

Peer-supported Open Dialogue in Nederland

Evaluatie van het eerste jaar POD in 4 GGZ organisaties



Utrecht/Eindhoven
Januari 2017

1. Inleiding

In september 2016 is de pilot Peer-supported gestart binnen Altrecht, Lister, MetGGz en GGzE. In gezamenlijkheid is tevens besloten de pilot te monitoren en evalueren om van daaruit het leerproces naar het werken volgens de POD methode verder vorm te kunnen geven. Deze evaluatie is op 1 januari 2017 gestart en wordt met deze rapportage afgerond. De vragen die we willen beantwoorden in dit rapport zijn:

1. Hoe goed lukt het binnen de pilotorganisaties om POD toe te passen?
2. Hoe verloopt de implementatie en wat zijn hierin bevorderende en belemmerende factoren?
3. Wat zijn de ervaringen van betrokken medewerkers en cliënten/naasten?

Het pilottraject POD is gestart vanuit de Werkplaats Herstelondersteuning waarin antwoord gezocht wordt op de vraag 'hoe geven wij herstelondersteunende zorg vorm in de praktijk?'. Kennisname van Open Dialogue, de onderzoeksresultaten in Finland en de wereldwijd groeiende belangstelling voor OD, deed vermoeden dat OD ook in Nederland mogelijk een goede aanvulling kan zijn op het beschikbare aanbod van herstelondersteuning. Een studiereis naar het Peer-supported Open Dialogue binnen NHS onder leiding van psychiater Russell Razzaque bracht de aldaar ontwikkelde opleiding in beeld. Na ampel beraad is voor deze opleiding gekozen omdat naast de competenties in Open Dialogue expliciet een rol is voor peers, er aandacht is voor de implementatie en ontwikkeling van mindfulness onderdeel is van de scholing.

2. Methode

De instrumenten die zijn ingezet om deze vragen te kunnen beantwoorden zijn 1) de modelgetrouwheidsschaal van Olson en collega's (2014), aangevuld met de organisatieprincipes, 2) een logboek, 3) een vragenlijst onder netwerken, 4) interviews en 5) een focusgroep. Vanuit iedere deelnemende instelling is één onderzoeker afgevaardigd voor de evaluatie. Dit is in alle gevallen tevens een POD getrainde hulpverlener. De centrale coördinatie heeft plaatsgevonden vanuit GGzE (onderzoeksgroep Evidence Based Management van Innovatie) en Kenniscentrum Phrenos. De dataverzameling heeft plaatsgevonden tussen januari en december 2017.

Modelgetrouwheidsschaal en organisatieprincipes (t.b.v. onderzoeksvraag 1 en 2)

De door Olson en collega's (2014) ontwikkelde modelgetrouwheidsschaal bestaat uit 31 items die gebaseerd zijn op de 12 kernelementen van POD. Door een score aan te geven van 1 tot en met 4, waarbij 1 = onvoldoende en 4 = uitstekend, kan m.b.v. deze schaal worden vastgelegd in hoeverre het werken volgens de POD principes 'gelukt' is. Aan deze schaal zijn ook vragen t.a.v. de organisatieprincipes toegevoegd. In bijlage 1 is de vragenlijst opgenomen. Gaandeweg het proces bleek dat het 'meten' van modelgetrouwheid in deze fase van het ontwikkel- en leerproces niet opportuun is. Wel is de in Engeland ontwikkelde modelgetrouwheidsschaal een bruikbaar instrument om in kaart te brengen hoe het werken met de POD aanpak in de praktijk werkt, waar men wel/niet in slaagt en wat op basis daarvan geleerd kan worden. Het mag echter niet zo zijn dat de ingevulde lijsten een waarde toegekend krijgen ten aanzien van het modelgetrouw werken, omdat het 'model' nog volop in ontwikkeling is. Wel zorgt het voor bewustwording over waar je mee bezig bent en het houdt je scherp op hoe je de POD gesprekken de vorm en inhoud geeft die recht doet aan de principes. Naast de inhoudelijke items in de fidelity scale, is gekeken naar de organisatie van POD. Ook zijn/worden algemene gegevens verzameld, zoals hoeveelheid gesprekken dat plaatsvindt met een netwerk, de achtergrond, wie erbij zijn, etc. Alle gegevens zijn vastgelegd in Excelbestanden en vervolgens geanalyseerd met behulp van SPSS versie 19. De dataverzameling via de werkbestanden vond plaats tussen januari en oktober 2017.

Logboek door pilotleiders (t.b.v. onderzoeksvraag 2)

De pilotleiders is gevraagd om gedurende de periode januari t/m september 2017 in een logboek te noteren welke implementatie issues zij tegen zijn gekomen in een voorliggende periode. In eerste instantie werd gevraagd dit wekelijks bij te houden. In de praktijk heeft iedere organisatie 1 à 2 keer gedurende de periode het logboek ingevuld. Daarmee valt niet meer te spreken over een logboek, maar meer over een tussentijdse verslaglegging over het implementatieproces bij ieder van de pilot instellingen. Echter, doordat op verschillende manieren data is verzameld (bijgeschreven opmerkingen in de werkbestanden en een focusgroep), is nog steeds voldoende informatie verkregen over de barrières en succesfactoren in het implementatieproces.

Focusgroep (t.b.v. onderzoeksvraag 2)

Er is een focusgroep gehouden met de pilotleiders en andere sleutelfiguren binnen de verschillende organisaties als het gaat om de implementatie van POD. De focusgroep is gestructureerd aan de hand van de zeven principes van POD. Voor ieder van de principes is door de vertegenwoordiging van elke organisatie input geleverd over de wijze waarop de principes in de praktijk worden toegepast. De data is schriftelijk vastgelegd in een schema en vervolgens verder gethematiseerd ten behoeve van deze rapportage.

Interviews (t.b.v. onderzoeksvraag 3)

In ieder van de deelnemende instellingen zijn interviews gehouden met POD netwerken om in kaart te brengen wat de ervaringen zijn bij de netwerken met deze nieuwe aanpak. De aangestelde onderzoekers van de instellingen hebben aan het eind van een netwerkmeeting een aantal korte open vragen gesteld over wat men vindt van de gesprekken tot nu toe. De antwoorden zijn vastgelegd in een verslag en gebundeld t.b.v. deze rapportage.

Vragenlijst (t.b.v. onderzoeksvraag 3)

Op basis van de modelgetrouwheidsschaal is ook een aparte vragenlijst opgesteld voor netwerken waarin zij werden vanuit hun perspectief te reflecteren op de kernelementen van POD en hoe dit in de gesprekken terugkomt. De vragenlijst is uitgezet door de onderzoekers van de instellingen. De vragen zijn open geformuleerd, waardoor de verzamelde data kwalitatief van aard is. Deze data is gebundeld t.b.v. deze rapportage. De vragenlijst is terug te vinden bijlage 2.

3. Resultaten

3.1 Algemene gegevens

Ontvangen gegevens (ingevulde werkbestanden)

In totaal zijn 88 ingevulde Excelbestanden terugontvangen. Vanuit ieder van de organisaties is data verzameld en aangeleverd. Het is echter onduidelijk hoe deze respons zich verhoudt tot het aantal POD gesprekken dat in ieder van de organisaties heeft plaatsgevonden, omdat we geen betrouwbaar beeld hebben kunnen verkrijgen over het totaal aantal gevoerde gesprekken. De mate waarin gegevens zijn ingevuld varieert per terugontvangen bestand. Dit heeft te maken met het feit dat in eerste instantie alleen de fidelity is uitgevraagd, later zijn hier andere (algemene) gegevens aan toegevoegd.

Welke pilot: GGZE, METGGZ, ALTRECHT of LISTER

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|-----------|---------|---------------|--------------------|
|--|-----------|---------|---------------|--------------------|

| | | | | | |
|-------|----------|----|-------|-------|-------|
| Valid | ALTRECHT | 39 | 44,3 | 44,3 | 44,3 |
| | GGZE | 16 | 18,2 | 18,2 | 62,5 |
| | LISTER | 12 | 13,6 | 13,6 | 76,1 |
| | METGGZ | 21 | 23,9 | 23,9 | 100,0 |
| | Total | 88 | 100,0 | 100,0 | |

Aanleiding voor POD

Tijdens de pilot is in kaart gebracht wat de aanleiding was om met POD te starten. Dit is 24 keer vastgelegd voor verschillende netwerken en binnen verschillende pilotorganisaties. In sommige gevallen was de aanleiding meervoudig. In onderstaande tabel zijn de verschillende aanleidingen weergegeven.

| Aanleiding | Aantal keer genoemd |
|--------------------------------|---------------------|
| Relatieproblemen / conflict | 10 |
| Middelengebruik | 2 |
| Overbrugging tot opname | 2 |
| Einde opname | 4 |
| (dreigende) crisis | 6 |
| Behoefte aan een andere aanpak | 3 |
| Suïcidaliteit | 2 |

In veel gevallen is de reden om met POD te starten terug te vinden in de relationele sfeer. Ook zijn een dreigende crisis en de angst om terug te vallen na een opname vaker genoemde redenen om met POD te starten.

Waar vinden de gesprekken plaats?

Veruit de meeste POD gesprekken vinden plaats in de thuissituatie, zo'n 70% van de 48 geregistreerde gesprekken. Daarnaast worden POD gesprekken in een aantal gevallen bij de GGZ instelling gehouden waar de cliënt op dat moment opgenomen is, dat was in 25% van de keren het geval. Een enkele keer vindt het gesprek op een externe locatie plaats.

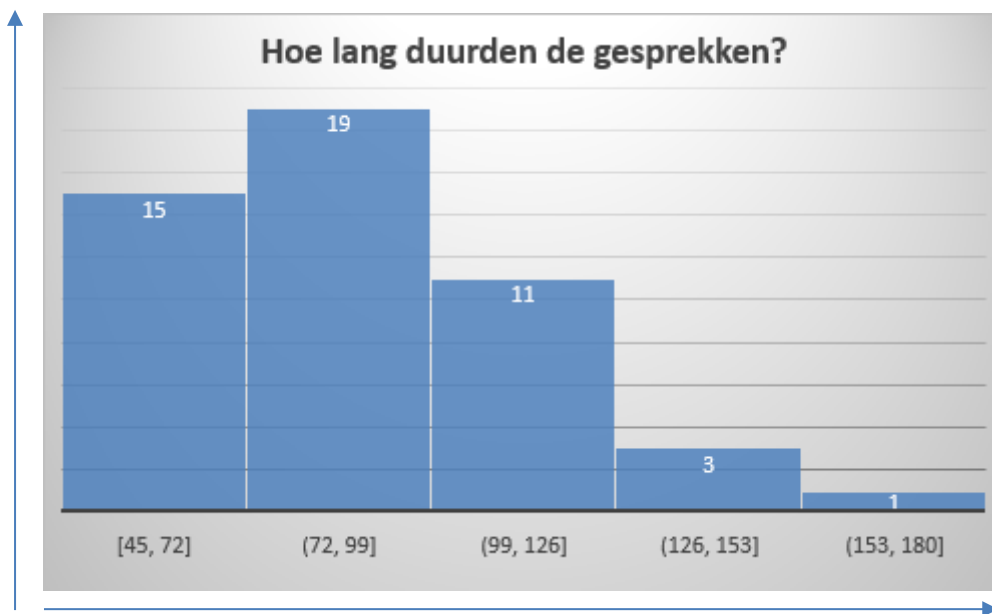
Contact buiten het POD gesprek?

In totaal is 49 keer geregistreerd of er buiten de geplande POD gesprekken om (ander) contact heeft plaatsgevonden tussen de POD'ers en het netwerk. In iets meer dan de helft van de gevallen was het antwoord daarop 'ja', tegenover 36% waarbij er verder geen contact had plaatsgevonden. Er werd 6x aangegeven dat er contact had plaatsgevonden, maar alleen om praktische redenen, bijvoorbeeld voor het maken van een nieuwe afspraak. Mogelijk is dat ook voor een deel het geval bij de overige 'ja'-antwoorden, echter waarover contact is geweest is niet bevraagd en dus ook niet uit de data op te halen.

Hoe lang duurt een POD gesprek gemiddeld?

Vrijwel alle POD gesprekken worden binnen 2 uur afgerond, waarbij de meeste gesprekken tussen een uur en anderhalf uur duren. In figuur 1 is zichtbaar hoe de tijdsduur verdeeld is over de 49 gesprekken waarvoor dit is geregistreerd. De cijfers op de horizontale as geven de minuten weer dat de gesprekken duurde en de verticale as het aantal gesprekken waarvoor dit geldt. Bijvoorbeeld 15 gesprekken duurden tussen 45 en 72 minuten, 19 gesprekken tussen 72 en 99 minuten, enzovoort.

Aantal gesprekken



Aantal minuten

Figuur 1 Tijdsduur POD gesprekken.

3.2 De kernelementen van POD in de praktijk (onderzoeksvraag 1)

Aan de hand van de modelgetrouwheidsschaal is POD'ers gevraagd aan te geven hoe een netwerkgesprek is verlopen en in hoeverre het 'gelukt' is om de principes toe te passen. De vragenlijst bestond uit 31 items, die beantwoord moesten worden op een schaal van 1-4, waarbij 1=onvoldoende, 2=redelijk, 3=goed en 4=uitstekend. De resultaten zijn gebaseerd op 88 ingevulde lijsten in de periode januari t/m september 2017.

3.2.1 Algemeen beeld

- Als het gaat om het hanteren van de POD aanpak, wordt er vrij hoog gescoord. Dit geeft aan dat de POD'ers het – vanuit hun perspectief – voldoende tot goed lukt om de principes te hanteren in de gesprekken.
- Ook het toepassen van de organisatieprincipes wordt hoog gescoord, m.u.v. het item 'er was binnen 24 hulp aanwezig', dit lukt voorsnog onvoldoende afgaande op de resultaten van de huidige ingevulde scores.
- Items die een gemiddelde score krijgen van <3 zijn:
 - Eerste bijeenkomst: bespreken wat de geschiedenis is van het idee om de bijeenkomst te hebben;
 - Afstemmen op de nonverbale communicatie / lichaamstaal
 - Toestaan / verdragen van stiltes
 - Reageren op onmiddellijke reacties
 - Innerlijke meerstemmigheid – uitnodigen tot meerdere en mogelijk conflicterende gezichtspunten
 - Narratieve vragen stellen en circulaire vragen stellen
 - Aandacht besteden aan één woord of een deel van een zin
 - Stellen van feitelijke/gesloten vragen (bijv medische geschiedenis, status presens)
 - Advies geven zonder uitnodiging of toestemming

- Informatie geven zonder uitnodiging of toestemming
- Intonatie
- Non-verbaal gedrag
- De gemeten gemiddelden laten hoge standaarddeviaties zien, wat wil zeggen dat er grote variatie is in de gegeven scores.

In bijlage 3 is een tabel te vinden waarin per item de gemiddelde score en standaarddeviatie zijn weergegeven. Hieronder volgt een korte bespreking van scores t.a.v. de kernelementen en organisatieprincipes van POD.

3.2.2 Kernelementen

1. Responsief luisteren

Onder responsief luisteren wordt verstaan: het gebruiken van de woorden van de cliënt, het afstemmen op non-verbale communicatie en het toestaan en verdragen van stiltes. Het gebruik van de woorden van de cliënt lijkt de meeste POD'ers aardig te lukken, hierop wordt gemiddeld 3,03 gescoord. Wat lager ligt de score op het afstemmen op non-verbale communicatie met een gemiddelde van 2,63, wat betekent dat het ergens tussen 'redelijk' en 'goed' in zit. Met betrekking tot het toestaan/verdragen van stiltes beoordelen de POD'ers zichzelf met bijna een 'goed' (2,94). Over het verdragen van stiltes wordt ook verschillende keren een opmerking gemaakt, waarbij wordt aangegeven dat het in begin lastig/onwennig was, maar uiteindelijk een positieve bijdrage leverde aan het gesprek.

2. Het hier en nu benadrukken

Met het hier en nu benadrukken wordt bedoeld het zonder duiding of interpretatie reageren op de uitingen van deelnemers aan het netwerk. Uit de gemiddelde scores blijkt dit goed te lukken, met respectievelijk een score van 2,99 en een score van 3,03.

3. Polyfonie/meerstemmigheid

Polyfonie/meerstemmigheid houdt in het ontlokken van meerdere gezichtspunten, zowel de verschillende gezichtspunten van de verschillende deelnemers (outer polyphony) als de verschillende overwegingen die iemand in zichzelf kan hebben (inner polyphony). Dit wordt gedaan door iedereen te betrekken in de dialoog en door actief uit te nodigen tot meerdere, mogelijk conflicterende, gezichtspunten. De POD'ers kunnen in hun reflecties hun inner polyphony naar voren brengen. Het eerste, iedereen betrekken in de dialoog, lijkt de POD'ers goed te lukken, er wordt gemiddeld een score gegeven van 3,36. Wanneer het echter gaat om mogelijke conflicterende gezichtspunten, ligt de score wat lager en wordt met 2,65 gemiddeld genomen beoordeeld als 'redelijk' tot 'goed'.

4. Gebruik van relationele focus

Een focus op de relationele aspecten in een verhaal wordt door de huidige POD'ers gemiddeld beoordeeld met een score van 3,16 en het stellen van narratieve, circulaire vragen met 2,65. De beoordeling ligt daarmee als het gaat om relationele focus op 'goed' en voor het stellen van narratieve vragen ergens tussen 'redelijk' en 'goed'.

5. Normaliserend spreken

Met normaliserend spreken wordt bedoeld dat de door het netwerk ingebracht problematiek als betekenisvol wordt benadrukt. De score op dit element van POD ligt vrij hoog; als het gaat om het zien van symptomen of probleemgedrag als een natuurlijke reactie op stressvolle gebeurtenissen of omstandigheden is de gemiddelde score 3,37 en wat betreft het met oprechte interesse luisteren naar mogelijk vreemd klinkende beschrijvingen is dit zelfs 3,48.

6. Benadrukken eigen woorden en verhalen van de cliënt, niet de symptomen

Dit aspect van POD wordt inzichtelijk gemaakt aan de hand van een score op het helpen van de cliënt om woorden te vinden en het aandacht besteden aan één woord of deel van een zin. Met respectievelijk 3,02 en 2,97 blijkt uit de scores die de POD'ers toekennen aan deze items van de vragenlijst, dat dit als 'goed' wordt ervaren.

7. Proces van reflecteren

Een element van POD waarop relatief hoog gescoord wordt, is het proces van reflecteren. De items waarnaar onder dit element gevraagd wordt, zijn: het reflecteren op eigen gedachten in het bijzijn van het netwerk, het scheppen van mogelijkheden voor het netwerk om te reageren op een gesprek tussen hulpverleners en het daadwerkelijk samen nemen van besluiten over de planning van de behandeling. De scores voor deze items zijn resp. 3,30, 3,17 en 3,38. Met andere woorden, op alle drie de items binnen dit onderwerp wordt gemiddeld hoger dan de score 'goed' gegeven.

8. Transparantie

Tot op dit moment wordt door de POD'ers die de vragenlijsten hebben ingevuld de transparantie als goed beoordeeld. Als het gaat om het delen van informatie rond vragen en discussiepunten over de behandeling is de gemiddelde score 3,35 en wat betreft het delen van wat men wel en wat men niet weet wordt een gemiddelde score van 3,37 gegeven.

9. Onzekerheden verdragen

Ook worden hoge scores gegeven voor de items die vallen onder het element 'onzekerheden verdragen', deze variëren tussen de 3,19 en 3,48. Items die hier invulling aan geven zijn het voorkomen van snelle en haastige oordelen over symptomen, het proberen te ontwikkelen van een gezamenlijk begrip en het reageren op de persoon in zijn gehele context.

10. Monologische uitspraken (tot 33% is ok)

Onder monologische uitspraken wordt verstaan het stellen van feitelijke en gesloten vragen, het advies geven zonder toestemming of uitnodiging en het informatie geven zonder toestemming of uitnodiging. Het wordt acceptabel geacht als dit tot 33% gebeurt tijdens het gesprek. De huidige POD'ers geven aan dat dit redelijk tot goed lukt, alle scores liggen tussen 2,87 en 2,89, wat betekent dat gemiddeld net onder de classificatie 'goed' wordt gescoord.

11. Expert-houding

Hier wordt bedoeld het tonen van een niet-respectvolle expert-houding en in welke mate dit voorkomt tijdens het gesprek. Het gaat dan om zaken als intonatie, non-verbaal gedrag en het gebruik van klinisch jargon. Ook hier lijken de POD'ers goed in te slagen, d.w.z. het vermijden/voorkomen van een dergelijke houding. De scores variëren van 2,98 voor een goede intonatie, 2,93 voor non-verbaal gedrag en 3,02 voor het vermijden van klinisch jargon.

12. Eerbied, respect en oordeel

Als het gaat om het tonen van een eerbiedige, respectvolle en niet-oordelende houding wordt een gemiddelde score toegekend van respectievelijk 3,79 en 3,49. Dat betekent dat in verschillende gevallen dit door de POD'ers als uitstekend wordt beoordeeld.

3.3. Successen en leerpunten in de implementatie van POD (onderzoeksvraag 2)

3.3.1 Organisatie van POD

Door middel van een 5-tal vragen in het werkbestand dat de POD'ers de afgelopen tijd hebben ingevuld, is gekeken in hoeverre het lukt om POD organisatorisch gezien te implementeren. Deze vragen zijn pas in een later stadium toegevoegd aan het werkbestand, waardoor er minder ingevulde lijsten zijn dan bij de modelgetrouwheidsschaal. De gemiddelde scores zijn evenals de scores voor

modelgetrouwheid te vinden in bijlage 3. Opvallend is het hoge aantal keren dat een 4 (helemaal eens) is toegekend, waardoor ook de gemiddelde scores hoog komen te liggen, deze variëren van 3,34 tot 3,52. Uitzondering hierop is het eerste item, de vraag of er binnen 24 hulp aanwezig was, dit lijkt in verschillende situaties niet gelukt te zijn (gem. = 1.86).

3.3.2 Successen en leerpunten (logboek)

Aanvullend op de scores op de organisatieprincipes zoals in 3.3.1 beschreven, geeft de informatie die door de pilotleiders is vastgelegd in de logboeken inzicht in de succesfactoren en datgene dat aandacht vraagt bij de verdere implementatie. Daaruit blijkt dat er vooral rondom de organisatorische inbedding zorgen bestaan. Hoe krijgen we collega's mee in dit gedachtengoed, hoe pas je POD in met alle druk die de zorgverzekeraar en daaruit voortvloeiend het bestuur van de organisatie je oplegt? Zijn we eigenlijk al een team en hoe worden of blijven we dat? Wie heeft de verantwoordelijkheid en kunnen we POD wel leveren als het niet duidelijk is bij wie iemand 'in zorg is', met andere woorden wie de verantwoordelijkheid draagt? Maar er gaan ook zaken goed, gedurende de pilot krijgt POD steeds meer vorm en zijn er zeker in de netwerkgesprekken veel positieve ervaringen. Er is ruimte in de gesprekken en dit wordt als zeer waardevol gezien. Dit is een greep uit de genoemde punten in de logboeken, hieronder volgt het totale overzicht puntsgewijs. Daarbij is/likt de lijst aan aandachtspunten substantieel groter dan de lijst met punten die goed gaan. Dit heeft er mogelijk mee te maken dat men eerder geneigd is zaken te benoemen die (nog) niet goed gaan. Daarnaast is niet alle informatie aangeleverd in het gevraagde format waar ook expliciet een kolom was aangebracht met 'punten die goed gaan'.

Punten die goed gaan

- Er komen veel nieuwe aanmeldingen binnen, ons enthousiasme speelt daarin een belangrijke rol.
- We worden een hecht kernteam.
- Er vindt deskundigheidsbevordering in het team plaats.
- Medewerkers staan open voor de verandering.
- POD wordt genoemd bij Transitiepsychiatrie.
- Er zijn veel positieve ervaringen.
- Door POD verrassende uitkomsten van gesprekken, goed om te ervaren.
- Pilotleiders beginnen steeds meer in hun rol te komen.
- Er worden teams gevormd, keuze voor één team binnen een organisatie, maakt organisatie en inbedding makkelijker.
- Training in Londen heeft veel los gemaakt, vasthouden is een uitdaging. Daarom intervisie opgezet.
- Het lukt steeds beter om niet over cliënten te praten als ze er niet bij zijn.

Punten van aandacht

- We moeten goed zorgen dat we intervisie plannen, dit is vaak moeilijk te organiseren.
- De positionering binnen het bestaande werkveld is moeilijk.
- De verspreiding naar andere collega's kan nog beter, daar moeten we actiever in worden.
- De agendadruk zorgt ervoor dat sommige collega's niet voor POD kiezen. Het is moeilijk in te passen met de bestaande werk- en productiedruk.
- Sommige hulpverleners vinden het lastig in een andere rol op te treden dan ze gewend zijn. Soms zijn ze erg sceptisch.
- De hierboven genoemde drie punten leiden ertoe dat we alert moeten zijn dat we niet te hard gaan, het kan niet in één keer.
- Het is lastig de organisatorische zaken rond te krijgen. Van belang dat dit in het team aandacht heeft en dat afspraken worden gemaakt over hoe om te gaan met verantwoordelijkheden in de behandeling.

1. Onmiddellijke hulp binnen 24 uur

Het realiseren van een fysiek POD gesprek binnen 24 uur (geen crisis) is binnen geen van de pilots gelukt. Dit heeft te maken met het hebben van onvoldoende capaciteit om direct een POD getrainde medewerker te kunnen inzetten. Ook het organiseren van de meeting met mensen uit verschillende teams, en in geval van Lister en Altrecht ook uit verschillende organisaties, is erg complex gebleken. Bij GGzE was dit één van de redenen om een eigen POD team te willen hebben, maar ook dat vraagt goede afstemming met andere teams. Ondanks dat POD inhoudt dat er binnen 24 uur een netwerkmeeting wordt georganiseerd en dit niet altijd lukt, wordt wel gezocht naar manieren om in ieder geval in contact te zijn met de cliënt, bv. digitaal of per telefoon. Daarnaast zal het om flexibiliteit en creatief denken en organiseren vragen om dit kernprincipe van POD in de toekomst beter te kunnen realiseren (kernprincipe 3). Die flexibiliteit is een thema dat direct raakt aan het de vraag waar grenzen (van medewerkers) liggen en hoe ervoor te zorgen dat grenzen niet (te ver) overschreden worden.

2. Perspectief van sociaal netwerk

Het betrekken van de netwerken en het uitgaan van hun perspectief in de gesprekken is een andere manier van werken, maar over het algemeen is men van mening dat dit aardig lukt. Dat netwerk bestaat uit familie, vrienden, maar soms ook uit eerdere hulpverleners. Wel is het – zeker in het begin – echt zoeken geweest voor alle partijen in welke rol iedereen zat. Dat is ook voor netwerken ingewikkeld, zij zijn (soms ineens) deelnemer van een gesprek en traject daar waar ze eerder vooral toeschouwer waren. Over het algemeen leidt dat uiteindelijk tot een gevoel van opluchting ('er is eindelijk ook ruimte voor mijn verhaal'), maar het heeft er in enkele gevallen ook toe geleid dat netwerken zijn afgehaakt. Ze verwachten in die gevallen toch meer 'actie' van de hulpverlener richting de cliënt. Voor de hulpverlener kan het ook lastig zijn, van hen wordt gevraagd de expertrol los te laten in het gesprek. Dat is moeilijk omdat het een andere manier van werken is, maar ook omdat netwerken het in sommige gevallen van de hulpverlener verwachten. Die andere rol van de hulpverlener in deze hangt ook sterk samen met het kernprincipe 6, het verdragen van onzekerheid. Dat is niet voor iedere hulpverlener even gemakkelijk en is soms ook lastig uit te leggen aan niet-getrainde mensen. Het belang van reflecteren wordt meerdere malen aangehaald om hier een goede weg in te vinden. Ook de POD training speelt een belangrijke rol hierin.

3. Flexibiliteit en mobiliteit

Als het gaat om de mobiliteit lukt het aardig, de flexibiliteit is een wat lastiger te realiseren principe. Dat heeft – zoals al duidelijk werd bij het reflecteren op het principe 'binnen 24 uur een eerste POD gesprek – vooral te maken met capaciteit. Het is zaak als team flexibel te zijn en dat betekent letterlijk agenda's op elkaar afstemmen. Ook hier komt het thema 'grenzen aangeven' aan bod. Het gebeurt frequent dat grenzen worden overschreden en dat dit (te) vaak ten koste gaat van privétijd en –aangelegenheden. Een oplossing zou kunnen zijn bij het eerste gesprek meerdere hulpverleners te betrekken, zodat je in het traject daarna gemakkelijker de continuïteit kan borgen. Een issue dat daarnaast speelt is de duur van de gesprekken en het kritisch zijn op het inperken hiervan. Dat betekent jezelf de vraag stellen of het nodig is het gesprek zo lang te laten duren. Vanuit het idee van bieden van alle ruimte en openheid voor het gesprek kan dit nodig zijn (soms komt ineens op verrassende wijze een relevant onderwerp naar voren), maar het is ook zaak te leren aanvoelen wanneer je een gesprek kunt afronden. Mede in relatie tot productieafspraken en het kunnen bieden van een betaalbaar product, is dit van belang. De beginvraag van de meeting 'waar wil je het over hebben' kan daarin een goede leidraad geven.

4. Verantwoordelijkheid

De veranderde rol van de hulpverlener, maakt dat het ook zaak is dit door te vertalen naar goede afspraken over wie verantwoordelijk is. Vanuit Lister wordt begeleiding geboden en betekent dit dat met Altrecht wordt afgestemd. Het maken van goede afspraken over de

behandelverantwoordelijkheid, is niet compleet nieuw nu er op de POD wijze wordt gewerkt, dat was eerder al zo. Wat het nu complexer maakt, is dat in de zorgketen ook organisaties, teams en behandelaren zitten die niet POD getraind zijn, waardoor de verantwoordelijkheid soms anders wordt ingevuld. Van belang is dat er naast behandelverantwoordelijkheid ook gesproken wordt over de vraag wie verantwoordelijk is voor de organisatie van de zorg. Het is voor een cliënt nu soms volstrekt onduidelijk bij wie hij 'hoort' en dat kan veel onrust veroorzaken en onduidelijkheid geven over bij wie hij moet zijn met vragen, als er iets is, etc. Tenslotte wordt de link naar de kliniek genoemd. Het is waardevol om ook de kliniek mee te krijgen in het POD denken, daarvan zijn inmiddels enkele voorbeelden zichtbaar waar dit lukt. Dit zodat tijdens een opname het POD werken kan worden voortgezet en de zorg een 'geheel' blijft voor de cliënt en zijn omgeving. Ook in die situatie is het enorm belangrijk afspraken te maken over wie verantwoordelijk is op welk moment.

5. *Psychologische continuïteit*

In eerste instantie lijkt de psychologische continuïteit goed geborgd te kunnen worden binnen POD. Het is echter ook moeilijk dat nu al goed te kunnen zeggen, omdat het nog te kort loopt. Toch wordt ook aangegeven dat het wel eens lastig is er volledig open in te staan, omdat het voorkomt dat cliënten die overal zijn vastgelopen bij een POD team worden ondergebracht terwijl niet zeker is of dit de meest passende aanpak is. Dat roept de vraag op of je iedereen moet accepteren voor POD, is de aanpak wel geschikt in iedere situatie? Dit is belangrijk omdat anders op basis van incidenten die plaatsvinden (vanwege mismatch aan de voordeur) wordt bepaald dat POD niet werkt.

6/7. *Tolerantie voor onzekerheid/niet-weten en dialogisme*

Er is een gedeeld gevoel dat dit één van de moeilijkste dingen is die bij POD horen, het verdragen om te zien dat iemand het moeilijk heeft en dan toch bewust de onzekerheid te laten bestaan over de oplossingsrichting. Voor veel POD'ers is dit één van de grootste uitdagingen van deze manier van werken. Tegelijkertijd legt het heel duidelijk de regie en oplossingsrichting bij de cliënt, die krijgt meer ruimte. Om hier goed mee om te kunnen gaan zijn de reflecting teams enorm belangrijk, het volgen van de training, mindfulness en het dialogisme tijdens het gesprek. Ook in de managersrol is deze onzekerheid een uitdaging. Hoe kun je open blijven en niet willen overtuigen? Ook naar niet getrainde collega's is dit soms erg lastig. Er wordt hardop afgevraagd waarom we als GGZ-werkers dit zo moeilijk vinden, terwijl in andere medische disciplines hier heel anders mee om wordt gegaan. Het benoemen van de eigen onzekerheden is nieuw, maar wel helpend om ermee om te kunnen gaan. Het roept ook direct de discussie op hoeveel je moet verdragen en wanneer je in actie moet komen, want verdragen is niet altijd de oplossing. Geconstateerd kan worden dat dit zo extreem vernieuwend is dat je elkaar heel hard nodig hebt om het eigen te maken, om er in te groeien en om ook te accepteren (en er de waarde van te zien) dat je er als mens door verandert.

3.4. **Ervaringen**

3.4.1 Ervaringen van de POD'ers (o.b.v. opmerkingen in de werkbestanden)

Bij het invullen van de werkbestanden hebben POD'ers verschillende opmerkingen gemaakt, bijvoorbeeld als aanvulling op de gegeven scores, maar ook algemene opmerkingen over het gesprek, over de organisatie van POD, over wat opvalt, etc. In de gemaakte opmerkingen valt op dat POD'ers bewust bezig zijn met het op een andere manier voeren van een gesprek met een cliënt. Over het algemeen lijken zij daar vrij aardig in te slagen. Vaak wordt het reflecten genoemd, waarin men veel meerwaarde ziet. Ook het laten vallen van stiltes wordt aangestipt, dat voelt soms ongemakkelijk – ook voor de cliënt en het netwerk – maar blijkt met regelmaat een positieve uitwerking te hebben op het gesprek en de intentie om vervolg te geven. De relatie staat vaak centraal in de gesprekken en een belangrijke meerwaarde lijkt ook te liggen in het openbreken van de communicatie tussen cliënt en omgeving, het open met elkaar kunnen spreken, waarbij het netwerk het gevoel heeft daarin ondersteund en begeleid te worden.

3.4.2 Feedback van de netwerken (interviews + vragenlijsten)

De mensen in de netwerken die gevraagd zijn naar wat zij van het POD gesprek hebben gevonden, zijn over het algemeen positief. Ervaringen met POD wisselen wel per netwerk en soms ook binnen het netwerk. De reflectie wordt als heel waardevol gezien. Het mag soms wel wat concreter, men heeft toch nog wat meer behoefte aan sturing op concrete acties – men wil praktisch aan de slag. Het gehoord voelen, er mogen zijn geeft een gevoel van veiligheid en ruimte om alles te kunnen zeggen. De rol van de hulpverlener is anders, wordt anders ervaren, er is meer sprake van een gelijkwaardige basis. In het begin is het voor iedereen wennen, maar dat maakt veelal plaats voor een gevoel van opluchting dat het ‘eindelijk’ anders gaat en dat er zoveel ruimte is voor eigen inbreng. Het voelt voor velen dan toch heel natuurlijk aan. Ook zorgt het er ervoor dat er binnen de netwerken een andere manier van communiceren naar elkaar toe op gang komt, men durft meer te zeggen en uit te spreken. Ook begrijpt men elkaar beter. Er is daardoor ook tussen de cliënt en zijn/haar netwerk meer openheid en contact (ook in letterlijke zin, men ziet elkaar vaker). Het meer betrokken zijn bij de zorg voor de cliënt voelt voor netwerken als zeer waardevol. Een enkele respondent geeft aan van te voren wat meer geweten te willen hebben over POD, terwijl een ander weer aangeeft dat dit juist niet zou moeten, je moet er open ingaan. Het met elkaar de gesprekken voeren met de POD’er wordt als waardevol gezien. Het is daarnaast efficiënt. Er wordt goede feedback gegeven, empathisch, maar soms te weinig gestructureerd, te vaag. Er wordt genoemd dat men een warm gevoel overhoudt aan de POD gesprekken. Idee dat naar voren komt uit deze terugkoppelingen van de netwerken, is dat men positief is ten opzichte van POD en het ook wel ziet als een leerproces voor iedereen.

4. Conclusies

- Het invullen van de fidelity scale is vooral zinvol voor jezelf als POD’er, om je scherp en bij de les te houden. Aan de geaggregeerde resultaten kunnen geen conclusies worden verbonden, de standaarddeviatie is erg groot.
- Uit de vragenlijst blijkt dat m.n. het binnen 24-uur realiseren van een eerste POD gesprek niet lukt. De overige items scoren redelijk tot goed, maar ook hier is sprake van een grote standaarddeviatie. In de focusgroep van 9 november wordt nader ingegaan op de organisatieprincipes.
- Wat betreft de implementatie zijn er vooral zorgen over de organisatorische inbedding en welke positie POD heeft en krijgt in het gehele spectrum van zorg. Ook zaken als teamvorming en verantwoordelijkheid zijn items die nog onvoldoende duidelijk zijn uitgekristalliseerd.
- POD is een compleet andere manier van werken en verandert je als mens. De training in Londen en ondersteuning van en aan elkaar is essentieel om dit goed neer te kunnen zetten. Het is duidelijk een leerproces waar we nog middenin zitten.
- Voor de netwerken is het ook nieuw, anders. Van hen wordt ook een andere inbreng en rol in de gesprekken gevraagd. Voor de één is dit bevrijdend (gevoel van: ‘eindelijk’), voor de ander zo ongemakkelijk dat het bij één gesprek blijft.

Bijlage 1 – Vertaalde modelgetrouwheidsschaal Olson et al., 2014

| NR. | Vraag | Antwoord op schaal van 1 - 4, waarbij 1=onvoldoende, 2=redelijk, 3=goed en 4=uitstekend |
|--|---|---|
| VRAGEN EN ANDERE OPEN VRAGEN | | |
| 1 | <i>Eerste</i> bijeenkomst: bespreken wat de geschiedenis is van het idee om de bijeenkomst te hebben | |
| 2 | <i>Alle</i> bijeenkomsten: bespreken 'hoe willen jullie deze bijeenkomstgebruiken?' (bijv. wie zit in het netwerk?) | |
| RESPONSIEF LUISTEREN (& EENVOUDIGE REACTIES OM HET GESPREK TE LATEN LOPEN) | | |
| 3 | Gebruiken van de woorden van de cliënt | |
| 4 | Afstemmen op de nonverbale communicatie / lichaamstaal | |
| 5 | Toestaan / verdragen van stiltes | |
| HET HIER EN NU BENADRUKKEN (WAT ER IN DE SESSIE GEBEURT) | | |
| 6 | Reageren op onmiddellijke reacties | |
| 7 | Reageren op emoties zonder te interpreteren | |
| ONTLOK MEERDERE GEZICHTSPUNTEN: POLYFONIE/MEERSTEMMIGHEID | | |
| 8 | Uiterlijke meerstemmigheid - iedereen wordt betrokken in de dialoog | |
| 9 | Innerlijke meerstemmigheid - uitnodigen tot meerdere en mogelijk conflicterende gezichtspunten | |
| GEBRUIK VAN EEN RELATIONELE FOCUS | | |
| 10 | Focus op de relationele aspecten van de verhalen die worden verteld | |
| 11 | bijv. narratieve vragen stellen en circulaire vragen stellen | |
| BENADRUKKEN VAN DE INGEBRACHTE PROBLEMATIEK ALS BETEKENISVOL; NORMALISEREND SPREKEN | | |
| 12 | Symptomen of probleemgedrag zien als natuurlijke reacties op stressvolle levensomstandigheden | |
| 13 | Met oprechte interesse luisteren naar mogelijk vreemd klinkende beschrijvingen van ervaringen en gedrag die op het eerste gezicht vreemd lijken | |
| HET BENADRUKKEN VAN DE EIGEN WOORDEN EN VERHALEN VAN DE CLIENT - NIET DE SYMPTOMEN | | |
| 14 | De cliënt helpen om woorden te vinden om duidelijker te communiceren | |
| 15 | Aandacht besteden aan één woord of een deel van een zin | |
| HET PROCES VAN REFLECTEREN | | |
| 16 | Reflecteren op de eigen gedachten/ associaties in het bijzijn van de cliënt en netwerkliden | |
| 17 | Scheppen van mogelijkheden voor de cliënt en netwerkliden om te reageren op het gesprek tussen de hulpverleners | |
| 18 | Daadwerkelijk samen nemen van besluiten over de planning van de behandeling | |
| TRANSPARANTIE | | |
| 19 | Alle informatie rond vragen en discussies betreffende de behandeling wordt gedeeld met cliënt en netwerk | |
| 20 | Er wordt gedeeld wat men weet en wat men niet weet | |
| ONZEKERHEDEN VERDRAGEN | | |
| 21 | Geen snelle/haastige oordelen over symptomen, diagnose of behandeling | |

| | | |
|----|--|--|
| 22 | Kijken, begrijpen en reageren op de hele persoon in zijn/haar context i.p.v reagerend op gedrag los van de context | |
| 23 | Proberen te ontwikkelen van gezamenlijk begrip als noodzakelijke voorwaarde van een dialoog | |
| | MONOLOGISCHE UITSPRAKEN (TOT 33% IS OK) | |
| 24 | Stellen van feitelijke/gesloten vragen (bijv medische geschiedenis, status presens) | |
| 25 | Advies geven zonder uitnodiging of toestemming | |
| 26 | Informatie geven zonder uitnodiging of toestemming | |
| | TONEN VAN EEN NIET-RESPECTVOLLE "EXPERT HOUDING" | |
| 27 | Intonatie | |
| 28 | Non-verbaal gedrag | |
| 29 | Gebruik van klinisch jargon | |
| | TONEN VAN | |
| 30 | Eerbiedige, respectvolle houding | |
| 31 | Niet-oordelende houding | |

Bijlage 2 – vragenlijst voor netwerken

Vragenlijst voor deelnemers POD

Graag willen we middels onderstaande vragen in kaart brengen of vanuit uw idee volgens een aantal belangrijke kernelementen van POD wordt gewerkt.

Deze vragen zijn gebaseerd op kernelementen die vanuit de ontwikkelaars van POD zijn opgesteld. Mogelijk is niet altijd duidelijk wat precies gevraagd wordt, omdat de achtergrond voor u niet helder is. Dan kunt u de vragen open laten of noteren wat voor u van belang is. Daarnaast zijn we benieuwd naar uw mening over POD en hoe u de deze manier van werken heeft ervaren.

We hebben een onderverdeling in vragen over de organisatie van de gesprekken en over de inhoud.

Alvast heel erg bedankt voor het invullen.

Organisatie van de gesprekken

Binnen welke termijn vond de eerste afspraak plaats?

Vul hier uw antwoord in

Hoe werd uw netwerk hierin betrokken? En hoe heeft u dit ervaren?

Vul hier uw antwoord in

Waar vonden de gesprekken plaats? Wat vond u hiervan?

Vul hier uw antwoord in

Bijlage 3 – gemiddelde scores modelgetrouwheidsschaal en organisatieprincipes

| | N | | Mean | Std. dev. |
|---|-------|---------|-------------|-----------|
| | Valid | Missing | | |
| Eerste bijeenkomst: bespreken wat de geschiedenis is van het idee om de bijeenkomst te hebben | 35 | 53 | 2,74 | 1,09 |
| Alle bijeenkomsten: bespreken 'hoe willen jullie deze bijeenkomstgebruiken?' (bijv. wie zit in het netwerk?) | 83 | 5 | 3,25 | ,75 |
| Gebruiken van de woorden van de client | 88 | 0 | 3,03 | ,69 |
| Afstemmen op de nonverbale communicatie / lichaamstaal | 87 | 1 | 2,63 | ,59 |
| Toestaan / verdragen van stiltes | 86 | 2 | 2,94 | ,80 |
| Reageren op onmiddellijke reacties | 88 | 0 | 2,99 | ,55 |
| Reageren op emoties zonder te interpreteren | 88 | 0 | 3,02 | ,68 |
| Uiterlijke meerstemmigheid - iedereen wordt betrokken in de dialoog | 86 | 2 | 3,36 | ,73 |
| Innerlijke meerstemmigheid – uitnodigen tot meerdere en mogelijk conflicterende gezichtspunten | 88 | 0 | 2,65 | ,84 |
| Focus op de relationele aspecten van de verhalen die worden verteld | 87 | 1 | 3,16 | ,76 |
| Narratieve vragen stellen en circulaire vragen stellen | 83 | 5 | 2,65 | ,82 |
| Symptomen of probleemgedrag zien als natuurlijke reacties op stressvolle levensomstandigheden | 86 | 2 | 3,37 | ,67 |
| Met oprechte interesse luisteren naar mogelijk vreemd klinkende beschrijvingen van ervaringen en gedrag die op het eerste gezicht vreemd lijken | 79 | 9 | 3,48 | ,64 |
| De cliënt helpen om woorden te vinden om duidelijker te communiceren | 86 | 2 | 3,02 | ,74 |
| Aandacht besteden aan één woord of een deel van een zin | 86 | 2 | 2,97 | ,74 |
| Reflecteren op de eigen gedachten/ associaties in het bijzijn van de cliënt en netwerkleden | 88 | 0 | 3,30 | ,74 |
| Scheppen van mogelijkheden voor de cliënt en netwerkleden om te reageren op het gesprek tussen de hulpverleners | 88 | 0 | 3,17 | ,89 |
| Daadwerkelijk samen nemen van besluiten over de planning van de behandeling | 84 | 4 | 3,38 | ,76 |

| | | | | |
|--|----|----|-------------|------|
| Alle informatie rond vragen en discussies betreffende de behandeling wordt gedeeld met cliënt en netwerk | 83 | 5 | 3,35 | ,71 |
| Er wordt gedeeld wat men weet en wat men niet weet | 81 | 7 | 3,37 | ,68 |
| Geen snelle/haastige oordelen over symptomen, diagnose of behandeling | 85 | 3 | 3,48 | ,72 |
| Kijken, begrijpen en reageren op de hele persoon in zijn/haar context i.p.v reagerend op gedrag los van de context | 87 | 1 | 3,46 | ,64 |
| Proberen te ontwikkelen van gezamenlijk begrip als noodzakelijke voorwaarde van een dialoog | 81 | 7 | 3,19 | ,74 |
| Stellen van feitelijke/gesloten vragen (bijv medische geschiedenis, status presens) | 71 | 17 | 2,87 | 1,01 |
| Advies geven zonder uitnodiging of toestemming | 73 | 15 | 2,93 | ,93 |
| Informatie geven zonder uitnodiging of toestemming | 74 | 14 | 2,93 | 1,00 |
| Intonatie | 80 | 8 | 2,98 | 1,10 |
| Non-verbaal gedrag | 81 | 7 | 2,93 | 1,01 |
| Gebruik van klinisch jargon | 81 | 7 | 3,02 | 1,15 |
| Eerbiedige, respectvolle houding | 86 | 2 | 3,79 | ,44 |
| Niet-oordelende houding | 86 | 2 | 3,49 | ,70 |
| Organisatieprincipes | | | | |
| Er was binnen 24 uur hulp aanwezig | 22 | 66 | 1,86 | 1,08 |
| Het sociaal netwerk is vanaf het eerste moment betrokken | 45 | 43 | 3,34 | ,75 |
| De duur, plaats en inhoud van de netwerkmeeting is geboden naar behoefte van de cliënt en het sociaal netwerk | 52 | 36 | 3,52 | ,70 |
| De behandelaar die het eerste contact heeft gelegd, blijft verantwoordelijk voor het vervolg | 48 | 40 | 3,48 | ,68 |
| We zijn in staat om de cliënt zorg vanuit hetzelfde team te blijven bieden | 50 | 38 | 3,47 | ,79 |