

Het effect van samenhangend behandelen: introdunctie van een model voor multidisciplinair werken in de GGz

Door **Anne-Marie Claassen** (psychotherapeut bij het Centrum voor Psychotherapie Pro Persona te Lunteren) en **Clemens Janzing** (consulent en supervisor in eigen praktijk te Halsteren).

Inleiding

Onderzoek naar de effectiviteit van de behandelmethoden spitst zich voornamelijk toe op behandelingen die door individuele behandelaars worden uitgevoerd. Er is betrekkelijk weinig bekend over de effecten van het wel of niet samenhangend – door meerdere disciplines in een team – uitvoeren van die methoden. In publicaties over MBT, CGT en Klinische Schematherapie (Bateman & Fonagy, 2006; Wright et al., 1993; Muste et al., 2009) wordt wel gewezen op het belang van goede samenhang, maar dat belang lijkt impliciet te worden aangenomen. Er wordt niet of nauwelijks verwezen naar relevante literatuur of onderzoek. Ook in de huidige Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (2008) wordt zowel voor de klinische als dagklinische psychotherapie gesteld dat ‘het voor de werkzaam-

heid van de behandeling belangrijk is dat de behandelaar kiest voor een coherent en begrijpelijk theoretisch kader en dit consistent toepast’. De werkgroep baseert deze aanbeveling niet op wetenschappelijk onderzoek, maar op uitspraken van Bateman & Fonagy (2006). Als we op zoek gaan naar wetenschappelijk bewijs dat het coherent en consistent toepassen van het behandelmodel binnen een setting tot verbetering van de behandeling bij de patiënt leidt, stuiten we op een leemte. En dat terwijl Nederland een grote traditie heeft om patiënten te behandelen in door cotherapeuten geleide groepen en binnen een multidisciplinaire setting. Uit onderzoek blijkt dat psychotherapie binnen een setting werkt (Bartak, 2010) en kosteneffectief is (Soeteman et al., 2011).

Het belang van samenhangend behandelen wordt aangenomen als *conditio sine qua non* voor (klinisch) werken in de GGz. De

grondslagen van de aanbevelingen berusten veelal op eigen praktijkervaring, aanbeveling van anderen en soms op empirisch onderzoek. Bijna alle literatuur over samenhangend behandelen bestaat uit gevalsbeschrijvingen en soms observatieonderzoek (o.a. Jongerius & Rylant, 1989; Borst & Neefjes, 1995). De conclusies wijzen steeds in dezelfde richting: wanneer er geen samenhang is in de uitvoering van behandeling vindt eigenlijk geen behandeling plaats.

Maar wat wordt er nu precies bedoeld met samenhangend behandelen? In dit artikel stellen wij een model voor samenhangend behandelen voor. We presenteren vervolgens een vragenlijst om onderzoek naar de effectiviteit van een multidisciplinair team mogelijk te maken. Vanuit dit model en met deze vragenlijst zou er effectiviteitonderzoek gedaan kunnen worden. Het zou de beleidsmakers en de zorgverzekeraars kunnen overtuigen van de behandelresultaten en kosteneffectiviteit van een multidisciplinair product. Het opheffen van bedden, bijvoorbeeld op De Viersprong en het CSP te Oegstgeest, en een – inmiddels wat afgezwakte – uitspraak dat er vanaf 2018 geen klinische psychotherapie meer vergoed wordt, toont de noodzaak en urgentie aan om dit soort onderzoek te doen.

Het effect van goed samenwerken

Er is veel onderzoek gedaan naar de positieve invloed van teamsamenwerking op de kwaliteit van onder meer producten, dienstverlening, somatische behandeling

(Lieberman et al., 2001; Hickling & Hickling, 2003; Vinokur-Kaplan, 1995). Ook is er veel literatuur binnen het bedrijfsleven over de ideale of optimale kenmerken van effectieve teams en naar allerlei methoden om teams beter te laten functioneren. Belangrijke illustraties hiervan geven Katzenbach & Smith (1997) en Kotte (2012).

Onderzoek geeft steeds hetzelfde beeld: het ontbreken van procesbeschrijvingen en goed leiderschap gaat ten koste van de productiviteit, kwaliteit en motivatie van medewerkers. Verbetering van de productiviteit door protocollen en nauwgezette werkvoorschriften en nauwkeurig omschreven procedures blijkt wel en niet effectief (o.m. Cheng-Hung Chen et al., 2010; Sari et al., 2007). Hierbij zijn de verschillen in aansturing door managers, dikwijls ingebed in een langer bestaande en moeilijk te veranderen organisatiecultuur, bepalende factoren.

In de somatische zorg in Nederland is er naast de aandacht voor protocollering ook meer aandacht voor onderlinge samenwerking. In een overzichtsartikel over effectieve trainingsvormen voor teams is de afsluitende zin veelzeggend: *'the right fit between the intervention and the problems, context and characteristics of a team is more important to improve team effectiveness than the underlying level of evidence'* (Buljac-Samardzic et al., 2010).

Effectiviteit is hier omschreven als 'het voorkomen van medische missers', 'het voorkomen van ongelukken en onnodig overlijden'.

In de opleiding tot medisch specialist krijgen communicatieve vaardigheden van assistenten meer aandacht. Dit wordt gedaan ter voorkoming van voor de patiënt nadelige gevolgen door het ‘ontbreken van sociale antennes’ bij de behandelend specialist met negatieve gevolgen voor samenhang in behandeling (Kurtz et al., 2006; Baan et al., 2003). Het werk van Bensing (1991) is daarin baanbrekend geweest.

Zowel de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) als de media zitten er bovenop als er medische missers aan het licht komen in een ziekenhuis. De conclusie luidt vaak dat het ontbreekt aan goede onderlinge samenwerking en communicatie. Kwaliteitscijfers worden via jaarverslagen ook op de website van het ziekenhuis gepubliceerd, soms met sterftecijfers en medische missers. De GGz loopt hierin op verschillende gebieden achter.

Het is lastig de mate van samenhang in een multidisciplinaire psychotherapeutische behandeling vast te stellen, wanneer daarbij ook wordt uitgegaan van de persoonlijkheid of persoonskenmerken van de afzonderlijke teamleden. Vooral lastig is het gegeven dat in behandelteams de wisselwerking met patiënten en met andere teamleden centraal staat. Hier spelen persoonskenmerken een rol die bepalend zijn voor de werkrelatie die kan ontstaan tussen patiënten en behandelaren. In dit opzicht is psychiatrische en psychotherapeutische behandeling wezenlijk anders dan een zuiver somatische behandeling.

Er is wel onderzoek beschikbaar naar drop-outs, ook binnen de klinische psychothe-

rapie, maar de redenen voor voortijdige uitval zijn tot nu toe vooral gevonden in de psychopathologie van de patiënt (Kooiman, 2008; Cornelissen et al., 2010; Thunnissen et al., 2004). Kwantitatief of kwalitatief onderzoek naar het verband tussen disfunctioneren van het behandelteam en nadelige gevolgen voor de patiënten is zeer schaars. Hutsebaut et al. (2011, 2012) beschrijven de dramatische ontwikkeling binnen een behandelteam dat wel rekening hield met de ‘gebleken effectiviteit’ van de behandelmethode, maar niet met problematische teamdynamiek en veranderingen van patiëntendoelgroep en behandelsetting. In de patiëntengroep ontstond veel *acting-out* en de behandel-effectiviteit bleef achter bij de verwachting. Hutsebaut et al. (2011) beschrijven een model voor behandelintegriteit. Zij willen aangeven: hoe moeilijker de patiëntengroep en het behandelmodel, des te belangrijker de beschikbaarheid van een visie op de procedures en de kwaliteiten bij de implementatie. Zij hebben in Nederland de primeur wat betreft hun openlijke bespreking van een mislukte implementatie van een nieuwe vorm van klinische psychotherapie.

De Haan (2011) wijst op een omissie in de analyse van Hutsebaut et al. (2011): de setting is niet meegenomen in hun analyse. Hij benadrukt het belang van *holding* en *containment* (zie voor een uitwerking van deze begrippen: Janzing, 2009) als belangrijke voorwaarden voor samenhangend behandelen, los van de kwalitatief goede toepassing van een behandelmethode in een multidisciplinaire setting.

Het model Samenhangend Behandelen

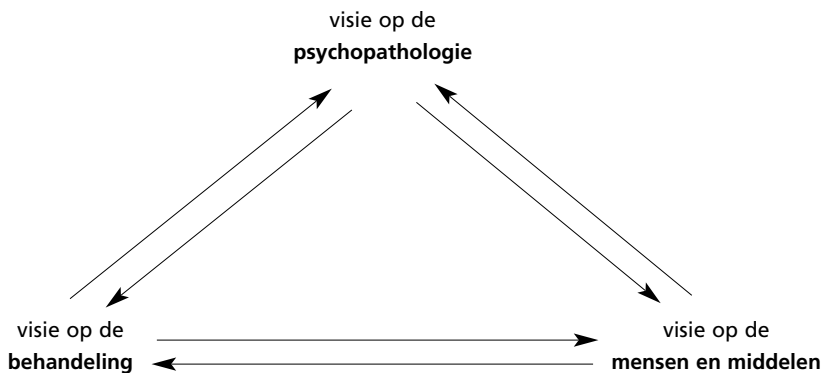
Binnen de GGz in Nederland worden patiënten altijd behandeld binnen een bepaalde setting. Hiermee wordt een min of meer gecontroleerd geheel van omstandigheden bedoeld, waarbinnen de behandeling wordt uitgevoerd. Deze setting verwijst onder meer naar de omstandigheden die een patiënt binnen een kliniek of binnen een dagklinische behandelopzet tegenkomt, maar ook naar de omstandigheden waarbinnen ambulante behandeling is ingebed. Te denken valt, bij dit laatste, aan de inrichting van de wachtruimte, de te lezen literatuur, de contactuele vaardigheden van de secretaresse en nog veel meer.

Hulpverleners die in teamverband werken moeten hun interventies zo goed mogelijk afstemmen op een eerder gezamenlijk afgesproken behandelplan. Daarbij zijn een goede organisatie van de behandeling en de voorwaarden daarvan, naast een

goede informatie-uitwisseling tussen de betrokken teamleden (bijvoorbeeld de overdracht) van zeer groot belang. Ook de middelen van het therapeutisch milieu (budget, gebouwen, inrichting, omgeving en dergelijke) moeten optimaal op behandelplannen zijn afgestemd. Zonder deze onderlinge afstemming is er geen therapeutisch milieu, maar alleen een setting zonder therapeutische betekenis, hier en daar met duidelijk antitherapeutische kenmerken. Het therapeutisch milieu is tevens (deel van) de behandelmethode (Jongierius & Rylant, 1989).

Om te komen tot een dergelijke behandelomgeving zijn er dus drie elementen belangrijk: een duidelijke visie op (a) de kenmerkende psychopathologie van de beoogde patiëntengroep, (b) de behandelmethode en (c) de mensen en middelen die nodig zijn om de beoogde patiëntengroep volgens de gekozen behandelmethode te behandelen.

Figuur 1: Basisfilosofie werken in een therapeutisch milieu (Janzing & Kerstens, 2012)

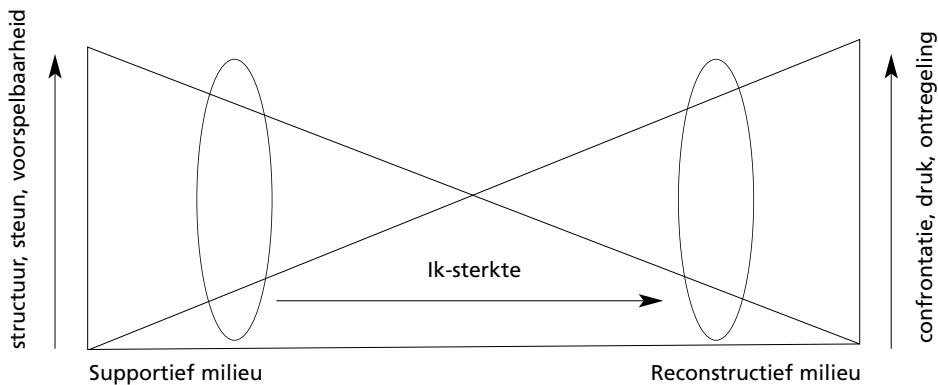


In het door Janzing & Kerstens (2012) voorgestelde model van Samenhangend Behandelen staat de patiënt en zijn pathologie centraal. Het behandelen van patiënten in een therapeutisch milieu impliceert dat het team een duidelijke, gemeenschappelijk gedragen visie heeft op de patiënten en de psychopathologie. Dit lijkt simpel, maar vanuit iedere discipline zal er anders gekeken worden naar bijvoorbeeld de problematiek van eetstoornissen, somatoforme stoornissen of persoonlijkheidsstoornissen. Wordt een eetstoornis meer gezien vanuit een biologische, systemische of ontwikkelingsinvalshoek? Zien we de somatoforme stoornis als een han-

dicap of meer als een intrapsychisch conflict? Een duidelijke, gemeenschappelijk gedragen visie is van belang om het team op één lijn te krijgen in de eerste fase van de indicatiestellingen.

Bij het vaststellen van psychopathologie is het van belang te bepalen in welke mate de structuur van de persoonlijkheid is beschadigd. Deze persoonlijkheidsstructuur, waarvan iets als 'ik-sterkte' of 'ego-sterkte' een belangrijk deel uitmaakt, is in belangrijke mate bepalend voor de verhouding tussen ontregeling en steun in een therapeutisch milieu (Janzing & Lansens, 1997; Janzing & Kerstens 2012; Janzing, 2009; Edens & Kerstens, 2009).

Figuur 2: Ik-sterkte en modelkeuze (Edens & Kerstens, 2009)



Volgens dit figuur is het van belang om bij patiënten met een zwakke en kwetsbare persoonlijkheidsstructuur meer supportieve elementen in het milieu in te bouwen, zoals individuele gesprekken naast het groepsaanbod, voldoende aanwezigheid

van sociotherapeuten en oog voor voorspelbaarheid en veiligheid. Hierbij kan gedacht worden aan informatie over roosters, vakanties van therapeuten en het vooraf aankondigen van bezoek.

Patiënten met een minder kwetsbare per-

soonlijkheidsstructuur kunnen meer profiteren van een milieu met reconstructieve elementen en met meer druk, confrontatie en ontregeling. Dit is het geval indien deze patiënten zelfstandiger met elkaar werken en minder support van de sociotherapeuten krijgen.

In hun boek *Werken in een therapeutisch milieu* stellen Janzing & Kerstens (2012) voor de executieve, adaptieve en defensieve functies van de patiënt in kaart te brengen teneinde de keuze voor het milieu te kunnen onderbouwen.

Wanneer de visie op de pathologie en vervolgens de contouren van een milieu zijn vastgesteld, kan bij een patiëntenpopulatie een passende behandelmethode worden gezocht. Elke behandelmethode, zoals eerder opgemerkt, vindt binnen een bepaalde setting plaats. De effectiviteit van die methode kan echter worden vergroot wanneer aan de setting als belangrijke onderlegger van de behandeling aandacht wordt besteed. Op deze wijze wordt de setting een therapeutisch middel dat de effectiviteit van de gekozen behandelmethoden vergroot.

Onze verwachting is dus dat bij het toepassen van *Samenhangend Behandelen*, als kenmerk van een therapeutisch milieu, het beoogde effect van evidence-based behandelingen toeneemt.

Een volgende stap is te kijken naar mensen en middelen. In wat voor gebouw kan de behandeling plaatsvinden en is dit passend bij het milieu en de patiënten? Welke disciplines zijn nodig en hoeveel uur moeten ze beschikbaar zijn? Vanuit het management

wordt meestal vastgelegd hoe mensen en middelen worden ingezet. Het is daarom belangrijk het management te betrekken bij *Samenhangend Behandelen*. De ideale verhouding van budget, mensen en middelen binnen een therapeutisch milieu is (nog) niet onderzocht.

De samenhang van een visie op psychopathologie, methoden en mensen en middelen is van belang. Vanuit de visie op pathologie kan worden vastgesteld in hoeverre steun in combinatie met – soms angstverhogende – ontregeling van denken, voelen en gedrag gegeven kan worden tijdens de behandeling van patiënten. Voortvloeiend uit deze visie, kan een keuze ontstaan voor middelen (bijvoorbeeld de vorm van huisvesting, therapieruimtes) en mensen (hoeveel stafleden en welke disciplines), die in samenhang functionerend, het juiste milieu creëren.

De indicatiestelling voor een therapeutisch milieu is afhankelijk van meer factoren en daardoor zijn verschillende atypische elementen van invloed op de behandelresultaten. Onderzoek op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen geeft aanwijzingen voor een aantal patiëntkenmerken die meespelen bij de indicatiestelling. Die beïnvloeden de intaker bij het nemen van beslissingen over het indiceren van een patiënt voor een bepaald therapeutisch milieu (Van Manen et al. (2011); Van Manen et al. (2008). De Multidisciplinaire Richtlijnen van het Trimbosinstituut zijn vooralsnog het meest up-to-date als het gaat om indicatiestelling voor een (dag)klinische behandeling (zie ook: Pol, Voorhoeve & Hulshof, 2009).

De oppervlakte- en dieptestructuur van een multidisciplinair team

Wanneer de visie op pathologie, mensen, methoden en middelen wordt vastgelegd, wordt er gebouwd aan de zogenoemde *oppervlaktestructuur* van een team.

De oppervlaktestructuur is de functionele en structurele ordening van de behandel-eenheid die is gericht op het doel van de behandeling. Belangrijke aspecten van een oppervlaktestructuur zijn bijvoorbeeld de begroting, of dat iedereen voldoende opgeleid is, of dat er voldoende ruimtes beschikbaar zijn en of deze voldoen aan de voorwaarden voor therapie. Is er een visie op de doelgroep die wordt behandeld? Wordt de behandelmethode gedragen door het team en voldoende goed geïntegreerd toegepast? Is de personele bezetting op orde, zijn er afspraken over vakanties, ziektes, studiedagen? Is de onderlinge communicatie goed geregeld, hebben mensen beschikking over een computer? Zijn er functionele bijeenkomsten? Is er ook voldoende ruimte om collega's minder formeel te ontmoeten? Kortom, zijn de personele bezetting, de middelen, de psychopathologie van de patiënten en de behandelmethode op elkaar afgestemd?

De *dieptestructuur* van een behandel-eenheid of, nog breder, van een organisatie is ook een structurele en functionele ordening, maar nu gestuurd door persoonsgebonden factoren. Emoties, fantasieën en verwachtingen spelen hierin een rol. Dit alles komt tot uitdrukking in de sfeer die de mensen in de setting, meestal onbe-

wust, uitdragen. Hier gaat het bijvoorbeeld om persoonlijkheidskenmerken, of over angsten, verzet, of over hechtingspatronen, of over levensvisies, dus dat wat meestal niet zichtbaar is of zelfs niet zichtbaar mag worden. Wanneer de oppervlaktestructuur onduidelijk en inconsistent is, zal dit effect hebben op de dieptestructuur en omgekeerd.

Binnen de groepsdynamica wordt er wel gesproken over groepstaak en groepsproces (De Haas, 2010). In de groepstaak komen elementen van de oppervlaktestructuur, zoals (werk)afspraken, taakverdeling, agenda en dergelijke naar voren. Het groepsproces verwijst onder meer naar belevingen, gevoelens in de groep, sfeer, allemaal elementen van de dieptestructuur. Binnen elke groep zijn aspecten van een oppervlakte- en dieptestructuur (begrippen die zijn ontwikkeld binnen de linguïstiek) altijd aanwezig. De meeste problemen rond samenhang in de behandeling van patiënten zijn een gevolg van de oppervlaktestructuur, zoals een onvoldoende tot slechte organisatie. Zo kunnen er problemen met middelen zijn, communicatieproblemen, onvoldoende teambezetting of competentie-tekorten. In veel gevallen sluit de organisatie van de behandeling niet of onvoldoende aan op de behandelvraag. Bij het ontbreken van een goede organisatie is de kans groot dat medewerkers in hun doen en laten gestuurd worden door impulsen of motieven die niets of weinig met het organisatiedoel te maken hebben. Het laatste is beschreven als de 'regressietendens' van het team (Janzing, 2009).

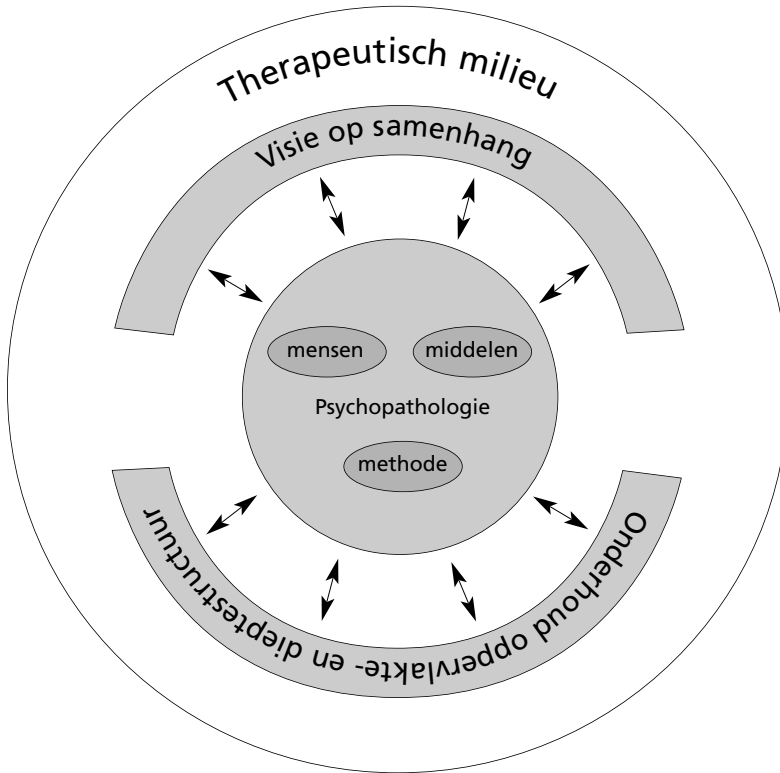
Een andere, mogelijk negatieve invloed op de effectuering van een – althans op papier goede behandelorganisatie van een multidisciplinair team, hebben persoonlijke factoren van teamleden, dus een bepaalde dieptestructuur van een team. Voorbeelden hiervan zijn persoonlijke psychopathologie als aanpassingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen of -problematiek, soms zelfs psychosen van medewerkers. Allerlei soorten onderlinge verhoudingen (verliefheden, autoriteitsproblemen, vooroordelen en dergelijke) kunnen een rol spelen waardoor een afdeling niet goed en professioneel functioneert. Zo kunnen persoonlijke voorkeuren van collega's voor bepaalde patiënten en bepaalde (omstreden) methoden van negatieve invloed zijn op methodisch (en samenhangend) behandelen door bijvoorbeeld (seksueel) grensoverschrijdingen jegens patiënten. Collega's met gevoeligheid voor macht en autoriteit kunnen ondermijnd werken jegens het voorgestelde beleid. Vermijding en sociale onhandigheid kunnen leiden tot solistisch werken, waardoor er nauwelijks zicht is op de individuele werkzaamheden. Voorkeuren voor bepaalde diensten (bijvoorbeeld avond- of nachtdienst) kunnen tot scheefgroei en grensoverschrijdingen leiden. Ook parallelprocessen tussen de verschillende geledingen in een instelling kunnen een vertroebelende en hinderlijke dieptestructuur tot gevolg hebben. Voorbeelden hiervan zijn onoverbrugbare tegenstellingen tussen leden van raden van bestuur binnen instellingen die kunnen voeren tot een slechte werksfeer binnen groepen medewerkers.

Dan zijn er nog de niet uitgesproken, dikwijls heimelijke conflicten, jaloezieën en relaties tussen medewerkers in behandelteams en allerlei niet of weinig gekende bindingen tussen medewerkers en patiënten.

Veel problemen in behandelorganisaties vinden hun oorsprong in de hier beschreven incongruentie tussen oppervlakte- en dieptestructuur. Hierdoor staat de mate van professionaliteit vaak onder druk. Het onderhoud van een behandelteam met een multidisciplinair behandelteam door onder meer beleidsdagen, externe consulten of intervisiebijeenkomsten, kan de organisatie van het behandelmilieu 'schoon houden'. Dit 'schoon houden' houdt met andere woorden in dat de visie op psychopathologie, methoden, middelen en mensen vrij van persoonlijke voorkeuren en slordigheden blijft. Uit onderzoek is gebleken dat intervisie effect heeft op het welzijn van het team. Ook blijkt dat kennis van groepsdynamica bij de manager effect heeft op tevredenheid bij de medewerkers (Bergman et al., 2007; Sandahl, 2006).

Men spreekt volgens het model Samenhangend Behandelen van een therapeutisch milieu, wanneer er binnen een (behandel) setting samenhang is tussen een visie op de psychopathologie, op de behandeling en de daartoe benodigde mensen en middelen en wanneer er onderhoud wordt gepleegd aan de oppervlakte- en dieptestructuur van een team. Dit model stoelt op modellen die afkomstig zijn uit psychoanalytisch gedachtegoed, groepsdynamica, sociale- en

Figuur 3: Samenhangend Behandelen (Claassen & Janzing, 2013)



organisatiepsychologie, transactionele analyse en modellen uit de management- en organisatieleer.

Het effect van een therapeutisch milieu

Na de Tweede Wereldoorlog is veel gepubliceerd over de omgeving – het milieu – waarbinnen psychiatrische dan wel psychotherapeutische behandeling plaatsvindt. Bekend is het klassieke werk van Stanton & Schwartz (1954). Zij waren respectievelijk

psychiater en socioloog en doen in hun boek verslag van observatieonderzoek binnen een afdeling voor psychotische vrouwen in het ziekenhuis Chestnut Lodge (Washington DC). Hun minutieuze verslag heeft betrekking op de gevolgen van allerlei aspecten van de ziekenhuisorganisatie op de behandeling van patiënten. Hun verslag heeft tevens betrekking op het effect van diverse processen binnen het behandelteam (zoals conflicten en communicatieproblemen) op de toestand, de psychopatholo-

gische symptomen van patiënten. Hun bevindingen zijn voornamelijk waarnemingen, indrukken en belevingen, die tot hypothesen kunnen leiden over situaties in andere instellingen. Het is één van de eerste grondige verslagen van participierend observatieonderzoek. Dit onderzoek bevestigde de veronderstelling dat de omgeving grote invloed heeft op het menselijke gedrag.

De antropoloog Caudill (1959) liet zich voor twee maanden als pseudopatiënt opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis (Yale Psychiatric Institute). Zijn onderzoek vertoonde parallellen met dat van Stanton & Schwartz, maar Caudill ging meer methodisch te werk. Zo gebruikte hij een gemodificeerde vorm van de Thematic Apperception Test om medewerkers en patiënten te interviewen. Ook benutte hij de categorieën van Bales bij de beschrijving van communicatiepatronen tijdens teamconferenties. In grote lijnen ondersteunen zijn resultaten de bevindingen van Stanton & Schwartz.

Het belang van een behandelingsomgeving die als therapeutisch milieu fungeert, is in latere decennia door vele auteurs benadrukt. Een overzicht hiervan geven Janzing & Lansens (1997). Het betreft grotendeels effectiviteitsonderzoek door middel van vragenlijsten, naast (participerende) observatie. Opvallend zijn de inspanningen van Moos (1974) om de beleving van de behandelomgeving bij patiënten en stafleden in kaart te brengen. Hij ontwikkelde de Ward Atmosphere Scale (WAS), een meetinstrument dat de sfeer op een afde-

ling meet en vergelijking tussen behandelomgevingen mogelijk zou maken. Hij constateerde dat de score op de WAS een voorspellende waarde kon hebben op de behandelresultaten. Deze resultaten werden evenwel niet gevonden in een herhalingsonderzoek in Nederland (Haaksma, 1982). Desondanks wordt de lijst nog steeds verfijnd (WAS-TP) en gebruikt voor diverse onderzoeksdoeleinden (Pedersen & Karterud, 2007). Het instrument is het meest geschikt om de kwaliteit van Samenhangend Behandelen te meten.

De WAS heeft aan veel kritiek bloot gestaan. Zo is gebleken dat persoonlijke factoren als depressie, sekseverschillen en het tijdstip van invullen de uitslag kunnen vervormen. Voorts werd vastgesteld dat het gebruik van de uitkomst van het instrument weinig tot geen betrekking heeft op de kwaliteit van de organisatie van een behandel eenheid.

In de jaren negentig van de vorige eeuw is er een groot benchmarkonderzoek uitgevoerd door de Stichting Klinische Psychotherapie (SKP), het STEP-onderzoek. Er waren vijf instellingen die de effecten van behandeling maten en met elkaar vergeleken. Binnen elke instelling werd een vorm van Samenhangend Behandelen toegepast. De meest opvallende conclusie was, dat de toestand van patiënten verbetert na een psychotherapeutische (dag)klinische behandeling en dat de verbetering zich na een jaar nog doorzette (SKP, 2000). Het Sceptre-onderzoek onderstreept deze uitkomsten nogmaals (Bartak, 2010). Met de invoering van specifieke

behandelmethoden en de marktwerking in de zorg lijkt de animo voor het benchmarken tussen de instellingen sterk te zijn verminderd, waardoor een dergelijk groot onderzoek naar effectiviteit van een therapeutisch milieu bemoeilijkt wordt.

Voorstel voor onderzoek

Uit het voorgaande blijkt dat samenhang in behandeluitvoering binnen de GGz is te bepalen door onder meer het gebruik van een vragenlijst die de kwaliteit van oppervlakte- en dieptestructuur peilt. In de bijlage van dit artikel is een ruwe opzet van een dergelijke vragenlijst, als globale inventarisatielijst, opgenomen. Mogelijk kunnen later betrouwbaarheid en validiteit worden gemeten. Daarbij zullen afzonderlijke items hier en daar inhoudelijk bijgeschaafd moeten worden. Wellicht dat dan een meer uitgegroeid meetinstrument het resultaat is.

Door de mate van samenhang af te zetten tegen de behandelresultaten zal de hypothese 'de patiënt verbetert meer in een team met meer samenhang' getoetst kunnen worden. Naast vragenlijstonderzoek is observatieonderzoek nodig. Hiermee wordt er aangesloten bij de traditie van Stanton & Schwartz (1954) en Caudill (1959). Bij de te benutten methoden kan geput worden uit antropologische onderzoeksmethoden, bijvoorbeeld technieken op het vlak van veldonderzoek (Arthur & Nazroo, 2003 en Ritchie & Lewis, 2004). De combinatie van deze twee methoden maakt het mogelijk meer diepte te geven aan vragenlijstuit-

slagen. De hierboven beschreven opzet zou uitgevoerd kunnen worden in een onderzoek, waarbinnen de vergelijking van behandel eenheden centraal staat. Het effect van de mate van samenhang in behandeling kan dan worden vastgesteld.

Literatuur

Arthur, S. en Nazroo, J. (2003). Designing Fieldwork Strategies and Materials. In: J. Ritchie en J. Lewis (red.), *Qualitative Research Practice; A Guide for Social Science Students and Researchers*. London: Sage Publications.

Baan, C.A., Hutten, J.B.F., Rijken, P.M. (red.) (2003). *Afstemming in de zorg. Een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening*. RIVM-rapport 282701005/2003.

Bartak, A. (2010). *On the effectiveness of psychotherapy in personality disorders*. Amsterdam: UvA, Academisch Proefschrift.

Bateman, A. en Fonagy, P. (2006). *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder*. Oxford: Oxford University Press.

Bensing, J. (1991). *Patient communication and the quality of care. An observation study into effective and instrumental behaviour in general practice*. Utrecht, Academisch proefschrift.

Bergman, D., Arnetz, B., Wahlström, R., Sandahl, C. (2007). Effects of dialogue groups

on physicians work environment. *J Health Organ Manag*, 21, 27-38.

Borst, E. en Neefjes, K. (2002). *Teamwork in organisaties*. Amsterdam: Boom/Nelissen.

Buljac-Samardzic M., Dekker-van Doorn, C., Wijngaarden, J.D.H. van, Eijk, K.P. van (2010). Interventions to improve team effectiveness: A systematic review. *Health Policy*, 94, 183-195.

Caudill, W. (1959). *The Psychiatric Hospital as a Small Society*. Cambridge: Harvard University Press.

Cheng-Hung Chen, Yueng-Ho en Li-Ju Chan (2010). Team implicit coordination in manufactory industry: assessing the mediating role of empowering leadership and team efficacy. *Computer Communication Control and Automation: 2010 International Symposium*, 459-462.

Cornelissen, A.J.T., Poppe, E., Ouwens, A.M. (2010). Drop-out bij klinisch psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsproblematiek. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 52 (1), 17-27.

Edens, W. en Kerstens, J.A. (2009). Het milieutherapeutische arrangement voor klinische schematherapie. In: Muste et al. (red.), *Handboek voor Klinische Schematherapie* (59-77). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Haaksma, H. (1981). *Therapeutisch klimaat en behandelingsresultaat*. Nijmegen: scriptie K.U., vakgroep klinische psychologie.

Haan, C. de (2011). De methode: wondermiddel of loden last? Over de invoering van nieuwe evidence based-methoden bij complexe problematiek. *Groepen*, 6 (3), 17-28.

Haas, W. de (2010). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*. Soest: Nelissen.

Hutsebaut, J., Bales, D.L., Busschbach, J. van, Verheul, R. (2012). The implementation of mentalization-based treatment for adolescents: a case study from an organizational, team and therapist perspective. *International Journal of Mental Health System*, 6 (1), 10-21.

Hutsebaut J., Bales, D., Kavelaars, M., Gerwen, J. van, Busschbach, J. van, Verheul, R. (2011). Implementatie van een behandelmodel voor persoonlijkheidsgestoorde adolescenten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 37, 162-176.

Janzing, C., Lansens, C. (1997). *Milieutherapie. Het arrangement van de klinisch-therapeutische zetting*. Assen: van Gorcum & Comp.

Janzing, C., Kerstens, J. (2012). *Werken in een therapeutisch milieu. Naar samenhangend behandelen in de GGz*. Houten: Bohn-Stafleu-van Loghum.

Janzing, C. (2009). *Samenhangend behandelen in de GGz*. Assen: van Gorcum & Comp. Jongerius, P.J.J., Rylant, R.F.A. (1989). *Milieu als methode. Theorie en praktijk van de methodische milieuhantering in de GGz*. Amsterdam: Boom.

- Katzenbach, J., Smith, D. (1997). *Het geheim van teams. Een bedrijf van wereldklasse creëren*. Schiedam: Scriptum management.
- Kooiman, K. (2008). Drop-out onder patiënten voor klinische psychotherapie voor persoonlijkheidspathologie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 34, 101.
- Kotter, J. P. (2012). *Leiderschap bij verandering*. Den Haag: Sdu Uitgevers bv.
- Kurtz S., Silverman, J., Draper, J. (2006). *Vaardig communiceren in de gezondheidszorg. Een evidence-based benadering*. Utrecht: Lemma.
- Lieberman R.P., Hilty, D.M., Drake, R.E., Tsang, H.W.H. (2001). Requirements for Multidisciplinary Teamwork in Psychiatric Rehabilitation. *Psychiatric Services*, 52, 1331-1342.
- Manen, J.G. van, Andrea, H., Eijnden, E. van den, Meerman, A.M.M.A., Thunnissen, M.M., Hamers, E.F.M., Huson, N., Ziegler, U., Stijnen, T., Busschbach, J.J.V., Timman, R., Verheul, R. (2011). Relationship between patient characteristics and treatment allocation for patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders*. 25, 656-667.
- Manen, J.G. van, Kamphuis, J.H., Visbach, G.T., Ziegler, U.M., Gerritsen, A., Van Rossum, G., Rijnierse, P.M., Timman, R., Verheul, R. (2008). How do intake clinicians use patient characteristics to select treatments for patients with personality disorders? *Psychotherapy Research*, 18, 711-718.
- Moos, R. (1974). *Evaluating Treatment Environments. A Social Ecological Approach*. New York: John Wiley & Sons.
- Muste E., Weertman, A., Claassen, A. (red.) (2009). *Handboek klinische schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Pedersen, G., Karterud, S. (2007). Associations between patient characteristics and ratings of treatment milieu. *Nord. J. Psychiatry*, 61, 271-278.
- Pol, S., Hulshof, R., Voorhoeve, J. (2009). Second opinion en indicatiestelling met behulp van de groep. *Groepen*, 3 (3), 51-56.
- Robertson-Hickling, H.A, Abel, W.D., Hickling, F.W. (2003). *Evaluating the effectiveness of teams in the delivery of mental health in Jamaica*. Fourth Annual Sir Arthur Lewis Institute for Social and Economic Research Conference, Barbados.
- Sandahl, C. (2006). Group Supervision for managers. *International Journal of Group Psychotherapy*, 1, 127-134.
- Sari, B., Katzy B.R. en Loeh, H. (2007). Coordination Routines behind Knowledge Intensive Work Processes. *ICE Conference Proceedings*.
- Singh, Swaran P. (2000). Running an effective community mental health team. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 414-422.
- Soeteman, D.I., Busschbach, J.J.V., Verheul, R., Hoomans, T., Kim, J.J. (2011). Cost-effective

psychotherapy for personality disorders in The Netherlands: the value of further research and active implementation. *Value in Health*, 14, 229-239.

Stanton, A.H., Schwartz, M.S. (1954). *The Mental Hospital. A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment*. New York: Basic Books Publishers.

Stichting Klinische Psychotherapie (2000). Resultaatonderzoek in de klinische psychotherapie. *Recente gegevens op basis van het Standaard Evaluatie Project 1997-2000. Terugblik op 25 jaar resultaatonderzoek*. Noordwijkerhout: SKP.

Thunnissen, M.M., Remans, Y.A.H., Trijsburg, R.W. (2004). Voortijdige beëindiging van kortdurende klinische psychotherapie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 46, 739-743.

Vinokur-Kaplan, D. (1995). Enhancing the effectiveness of interdisciplinary mental health treatment teams. *Administration and Policy in Mental Health*, 22, 521-530.

Werkgroep Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (2008). Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. *Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Wright J.H., Thase, M.E., Beck, A.T., Ludgate, J.W. (eds) (1993). *Cognitive Therapy with Inpatients. Developing a Cognitive Milieu*. New York: The Guilford Press.

Bijlage

Conceptchecklist Samenhangend Behandelen

Oppervlaktestructuur

Vragen over organisatie en werkwijze

1. Het organogram van de eenheid is duidelijk beschreven ja / nee
2. Wie onze eindverantwoordelijke is, is duidelijk
3. Er is voldoende secretariële ondersteuning
4. Ik heb een taakomschrijving, gekoppeld aan mijn arbeidsovereenkomst
5. Ik heb een vaste werkruimte
6. Ik heb eens per jaar een functioneringsgesprek
7. Ik ben lid van de OR (geweest)
8. Ik weet welk budget aan onze behandel eenheid is toegekend
9. De patiënten krijgen een behandelovereenkomst
10. Er is een eindverantwoordelijke (hoofdbehandelaar)
11. Er is een vaste ruimte voor vergaderingen
12. De ruimtes zijn schoon en opgeruimd
13. Er is beleid over hoe lang een patiënt wordt behandeld
14. Er is een behandeloverleg
15. Er is een beleidsoverleg
16. Er is een intervisie
17. Ik heb een computer met een rapportagesysteem en kan ook rapportage van collega's over patiënten lezen
18. Ik heb tijd om de rapportage te lezen als ik patiënten ga zien
19. Ik maak na elk gesprek of groeps sessie met een patiënt een verslag
20. Overleg over de behandeling vindt op regelmatige tijden plaats
21. Er is een rooster met welke patiënten er op het behandeloverleg worden besproken
22. Meestal krijgen de te bespreken patiënten binnen de behandelbespreking evenveel aandacht en tijd
23. Ik word op de hoogte gehouden van ontwikkelingen in de organisatie buiten mijn team
24. Er zijn afspraken in de organisatie over hoe om te gaan met e-mail
25. Mijn collega's doen hun werk in eigen, vaste, ruimten
26. Bij elke vergadering is het duidelijk wie de voorzitter is
27. Ik krijg betaald volgens de CAO
28. Wij hebben ons programma vastgelegd in officiële documenten
29. De informatie op de website is up-to-date
30. Tijdens vergaderingen staan de mobiele telefoons uit of is men niet beschikbaar voor andere zaken

Bijlage

Conceptchecklist Samenhangend Behandelen

Dieptestructuur

Vragen over werksfeer

1. Er zijn altijd collega's die (niet) op tijd in de vergadering zijn
2. Tijdsafspraken met patiënten worden door mij altijd strikt nagekomen
3. In het samenwerken met mijn collega's is er ook tijd en ruimte voor persoonlijke zaken
4. Ik voel me gehoord en gezien door de teammanager/hoofd
5. Ik voel me betrokken bij de organisatie
6. Ik ben tevreden over mijn salaris in verhouding tot mijn werkzaamheden
7. Ik ben aanwezig bij vergaderingen waar mijn aanwezigheid noodzakelijk is
8. De behandelovereenkomst/plan is dikwijls voor verschillende uitleg vatbaar
9. De behandelovereenkomst/plan wordt nooit geëvalueerd en/of bijgesteld
10. Ik ben tevreden over de rol die ik inneem in het team
11. Mijn collega's waarderen mij
12. Ik krijg feedback van collega's waar ik wat aan heb
13. Als er een nieuwe collega komt dan heeft dat effect op onze werksfeer
14. Er zijn een paar collega's die het voor het zeggen hebben
15. Ik ben op de hoogte van wat er in de therapie van mijn collega's gebeurt
16. Ik ben wel eens jaloers op de kwaliteiten/ aandacht die bepaalde collega's hebben/krijgen
17. Iedereen in het team maakt de uren die in zijn of haar contract staan vermeld
18. Mijn bijdrage aan het behandeloverleg is van invloed op het behandelplan
19. Functioneringsgesprekken vinden enkel dan plaats wanneer er problemen zijn
20. Mijn collega's klagen vaak dat ik niet bereikbaar ben
21. We vermijden openlijke conflicten
22. Meningsverschillen worden gedeeld
23. Ik kan werken met beslissingen van mijn hoofdbehandelaar waar ik het niet mee eens ben
24. Mijn collega's werken op eigen houtje, los van de behandelovereenkomst
25. Er is een laag ziekteverzuim op onze afdeling
26. Bij de selectie van medewerkers wordt ook gevraagd gekeken naar vrijetijdsbesteding
27. Ik neem graag deel aan projectgroepen binnen de organisatie waar mijn team deel van is
28. Het komt door de kwaliteit van de leidinggevende dat er onnodige problemen zijn
29. Ik weet niet wat mij op lange termijn binnen mijn organisatie te wachten staat
30. Beleidsoverleg wordt zoveel mogelijk vermeden.