijze waarop deze consequent en consistent wordt uitgevoerd. De hoofdbehandelaar kijkt over de schouders van de verschillende teamleden mee om te zien hoe de behandeling verloopt (Janzing, 2009).

Kernactiviteit begeleiding

De kernactiviteit van de begeleider binnen het supportieve model is een zondanig klimaat op de afdeling te creëren dat patiënten in staat gesteld worden tot probleemherkenning te komen en uitgedaagd worden om binnen de eigen mogelijkheden te zoeken naar een oplossing van deze problemen. Binnen het supportieve leefmilieu vinden voortdurend interacties plaats tussen patiënten onderling en tussen patiënten en begeleiders (Janzing, van den Berg & Kruisdijk, 2003). De begeleider is dus een leermeester die betrokken wordt bij het trainen van bepaalde vaardigheden (Janzing e.a., 2005).

Het creëren van een samenlevingsstijl met respect voor de verscheidenheid aan patiënten, vraagt een dagelijkse inzet van de begeleiders omdat zij zich zeer nabij in het leefmilieu van de patiënten bevinden. Daarom is de houding en stijl van de begeleiders tijdens hun werk, van cruciaal belang. Want van patiënten kan niet worden gevraagd wat begeleiders zelf niet uitstralen en uitdragen. De begeleiders bewaken het afdelingsklimaat waarbij vooral antiregressief en ik-versterkend wordt gewerkt (Janzing e.a., 2003).

Taken begeleiders

Kenmerken supportief leefmilieu

Een supportief leefmilieu, waarin begeleiders werkzaam zijn voldoet aan een aantal kenmerken (Janzing, van den Berg & Kruisdijk, 2002). Vervolgens wordt bij een aantal punten kort toegelicht wat de taak van de begeleider m.b.t. dit kenmerk is. De punten zijn gerangschikt onder de kopjes individugericht en antiregressief, zoals dat in deelvraag 1 besproken is.

Individugericht

De regels, het gebouw, het behandelprogramma en de houding van de staf geven bescherming en ondersteuning aan de patiënt. Door patiënten een rondleiding te geven op de afdeling, weten zij bijv. hoe de afdeling in elkaar zit. Daarnaast zijn er overal voldoende tijd- en plaatsaanduidingen om oriëntatie in tijd en ruimte zo veel mogelijk te bevorderen. Wat betreft de houding, begeleiders verduidelijken veel in de interactie met patiënten door woorden te geven aan het gedrag van de patiënten

Begeleiding moet voortdurend beschikbaar kunnen en willen zijn en hierbij een evenwicht zien te vinden tussen afstand-nabijheid. Het is dus van belang dat de stap richting de begeleiding laagdrempelig is, door bijv. veel aanwezig te zijn op de groep. Zo is de aanwezigheid van de begeleider op zich al een belangrijk steunend element. In feite betekent de aanwezigheid een

ankerpunt voor veel patiënten, dit heeft met een belangrijke kwaliteit van het steunend interveniëren te maken. Deze kwaliteit heeft te maken met het gegeven dat bepaalde handicaps van patiënten door de behandelomgeving c.q. de begeleider worden overgenomen. Dit overnemen moet niet opgevat worden alsof de begeleider voortdurend bezig is datgene te doen wat de patiënten laten liggen. Het gaat erom dat de onveiligheid, de structuurloosheid, de angst en de beperkte informatieverwerkingscapaciteit die patiënten bij zichzelf ervaren, op een of andere wijze gecompenseerd worden door de begeleider. Deze straalt uit dat hij klaarstaat om, als dat nodig is, steun te bieden (Jansen e.a., 2005).

De grens tussen staf en patiënt is helder. Functionele en persoonlijke belangen van de begeleiders en patiënten lopen niet door elkaar. Begeleiders moeten zicht bewust zijn van gevoelens van tegenoverdracht die deze patiënten kunnen veroorzaken. Begeleiders moeten deze gevoelens ook bespreekbaar maken met deze patiënt en/of het team.

In deelvraag 1 wordt het volgende gezegd over het functioneren van een groep binnen het supportieve leefmilieu: *Binnen het supportieve model staat de groep niet centraal. Het werken met een groep wordt benut ten dienste van het individu. Binnen het supportieve model heeft de groep een functie in het kader van het uitvoeren van het individuele behandelplan. De groep wordt benut als ondersteunend element voor het individu.* In de literatuur worden de volgende aspecten weergegeven met betrekking tot het begeleiden van een leefgroep en het omgaan met patiënten vanuit die houding. De volgende aspecten kunnen onderscheiden worden:

- het hanteren van grenzen van ruimte en tijd;
- het in stand houden van een therapeutisch zinvol klimaat;
- het voeling houden met de groep en met de groepsleden afzonderlijk;
- het openhouden van communicatiekanalen;
- weten wanneer er wel en wanneer er niet helpend ingesprongen moet worden (Janzing e.a., 2005).

Antiregressief

Het leefmilieu is zodanig ingericht en gestructureerd dat er sprake is van een therapeutische interactie passend bij de doelgroep van de kliniek. Dat wil zeggen dat de begeleider zorgt voor prikkelreductie binnen dit leefmilieu. Daarnaast wordt er binnen dit leefmilieu rekening gehouden met de mogelijkheden van de patiënt. Begeleiding is bereid om de patiënt te ondersteunen in dagdagelijkse activiteiten (Informatiebrochure Forensische Zorg 2 van het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum, 2009).

Het handelen van de begeleiders heeft een grote mate van voorspelbaarheid om zo houvast te bieden aan de patiënt. Ook is er binnen de instelling een voorspelbare structuur aanwezig, doordat er gewerkt wordt met therapie- en weekprogramma's. De procedures waarlangs overtredingen van patiënten worden behandeld en de bijbehorende 'straffen' liggen vast.

Doorzichtigheid d.m.v. openheid, informatie en uitleg vanuit de begeleiders verhoogt de betrouwbaarheid en duidelijkheid. Van groot belang is om als begeleiders veranderingen in de organisatie aan de patiënten uit te leggen. Wees als begeleider duidelijk en concreet in alles wat er gezegd of gedaan wordt.

Betrouwbaar zijn is van belang om te kunnen luisteren naar de basisbehoeften van de patiënt en dus niet altijd zomaar op basis van regels handelen. Hierin is de hand-in-handbegeleiding erg belangrijk, door veel samen met de patiënt te doen vergroot de begeleider zijn betrouwbaarheid.

Competenties begeleiders

Benodigde competenties begeleiders

Om dit supportieve leefmilieu in stand te houden, moeten begeleiders op een effectieve manier hun werk uitvoeren. Een effectieve begeleider moet daarom voldoen aan een vijftal competenties m.b.t. zijn/haar handelen. Het handelen is onderverdeeld in: patiëntgericht, doelgericht, ontwikkelingsgericht, netwerkgericht en samenwerkingsgericht. Hieronder volgt een beschrijving wat deze vijf competenties inhouden.

Patiëntgericht handelen

De begeleider zoekt naar de vraag van de patiënt en neemt deze als vertrekpunt voor het handelen (den Besten & van Vulpen, 2009).

Door allereerst bij het opstellen van een behandelplan gebruik te maken van een Socratisch dialoog. Dit is een manier van bespreken waarbij patiënt en behandelaar/begeleider samen uitzoeken wat er aan de hand is en wat eraan gedaan kan worden. Hierbij is respect voor de patiënt van het grootste belang (Janzing, 2009). Het afstemmen van de communicatie doet de begeleider door aandachtig naar de patiënt te luisteren en te letten op zijn/haar gedrag. Check hierin regelmatig of patiënt en begeleider elkaar begrijpen.

Er hangt veel af van de houding van een begeleider en de manier waarop deze de ondersteuning van de patiënt aanpakt. Of een patiënt ook werkelijk tot ontwikkeling komt hangt van de patiënt af, maar de begeleider heeft hierin ook wel degelijk een cruciale rol. Er is een aantal karakteristieken van

begeleiders te noemen die ertoe leiden dat patiënten te veel of te weinig ruimte krijgen. Hieronder volgt een viertal karakteristieken:

1. Autoritair optreden, dit heeft veelal te maken met angst voor verlies van controle bij de begeleider. Dit gedrag roept veelal hevig verzet, agressie en ook angst op bij de patiënt. Begeleider en patiënt beïnvloeden elkaar dus. Zo blijkt dikwijls dat agressie en/of angst bij de patiënt tot nog meer autoritair optreden van de begeleider leidt. De kern van autoritair optreden is dat men de eigen angst onder controle probeert te houden door bijv. eenzijdig grenzen te trekken.
2. Submissief optreden, hier is de begeleider onderdanig. Hij durft geen stelling te nemen en komt niet op voor zichzelf. In deze situatie krijgt de patiënt te veel ruimte. Meestal weten de patiënten niet waar ze aan toe zijn.
3. Te dichtbij zijn, een begeleider kan verdrinken in de gevoelens van de patiënt. Het op een verkeerde wijze empathisch zijn, is veelal de oorzaak. Bij te dichtbij zijn is de grens tussen begeleider en patiënt niet duidelijk. Dit kan verwarring oproepen bij patiënten.
4. Te afstandelijk zijn, een begeleider kan een gevoelloze en kille houding aannemen. Bij hem ontbreekt dan de ruimte voor het uitwisselen van gevoelens. Een dergelijke houding kan tot depressieve reacties leiden bij patiënten (Janzing e.a., 2005).

Doelgericht handelen

De begeleider zet de vraag van de patiënt om in doelstellingen en richt zich op het realiseren hiervan (den Besten & van Vulpen, 2009).

Hierbij is het voor de begeleiders een kunst om een leersituatie te laten ontstaan waarin de patiënt aan een haalbaar doel kan werken. Van belang is dat de patiënt kan overzien welke stappen hij doorloopt om tot een bepaald resultaat te komen (Janzing, 2009). Tegelijk is het belangrijk dat de patiënt voldoende ontdekruimte ervaart. Want wanneer de begeleider te veel kaders aanbrengt, zorgt deze ervoor dat de aangeleerde afhankelijkheid van de patiënt in stand blijft of juist groter wordt. Het werken met ontdekruimte en kaders is dus balanceren: steeds op zoek naar het juiste evenwicht om ervoor te zorgen dat de patiënt ook echt aan leren toekomt.

Ontwikkelingsgericht handelen

De begeleider laat zien dat hij kwaliteiten en vaardigheden bij een patiënt vrij kan maken zodat deze zo zelfstandig mogelijk functioneert. Dit vrij maken van kwaliteiten en vaardigheden moet gebeuren zonder dat de patiënt wordt overvraagd (den Besten & van Vulpen, 2009).

De begeleider is erop uit dat de patiënt de drie denkvaardigheden leert generaliseren: een plan maken, volgen en bijsturen en terugkijken. Deze vaardigheden zijn in feite niets anders dan de stappen die horen bij het methodisch werken. Om een patiënt te helpen deze in zijn leven toe te passen is het vanzelfsprekend een voorwaarde dat de begeleider het methodisch werken als vaardigheid beheerst.

Netwerkgericht handelen

De begeleider is in staat om met de patiënt een netwerk op te bouwen, waar nodig uit te breiden en te onderhouden (den Besten & van Vulpen, 2009).

Hierbij is het belangrijk dat de begeleiders de familieleden of woon- en werkbegeleiders informeren over de welstand van de patiënt.

Samenwerkingsgericht handelen

De begeleider werkt zo samen met de patiënt, zijn netwerk en de collega's dat dit maximaal bijdraagt aan het beantwoorden van de vragen/problemen van de patiënt (den Besten & van Vulpen, 2009).

Er zijn verschillende samenwerkingsverbanden binnen een instelling. Zo is er communicatie tussen de groepsleden zelf, tussen groep en begeleider en tussen begeleiders onderling. Deze verschillende communicatievormen krijgen aandacht in de diverse besprekingen. De patiënten worden betrokken bij de beslissingen die het dagelijks samenleven op de afdeling aangaan. Beslissingen over het individuele behandelbeleid worden door de staf genomen en meegedeeld aan de patiënt (Janzing, van den Berg & Kruisdijk, 2000).

Coachend supportief handelen

Er zijn verschillende manieren om ondersteuning te bieden. Soms treedt de begeleider op als coach, dan weer als stimulator, dan weer als normerend persoon (Janzing e.a., 2005). Er kan gekozen worden voor de coachende stijl van ondersteunen. Dan gaat de begeleider ervan uit dat patiënten het zelf (kunnen of kunnen leren) doen. De begeleider geeft hen de ruimte en het vertrouwen hun capaciteiten optimaal te benutten en verder te ontwikkelen.

Timmer (2003) zegt daarover: coachen is ruimte geven en grenzen stellen. Steeds opnieuw schat de begeleider in en bepaalt de begeleider welke verantwoordelijkheden de persoon aankan en welke verantwoordelijkheden (nog) niet. Timmer (2003) onderscheidt 3 uitgangspunten voor coachen:

- Zelfstandigheid. Verantwoordelijkheid, initiatief om te handelen bij de patiënt zelf leggen, dit binnen de grenzen van zijn mogelijkheden: wat de patiënt kan en aankan, doet hij zelf.

- Ruimte geven, grenzen en kaders stellen. Het gaat dan om ontdekruimte zonder dat de begeleider de patiënt laat 'zwemmen'. (er is dus ontdekruimte, maar daarin wordt wel een bepaalde structuur/grens aangegeven)
- Ondersteunen bij nadenken; ondersteuning met als doel de patiënt te helpen, zicht te krijgen op situaties, eigen gedrag en alternatieven daarvoor.

De begeleider in het supportieve model binnen Juliana-Oord

In het onderzoeksverslag 'Methodische begeleiding voor NAH-patiënten' (2006), geschreven door een werkgroep binnen Juliana-Oord, wordt een beschrijving gegeven van wat de taak van de begeleider inhoudt binnen Juliana-Oord. Hieronder volgt een korte weergave hiervan.

Zij vermelden hierin dat het de begeleiders zijn die in de benadering van en wisselwerking met de patiënt het juiste midden bepalen tussen steun versus ontregeling en veilig versus onveilig. De attitude van de begeleider is bepalend voor de therapeutische effectiviteit van het afdelingsmilieu.

Er moet aandacht zijn voor heldere, eenduidige structuur, veiligheid, gezonde levensstijl, hygiëne, voeding, dag- en nachtritme.

Daarnaast moet er ook een gelijkwaardigheid bestaan tussen patiënt en begeleider, met vrije communicatie over zaken die het afdelingsmilieu betreffen.

In het verslag wordt weergegeven hoe de uitvoering van het supportieve model moet geschieden binnen Juliana-Oord. Hieronder een weergave van de taken van de begeleider:

- Taak voor begeleiders is oplossen van desorganisatie door middel van heldere, goed georganiseerde en eenduidige sociale structuur en een voorspelbare omgeving. De hoofdlijnen moeten vaststaan.
 - o Grenzen zo neerzetten dat de afdeling als veilig wordt ervaren
 - o 'Clean' milieu zijn (milieu zonder verslavende middelen)
 - o Milieu bewaking door begeleiders: hanteren van grenzen
 - o Afspraken maken rondom gebruik van alcohol en melding hiervan: blazen en urine controles
 - o Verwachtingen naar en van de patiënt regelmatig benoemen: zoals volgen programma als onderdeel van de behandeling cq. opname, niet drinken/gebruiken, slaap-waakpatroon, medicatie, alcoholrichtlijn

- Uitzonderingen worden individueel gemaakt, terwijl de regels voor ieder gelijk zijn
- Modelfunctie door begeleider in rol als coach, stimulator en normerend
 - o Tonen op een volwassen manier om te gaan met spanningen, teleurstellingen, krenking, agressie en impulsen
 - o Creëren van een samenlevingstijl met respect voor verscheidenheid van de patiënten (man, vrouw, oud, jong, religie) en niet afgaan op tekorten of uiterlijkheden
 - o Respectvolle houding en omgangsvormen
 - o Dosis relativiseringsvermogen en humor
 - o Begeleiders geven erkenning en taal aan onlust gevoelens (valideren)
- Niet doen wat patiënten zelf kunnen
- Wees alert op overvragen
- Steunende interventies
 - o Lichamelijk houvast bieden (vast pakken, soms letterlijk ondersteunen)
 - o Verbaal houvast (instructie, uitleg, inzicht geven)
 - o Functioneren als vervangend uitvoerend systeem
 - o Aanwezigheid, er zijn
 - o Persoonlijk gesprek: steun bieden aan de patiënt bij het omgaan met de realiteit zoals de patiënt deze ervaart tijdens de opname
 - o Gericht op aanvaarding, niet op confronteren of analyseren
 - o Direct betrokken
 - o Duidelijke informatie over en weer
- Verpleegplan(nen), begeleidingsplan van elke discipline zijn terug te herleiden tot de doelen uit het behandelplan
- Actieve bemoeienis door begeleider naar de patiënt
- Overleggen met de patiënt (leerdoelgroep, huiskameroverleg, groepsgesprek) dragen bij aan klimaat binnen de groep
- Beschermende, ondersteunende en stimulerende leersituaties creëren in ADL, in HDL, op sociaal gebied, in het uiten van gevoelens of in impulsbeheersing. De kans voor de patiënt om

tot oplossingen te komen, probleem hantering, moet optimaal zijn met de principes van foutloos leren. Hierdoor krijgt de patiënt meer grip op zichzelf, wat ik-versterkend werkt.

- Leersituaties aanreiken wordt een therapeutisch middel, dat goed gecontroleerd wordt. Begeleiders taken bij deze leersituatie zijn:
 - o Hand-in-hand begeleiding
 - o Steunende benadering
- Bij groei van patiënt hen ook ruimte geven/kansen creëren
- Adequate, stimulerende dosering naar hoeveelheid en niveau van prikkel, informatie en complexiteit
- Een supportief milieu vraagt om nauwe samenwerking tussen patiënt-behandelaar-begeleider (3-gesprekken)

Het supportieve model vraagt het nodige van het team. In het onderzoeksverslag wordt hierover het volgende gezegd:

Voorkom vermijdingsgedrag door begeleiders door handelingsverlegenheid als gevolg van onbekendheid met de problemen, impact van de problemen, betrokkenheid bij de problemen. Deze onjuiste therapeutische houding van de begeleider heeft invloed op het gedrag van de patiënt.

- Autoritaire houding, leidt tot agressie
- Abmissief (onderdanige houding), leidt tot angst
- Te dichtbij zijn, leidt tot verwarring
- Te afstandelijke houding, leidt tot depressie

De voorwaarden voor een team om optimaal te functioneren zijn:

- Voldoende reflectieve attitude
- Tolerantie van onzekerheid
- Gezonde fragmentatie (aanwezigheid van verschillen in denken en ervaren van het milieu)
- Grensbewustzijn (tijd, ruimte, werknemer, patiënten)

Conclusie

In het supportief milieu, dat gericht is op steun geven, is de begeleider direct betrokken bij de bescherming van de zwakke persoonlijkheidsstructuur van de patiënt. Daarbij is de begeleider meer persoonlijk aanwezig. Hij biedt hand-in-handbegeleiding en houvast. Er wordt door de begeleider hier en daar de mogelijkheid tot individuele gesprekken geboden en er worden door hem meer afspraken gemaakt. Daar is ook sprake van een intensiever fysiek contact tussen de begeleider en de patiënt. Dit contact dient echter ook een methodische betekenis te hebben. Bedoeld wordt dat het moet passen in een goed gefundeerd behandelplan. Kortom, de begeleider is voor de patiënten soms een coach dan weer een stimulator en dan weer een normerend persoon. Bij deze interventies wordt geprobeerd de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt, waar het kan, te verbeteren. Dikwijls ook zal, waar mogelijk, de patiënt geholpen worden te leren leven met zijn beperkingen. In die zin heeft ook de begeleider de functie om de patiënt te leren omgaan met de realiteiten van eigen onvermogen (Janzing & Kerstens, 2005).

Slotwoord

Hubrecht (2002) beschrijft de steunende basishouding van de begeleider als volgt:

‘Steun is het veruitwendigen van een innerlijke houding, de dragende basis van al onze interventies. Steun is aanwezig en beschikbaar zijn voor de patiënt, op een wijze die goed genoeg is. De steunende basishouding komt tot stand op basis van een illusie die door de patiënt gecreëerd wordt en waaraan tegemoet gekomen wordt op een professionele manier in een professioneel kader. Steun is een welbepaalde wijze van omgaan met overdracht, met regressie en met afhankelijkheid. Men coacht het volwassen deel van de patiënt, men verzorgt het babydeel en voorziet het van een zorgroutine, men stelt zicht stevig op tegenover het ‘gestoorde’ deel dat men begrenst en aanpakt waarbij men de destructieve aanvallen overleeft. Ten slotte betekent steun ook dat men aandacht schenkt aan het beëindigen van de relatie’ (Janzing e.a., 2003).

Bijlage IV

Verantwoording interview

Het interview is opgedeeld in drie onderwerpen. Er worden eerst een aantal algemene vragen gesteld over het supportieve model en de implementatie hiervan. Vervolgens worden er vragen gesteld over hoe dit supportieve model nu wordt toegepast op de werkvloer. Tot slot heeft de geïnterviewde de gelegenheid om ontwikkelpunten weer te geven met betrekking tot het supportieve model.

In dit document zal worden toegelicht waarom er voor deze vragen gekozen is, zoals die vermeldt staan in het interview. De getallen die tussen haakjes worden weergegeven zijn de nummers van de vragen zoals die in het interview opgesteld zijn.

De vragen voor het interview zijn opgesteld aan de hand van de topics zoals die vermeld staan in het onderzoeksplan en zoals deze beschreven zijn in de literatuurstudie. Deze topics zijn de kernpunten van het supportieve model.

1. Inleiding

Onder dit kopje staan allereerst een drietal algemene vragen (1, 2, 3) voor de geïnterviewden. Welke functie zij hebben (1), binnen welk behandelprogramma zij werkzaam zijn (2) en hoe lang zij al werkzaam zijn binnen Juliana-Oord (3). Dit is van belang voor het onderzoek, omdat er dan bij de verwerking van de resultaten onderscheid gemaakt kan worden tussen de verschillende behandelprogramma's.

Vervolgens worden er een aantal vragen (4,5) gesteld over het supportieve model zelf. Er wordt gevraagd of de geïnterviewde in een paar zinnen weer kan geven wat het supportieve model inhoudt (4). Dit is noodzakelijk om te weten, omdat de onderzoekers willen weten of men (voldoende) op de hoogte is van dit model (5). Dit kan van invloed zijn op de antwoorden die gegeven zullen worden in het tweede deel (toepassing op de werkvloer) van dit interview.

Tot slot worden er in dit inleidende gedeelte vragen (6,7) gesteld over de implementatie van het model. Zo kan vastgesteld worden of de geïnterviewde betrokken was bij de implementatie (6). Bovendien is het van belang om te weten of de geïnterviewden scholing hebben gehad over dit model en hoe men deze scholing ervaren heeft (7). Dit ook omdat dit van invloed kan zijn op de antwoorden die gegeven worden in het tweede deel van dit interview.

2. Toepassing van het supportieve model op de werkvloer (volgens de punten zoals beschreven in het milieuplan voor de afdeling Rehabilitatie)

Er is gekozen voor de topics:

- *Leren, oefenen en trainen staat centraal*
- *Het is individueel gericht*
- *Het is antiregressief*
- *Het richt zich op het hier en nu*
- *Gelijkwaardigheid tussen patiënten en begeleider*

Onder elk van deze topics zijn een aantal vragen geformuleerd die betrekking hebben tot de topic.

Leren, oefenen en trainen staat centraal

Onder dit kopje wordt ingegaan op de manieren waarop je als begeleider de patiënt ondersteunt. De patiënten hebben op het moment dat ze opgenomen worden allemaal een gezond/krachtig deel met kwaliteiten en mogelijkheden (8), maar daarnaast zal er binnen de behandelprogramma's een deel openbaar komen wat onveranderbare beschadigingen heeft opgelopen (9). Tot slot worden er binnen de behandelprogramma's nieuw gedrag en nieuwe vaardigheden aangeleerd (10). De vragen 8, 9 en 10 hebben betrekking op de manier waarop de begeleider het gezonde deel, het deel met onveranderbare beperkingen en het deel wat nieuw gedrag en nieuwe vaardigheden opbouwt, ondersteunt.

Het is individueel gericht

Het supportieve model is specifiek gericht op het individu. Dit betekend echter niet dat de groep buiten beeld is. De groep wordt beschouwd als een ondersteunende functie. Vanuit het supportieve model wordt aangeboden wat de patiënt kan leren en welke verzorging er nodig is, met andere woorden: zorg op maat. Juliana-Oord beschrijft in haar visie dat zij wil streven naar zorg op maat (11). Hoe bieden begeleiders binnen de kliniek zorg op maat aan?

Binnen het supportieve model ligt het accent op de verantwoordelijkheid die de individuele patiënt heeft met betrekking tot processen in de groep. Er wordt vanuit het model recht gedaan aan zelfsturing, maar de patiënt wordt zo mogelijk ook gewezen op eigen verantwoordelijkheid (12). In hoeverre geven begeleiders de patiënt deze verantwoordelijkheid?

Binnen een supportief leefmilieu moet volgens de literatuur aandacht zijn voor hygiëne (13). Welke rol hebben begeleiders hierin?

Het supportieve model is gericht op het individu, waarbij de groep een ondersteunende functie heeft. Binnen het leefmilieu moet het individu centraal staan (14). Hoeveel tijd besteedt een begeleider per

dag aan het individu? Om een globale schatting te krijgen van de tijd die besteedt wordt aan het individu, wordt deze vraag op deze manier gesteld.

Het is antiregressief

Voorkomen wordt in het model dat een patiënt terugkeert naar een vroeger stadium van ontwikkeling.

Het groepsproces heeft een ondersteunende functie binnen het model. Hoeveel tijd besteden begeleiders aan het groepsproces? Deze vraag wordt gesteld om een vergelijking te kunnen maken met de tijd die er besteedt wordt aan individueel contact in verhouding tot de tijd die besteedt wordt aan het groepsproces en aan groepsmomenten (15).

Begeleiding moet voortdurend beschikbaar kunnen en willen zijn en hierbij een evenwicht zien te vinden tussen afstand-nabijheid (16). Hoe wordt hier vorm aan gegeven binnen Juliana-Oord?

De beperkte informatieverwerkingscapaciteit die patiënten bij zichzelf ervaren, moet op de een of andere wijze gecompenseerd worden door de begeleider (17). Deze straalt uit dat hij klaarstaat om, als dat nodig is, steun te bieden.

Vanuit het onderzoek 'Methodische begeleiding van NAH-patiënten' dat binnen Juliana-Oord is uitgevoerd, zijn een aantal suggesties van patiënten gekomen. Een daarvan is: kantoordeur van de afdelingen veelvuldig open zetten voor een indruk van laagdrempelig bereikbaar zijn. Dit is een manier waarop patiënten ervaren dat begeleiders laagdrempelig zijn. Een andere manier om laagdrempelig te zijn, is door veel aanwezig te zijn op de groep. Zo is de aanwezigheid van de begeleider op zich al een belangrijk steunend element. In feite betekent de aanwezigheid een ankerpunt voor veel patiënten, dit heeft met een belangrijke kwaliteit van het steunend interveniëren te maken. Hoe laagdrempelig zijn de begeleiders op de verschillende afdelingen (18)?

De grens tussen staf en patiënt is helder. Functionele en persoonlijke belangen van de begeleiders en patiënten lopen niet door elkaar (19). Begeleiders moeten zicht bewust zijn van gevoelens van tegenoverdracht die de patiënten kunnen veroorzaken. Begeleiders moeten deze gevoelens ook bespreekbaar maken met deze patiënt en/of het team (19). In hoeverre zijn de begeleiders binnen Juliana-Oord zich bewust van deze gevoelens en in hoeverre geven zij hierin grenzen aan?

De begeleider binnen het supportieve model heeft verschillende modelfuncties, zoals in de rol van coach, stimulator en normerend. Vanuit deze rollen toont de begeleider op een volwassen manier om te gaan met spanningen. Daarom de vraag: Wat doe je met spanningen binnen het afdelingsmilieu (20)?

Het richt zich op het hier en nu

Het supportieve model richt zich op het hier en nu. Dit kan zich op verschillende manieren uiten. Het gedrag en de vaardigheden worden in de dagelijkse praktijk geleerd, getraind en geoefend. Maar hoe zorg je ervoor dat patiënten in het hier en nu blijven (21)? Daarnaast is er aandacht voor een heldere, eenduidige structuur (23), veiligheid (24), en dag- en nachtritme (22).

Ook de angst die de patiënt kan ervaren, wat verschillende oorzaken kan hebben, moet op de een of andere wijze gecompenseerd worden door de begeleider (25). Wat is de bijdrage van de begeleiders in deze genoemde punten?

Er is sprake van gelijkwaardigheid tussen patiënt en begeleider

In het milieuplan van Juliana-Oord is met betrekking tot gelijkwaardigheid tussen patiënt en begeleiders een aantal punten beschreven die de gelijkwaardigheid waarborgt. Vanuit deze punten zijn de vragen samengesteld.

In het milieuplan is de patiënt een volwaardige gesprekspartner en wordt benaderd met respect en op deskundige wijze. Dit komt tot uiting in een motiverende, stimulerende, structurerende en sturende benadering naar patiënten. Daarom de vraag: Zijn de patiënten volgens jou volwaardige gesprekspartners? Zo ja, hoe komt dat tot uiting (26)?

De begeleiders bepalen in de benadering en in de wisselwerking met de patiënt het juiste midden tussen steun versus ontregeling en veilig versus onveilig, volgens het milieuplan van Juliana-Oord. De benadering van de begeleider is bepalend voor de therapeutische effectiviteit van het behandelmilieu. De houding en stijl van de begeleiders tijdens hun werk is van cruciaal belang. Van patiënten kan niet worden gevraagd wat begeleiders zelf niet uitstralen en uitdragen (27). Hoe is de houding van de begeleiders richting de patiënt in het kader van het supportieve milieu?

Er is sprake van vrije communicatie over o.a. zaken die het afdelingsmilieu betreffen. Hoe zorg je nou voor die open communicatie?

3. Ontwikkelpunten met betrekking tot het supportieve model

In de toepassing van een model kunnen barrières zijn die ervoor zorgen dat het model niet voldoende functioneert. Daarnaast is een model nooit uit ontwikkeld en kunnen er in de toepassing, ontwikkelpunten voor de instelling zijn. Deze informatie is belangrijk voor het evalueren van het supportieve model om een juist beeld te schetsen van het functioneren op dit moment.

De vraag die gesteld wordt luidt: Zijn er barrières die ervoor zorgen dat je je rol als begeleider in het supportieve milieu niet goed tot uitvoer kan brengen (29)? In deze vraag wordt er niet direct uitgegaan van een bestaande barrière. Deze vraag laat open of er een barrière is. Zodra er sprake is van een barrière zal hierop worden ingegaan.

De laatste vraag van het interview luidt: Zijn er ontwikkelpunten voor Juliana-Oord met betrekking tot het supportieve milieu (30)? Ontwikkelingen worden als positief gezien in tegenstelling tot verbeteringen. Dan wordt er immers vanuit gegaan dat er iets niet goed gaat. Het supportieve model kan voldoende functioneren, echter kunnen er minder sterke punten zijn waarin Juliana-Oord zich verder kan ontwikkelen.

Bijlage V

Flyer







Werk jij vanuit het supportieve model?

Kom naar onze presentatie met als thema:

Een evaluatie van het supportieve model binnen Juliana-Oord

Waar?	Juliana-Oord (verdere informatie volgt nog)
Wanneer?	Woensdag 8 juni
Hoe laat?	15.15 uur
Voor wie?	Alle begeleiders en andere belangstellenden
Door wie?	3 Hbo-v studenten Antoinette, Paulina en Rianne

Tot dan!

Bijlage VI

Presentatie onderzoek

ggz **Centraal**
Juliana-Oord

CHE **grijs**

Werk jij vanuit het supportieve model?

Een evaluatie van het supportieve model binnen Juliana-Oord

Rianne Bisschop
Antoinette van Deuveren
Paulina Donk

Juliana-Oord
(13 juni 2011)

Evaluatie supportieve model

Introductie

Stukje interview met daarin opvallende/
humoristische citaten, welke gezegd zijn door de
geïnterviewden.

Juliana-Oord
(13 juni 2011)

Evaluatie supportieve model

Inhoud

- Introductie
- Verloop onderzoek
- Resultaten
 - Algemeen
 - Leren, oefenen en trainen
 - Individueel gericht
 - Anti-regressief
 - Het hier en nu
 - Gelijkwaardigheid tussen patiënt en begeleider
 - Ontwikkelpunten en barrières
- Aanbevelingen
- Slot

Juliana-Oord
(13 juni 2011)

Evaluatie supportieve model

Verloop onderzoek

- Aanleiding
- Vraagstelling + Doelstelling

'Door middel van dit onderzoek ontwikkelt Juliana-Oord meer kennis en inzicht over het functioneren van het supportieve model op de afdelingen detox, neuropsychiatrie en rehabilitatie'
- Literatuurstudie (a.d.h.v. deelvragen) + Interviews
- Analyse + Resultaten
- Conclusie + Aanbevelingen
- Nu presentatie van een deel van de resultaten, conclusie en aanbevelingen

Juliana-Oord
(13 juni 2011)

Evaluatie supportieve model

Resultaten

~algemeen~

- 68% van alle geïnterviewden noemt het supportieve model een ondersteunend model.

Kennis over het supportieve model

Juliana-Oord
(13 juni 2011)

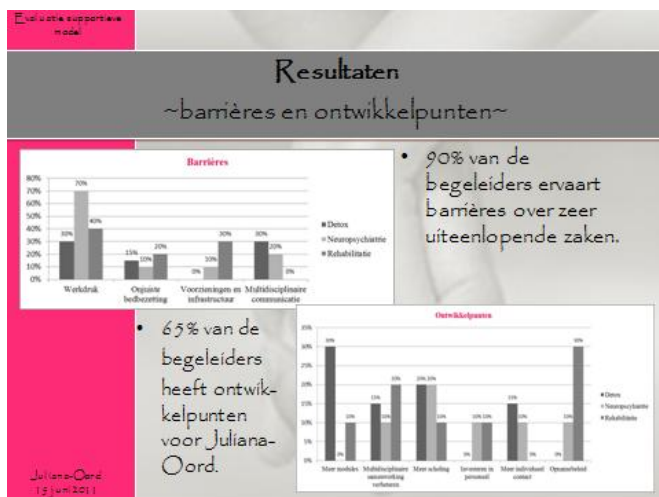
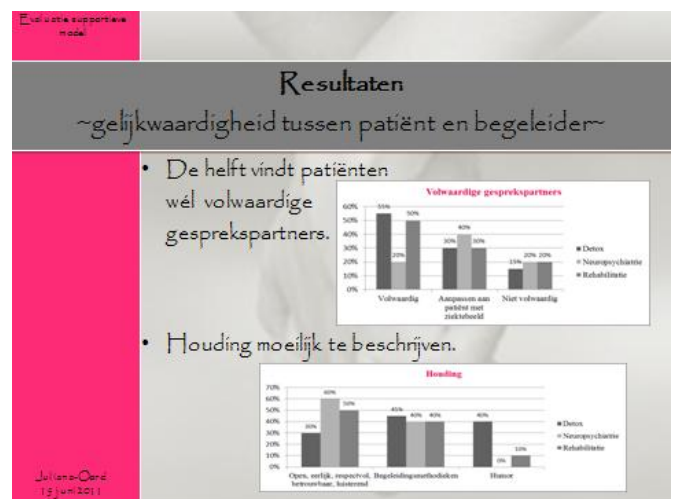
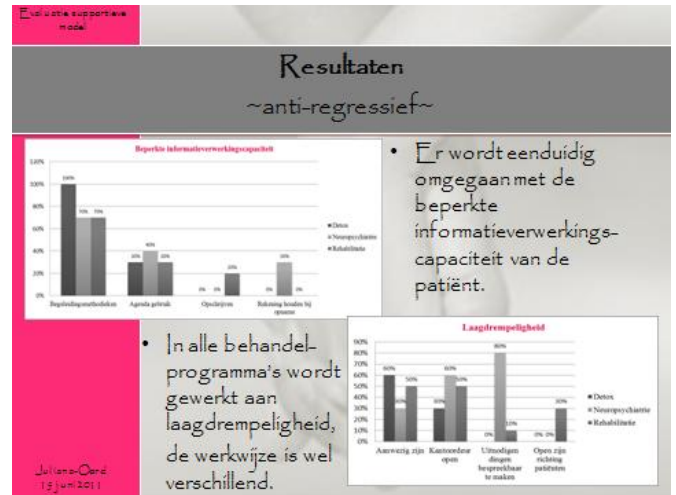
Evaluatie supportieve model

Resultaten

~leren, oefenen en trainen~

Eenduidige werkwijze 'kwaliteiten en mogelijkheden' en 'nieuw gedrag en nieuwe vaardigheden'.

Juliana-Oord
(13 juni 2011)



Evaluatie supportieve model

Aanbeveling ~1~

Alle begeleiders en nieuwe medewerkers binnen Juliana-Oord moeten (opnieuw) een cursus krijgen aangaande het supportieve model. Vervolgens moet elke begeleider ieder jaar een scholing volgen over het supportieve model.

Juliana-Oord
(13 jun 2011)

Evaluatie supportieve model

Aanbeveling ~2~



Er moet onderzoek gedaan worden naar de oorzaak van het spanningsveld wat wordt ervaren tussen enerzijds het streven naar zorg op maat en anderzijds de vaste structuur die geldt binnen Juliana-Oord.

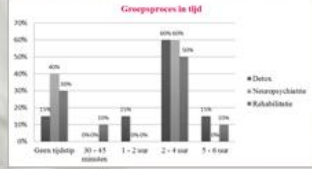


Juliana-Oord
(13 jun 2011)

Evaluatie supportieve model

Aanbeveling ~3~

Er moet onderzoek gedaan worden naar de balans tussen het individuele contact en het groepsproces.

Juliana-Oord
(13 jun 2011)

Evaluatie supportieve model

Aanbeveling ~4~

Er moet kritisch gekeken of de gebodenzorg aan patiënten met een (alcohol)verslaving in combinatie met psychiatrische problematiek, voldoende is en of begeleiders voldoende bekwaam zijn in de begeleiding van deze patiënten.

Juliana-Oord
(13 jun 2011)

Evaluatie supportieve model

Aanbeveling ~5~

De samenwerking in het multidisciplinaire team moet verbeterd worden.

Juliana-Oord
(13 jun 2011)

Evaluatie supportieve model

Aanbevelingen

1. Alle begeleiders en nieuwe medewerkers binnen Juliana-Oord moeten (opnieuw) een cursus krijgen aangaande het supportieve model. Vervolgens moet elke begeleider ieder jaar een scholing volgen over het supportieve model.
2. Er moet onderzoek gedaan worden naar de oorzaak van het spanningsveld wat wordt ervaren tussen enerzijds het streven naar zorg op maat en anderzijds de vaste structuur die geldt binnen Juliana-Oord.
3. Er moet onderzoek gedaan worden naar de balans tussen het individuele contact en het groepsproces.
4. Er moet kritisch gekeken of de gebodenzorg aan patiënten met een (alcohol)verslaving in combinatie met psychiatrische problematiek, voldoende is en of begeleiders voldoende bekwaam zijn in de begeleiding van deze patiënten.
5. De samenwerking in het multidisciplinaire team moet verbeterd worden.

Juliana-Oord
(13 jun 2011)

Evaluatie supportieve model

Stelling 1

Theoretische kennis over het supportieve model is niet noodzakelijk voor het uitvoeren van je taak als begeleider op de werkvloer.

Juliana-Oord
13 juni 2011

Evaluatie supportieve model

Stelling 2

De groep speelt een belangrijkere rol, dan het individu.

Juliana-Oord
13 juni 2011

Evaluatie supportieve model

Slot

Vragen?

Juliana-Oord
13 juni 2011

Bijlage VII

Visie op goede zorg

Hieronder een beschrijving van wat goede zorg volgens de onderzoekers inhoudt. Dit is vooral gericht op de zorg zoals deze geleverd wordt binnen Juliana Oord. Er is voor gekozen om dit te beschrijven, omdat de visie van de onderzoekers toch onbewust de resultaten en aanbevelingen zullen beïnvloeden.

De onderzoekers zijn van mening dat de verpleegkundige c.q. begeleider hier binnen Juliana-Oord een heel verantwoordelijk ethisch beroep vervult. Vanuit de literatuur en de gedachtegang die nu heerst over goede zorg wordt er steeds meer aandacht besteedt aan het feit dat goede zorg moet aansluiten bij de patiënt, ofwel individu-gericht. Zoals dit ook beschreven staat in het supportieve model.

Daarnaast is het van groot belang dat we als verpleegkundigen/ begeleiders voor onze professionaliteit gaan staan en daar ook voor uit komen. Onder verpleegkundigen moet gestimuleerd worden dat zij hun eigen verantwoordelijkheid nemen en ook onafhankelijk van protocollen/orders van de behandelaar, beslissingen kunnen nemen en hun mening kunnen vertolken naar andere disciplines toe. Dit is ook van belang binnen Juliana-Oord, ook omdat hier op een aantal afdelingen de behandelaar niet direct beschikbaar is.

Een verpleegkundige moet goed op de hoogte zijn van nieuwe ontwikkelingen, zodat zij haar handelen kan onderbouwen vanuit wetenschappelijk onderzoek. Dit is een punt waar Juliana-Oord zich in kan ontwikkelen. Opgemerkt werd, dat er begeleiders zijn die weinig tot geen scholing gehad hebben in de afgelopen vijf, tien, soms wel twintig jaar dat ze hier werken. Dit betekent dat zij hun handelen niet kunnen onderbouwen met actuele (wetenschappelijke) kennis. Daarentegen is het ook niet de bedoeling dat een verpleegkundige/begeleider alleen maar handelt vanuit zijn kennis, maar juist zowel vanuit kennis als ervaring en zorgzaamheid.

Ook de communicatie binnen een team is van groot belang, doordat een begeleider de advocaat van de patiënt is. Dit is iets waar veel aandacht aan besteedt moet blijven worden, ook binnen de opleiding tot verpleegkundige. Binnen Juliana-Oord geldt niet alleen het feit dat de communicatie binnen het team van groot belang is, maar ook de communicatie tussen begeleider-patiënt en tussen patiënt-patiënt. Dit is van cruciaal belang, om op deze manier een veilige omgeving voor de patiënt te creëren, waarin deze het gevoel heeft dat hij gehoord wordt. Een veilige omgeving is bovendien noodzakelijk om regressie te voorkomen.

Ook vanuit christelijk oogpunt bestaat goede zorg uit veel aandacht voor de patiënt, om op deze manier ook de naastenliefde in praktijk te brengen. Maar daarnaast is ook de kennis die een verpleegkundige moet hebben van groot belang, zodat verpleegkundigen verantwoorde keuzes kunnen maken, die ze vanuit de verpleegkundige kennis of vanuit hun christelijk oogpunt kunnen onderbouwen.

Belangrijk is het dus om de balans te vinden tussen handelen op basis van wetenschappelijke literatuur, je klinische ervaring, verpleegkundige zorgzaamheid, de voorkeur van de patiënt en de beschikbare hulpmiddelen.