

Academiejaar 2014 - 2015
Tweedesebestemesterexamenperiode

Institutionele psychotherapie in Vlaanderen in tijden van kwaliteitszorg. Een kwalitatief onderzoek.

Masterproef neergelegd tot het behalen van de graad van:

Master of Science in de Psychologie, afstudeerrichting Klinische Psychologie

Promotor: prof. Reitske Meganck

Mentor: Femke Truijens

01000219

Astrid Denys

Woord vooraf

Doorheen de opleiding voor klinische psychologie is mijn interesse voor de psychoanalyse gegroeid. Toen ik voor het eerst te horen kreeg over institutionele psychotherapie was dit ook een onderwerp dat mij vanaf dat eerste moment heeft geboeid. Daarbij stelde ik mij onmiddellijk de vraag of een dergelijke manier van werken niet tegengesteld is en moeilijker wordt gemaakt door normen van buitenaf. Toen mij dus twee jaar geleden de vraag werd gesteld of er mensen waren die zelf een onderwerp wilden voorstellen, moest ik hier niet lang bij stil staan.

Graag wil ik nog enkele mensen bedanken. Ten eerste prof. Reitske Meganck om het voor mij mogelijk te maken om met een zelf gekozen onderwerp aan de slag te gaan. Vervolgens wil ik ook Wim Matthys en Femke Truijens bedanken voor de feedback die ze mij steeds hebben gegeven. Zonder hun richtlijnen en bijsturing was het mij alvast niet gelukt om tot dit resultaat te komen.

Verder wil ik ook nog mijn vader bedanken om ervoor te zorgen dat ik deze studies kon volgen. Ook wil ik mijn vriend, broer en vrienden bedanken om mij gedurende dit hele proces te steunen.

Abstract

In deze masterproef gaan we na hoe men institutionele psychotherapie kan implementeren in tijden waar kwaliteitszorg op de voorgrond staat. Enerzijds hebben we het dus over de institutionele psychotherapie, wat helemaal niet vaststaand is. Het verandert voortdurend en wordt telkens op een andere manier geïmplementeerd. Anderzijds hebben we kwaliteitszorg, die meer nadruk legt op de normen waaraan een instelling moet voldoen en waarin men voor alle instellingen een gelijkaardige werking probeert te installeren. We vermoeden dus dat tussen beiden een spanning is.

In deze masterproef is het de bedoeling dat we na gaan of er een spanning is tussen enerzijds het beleid van de kwaliteitszorg en anderzijds de theorie en praktijk van de institutionele psychotherapie.

Om dit te kunnen onderzoeken hebben we gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews die we hebben afgenomen bij hulpverleners tewerk gesteld binnen een voorziening die werkt aan de hand van het kader van de institutionele psychotherapie. Vervolgens hebben we om tot de resultaten te komen deze interviews geanalyseerd aan de hand van thematische data-analyse.

Op basis van onze bevindingen kunnen we stellen dat er volgens de respondenten inderdaad tegenstellingen te vinden zijn tussen institutionele psychotherapie en kwaliteitszorg en dat die tegenstellingen het werk vaak moeilijker maken. Daarnaast suggereren de bevindingen ook dat de impact van kwaliteitszorg op de praktijk van institutionele psychotherapie te nuanceren is en dat men binnen de institutionele psychotherapie steeds op zoek gaat naar een manier om om te gaan met kwaliteitszorg.

Inhoudsopgave

Inleiding.....	1
Introductie.....	1
Kwaliteitszorg.....	2
Wat is kwaliteitszorg?	2
Historische achtergrond.....	3
Praktische implicaties van kwaliteitszorg in geestelijke gezondheidszorg	5
Institutionele psychotherapie	8
Wat is institutionele psychotherapie?	8
Historische achtergrond.....	10
Heterogeniteit	13
Openheid.....	15
Verantwoordelijkheid.....	17
Probleemstelling en onderzoeksvraag.....	19
Methode.....	21
Steekproef.....	21
Materialen.....	23
Procedure.....	25
Data-analyse.....	27
Resultaten	29
Institutionele psychotherapie als een manier om na te denken over de organisatie van een voorziening.....	33
Moeilijkheden bij het installeren van een institutioneel psychotherapeutische werking.....	42
Kwaliteitszorg vanuit een economisch discours met nadruk op controle en evaluatie	46
Kwaliteitszorg leidt tot moeilijkheden in het werken met institutionele psychotherapie	51
Kwaliteitszorg en institutionele psychotherapie zijn tegengesteld aan elkaar.....	54
Kwaliteitszorg mag niet als overdreven negatief bestempeld worden	59
Een manier zoeken om om te gaan met kwaliteitszorg.....	62
Samenvatting	64
Discussie	66
Empirische conclusie	66
Deelvraag 1.....	67

Deelvraag 2.....	70
Deelvraag 3.....	72
Hoofdvraag:.....	73
Beperkingen van het onderzoek	74
Plaats in wetenschappelijke context.....	76
Terugkoppeling.....	76
Vooruitblik.....	76
Besluit.....	77
Bijlage één: Informed consent	78
Bijlage twee: Leidraad interview	79
Bijlage drie: lijst met codes	84
Bijlage 4: thema's	89
Bijlage 5: thema's met referenties.....	91
Referentielijst.....	92

Introductie

Kwaliteitszorg is een ethisch streven naar kwaliteitsvolle zorg waarbij een goede zorg voor de patiënt centraal staat. Men wil hiermee bereiken dat elk individu zorg krijgt die als patiëntgericht, tijdig, kwaliteitsvol, doelmatig, toegankelijk en billijk gedefinieerd kan worden (Centrum voor ethiek en gezondheid, 2004).

We kunnen kwaliteitszorg zien als een richtlijn vanuit de overheid die geldt voor zowel de medische als psychologische zorg. Men wil hiermee bereiken dat elke zorgverlener en voorziening binnen de gezondheidszorg een kwaliteitsvolle zorg nastreeft en men biedt ook richtlijnen en een kader aan om dit te kunnen bereiken. Daarbij legt men overigens de nadruk op transparantie aangezien men een zekere mate van controle wil over hoe de middelen die men aanreikt vanuit de overheid gehanteerd worden.

Binnen de psychologische zorg komen we verschillende soorten van behandelingen en theorieën tegen. Eén daarvan is de institutionele psychotherapie die gebaseerd is op de psychoanalytische theorie. De institutionele psychotherapie is een praktijk die wordt toegepast in de behandelcontext. Deze wordt gekenmerkt door de aandacht voor heterogeniteit en het particuliere, door het nastreven van openheid en door de nadruk op de verantwoordelijkheid van zowel zorgverleners als patiënten. Men installeert daarbij een manier van werken die vaak gehanteerd wordt om met mensen aan de slag te gaan die langdurige zorg vragen, zoals bijvoorbeeld psychotische mensen (Ayme, 1994).

In deze masterproef zal worden nagegaan hoe institutionele psychotherapie zich verhoudt tot de richtlijnen voor kwaliteitszorg. Daarbij wordt nagegaan hoe in de institutionele psychotherapie kwaliteitszorg wordt opgevat, en in hoeverre dat aansluit bij de richtlijnen die van buitenaf worden aangeboden. Zo wordt de plaats onderzocht die institutionele psychotherapie inneemt in het huidige discours van kwaliteitszorg als een ethische richtlijn en (psycho)medisch streven.

Kwaliteitszorg

Wat is kwaliteitszorg?

Kwaliteitszorg is een beleid dat van toepassing is op psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, centra geestelijke gezondheidszorg, initiatieven voor beschut wonen en psychiatrische verzorgingstehuizen. Het is een regelgeving vanuit de Vlaamse overheid die vast legt wat kwalitatieve zorg inhoudt en voornamelijk hoe men die kwalitatieve zorg kan bereiken. Dit met als doel om meer structuur te krijgen in de manier van werken binnen de geestelijke gezondheidszorg (Vlaams agentschap zorg en gezondheid, z.j.). De kwaliteitszorg heeft zich ondertussen echter verspreid binnen het hele landschap van de geestelijke gezondheidszorg en overigens ook binnen andere aspecten van het menselijk bestaan, zoals onderwijs (Agentschap voor kwaliteitszorg in onderwijs en vorming, z.j.).

Kwaliteitszorg kunnen we kaderen binnen een ethisch streven dat elke patiënt een goede zorg dient te krijgen. Volgens het Institute of Medicine is gezondheidszorg kwaliteitsvol indien die ervoor zorgt dat men de gewenste gezondheidsresultaten kan bereiken en dit aan de hand van en overeenkomstig met de huidige professionele kennis. Men vindt dit ethisch streven van belang om op die manier de patiënt te kunnen beschermen tegen wanpraktijken binnen de (geestelijke) gezondheidszorg (Vlaams Patiëntenforum, z.j.).

Men legt daarbij ook nadruk op de effectiviteit en efficiënte van gezondheidszorg. Dit wil zeggen dat men zorg wil die gebaseerd is op wetenschappelijke kennis en die wordt toegepast zonder verspilling (Vlaams Patiëntenforum, z.j.). Kwaliteitszorg sluit in die zin nauw aan bij een maatschappelijk discours dat de laatste decennia op de voorgrond treedt. Petry (2007) stelt dat er sinds halverwege de jaren tachtig van de vorige eeuw een verandering is opgetreden binnen de geestelijke gezondheidszorg waarbij men meer de nadruk legt op kwaliteitsmanagement. Het economisch discours dringt binnen in de geestelijke gezondheidszorg waarbij ook de zorg voor patiënten op een efficiënte manier moet gebeuren en bovendien controleerbaar moet zijn. Kwaliteitszorg bepaalt de normen waaraan de menselijke identiteit en de geestelijke gezondheidszorg moet voldoen, vastgelegd aan de hand van

een decreet (Ledoux, 2004). Men kan geen bezwaar hebben op het doel dat kwaliteitszorg na streeft, namelijk een kwaliteitsvolle zorg voor ieder individu. Het doelmatig gebruik van zorg en de bijhorende transparantie ziet men dan ook als een deel van wat goede zorg is (Centrum voor ethiek en gezondheid, 2004). Het is ook te begrijpen dat de overheid zicht wil krijgen op de middelen die ze beschikbaar stellen voor de geestelijke gezondheidszorg (Kabinet van Vlaams minister van welzijn, volksgezondheid en gezin, 2010).

Historische achtergrond

Regels en voorschriften voor het werken in gezondheidszorg hebben altijd al bestaan, maar hebben zich uitgebreid doorheen de geschiedenis. Eerst bestonden deze voorschriften voornamelijk binnen de medische wereld, bijvoorbeeld de eed van Hippocrates (Havenaar, Heemskerk & Bisseling, 2002). Hippocrates was een arts ten tijde van de klassieke oudheid in de vijfde eeuw voor Christus. Hij stelde één van de eerste voorschriften op met betrekking tot de uitoefening van de geneeskunde. Het is dan voornamelijk een voorschrift omtrent de medische ethiek, meer bepaald wat betreft de ethische en morele plichten die een arts heeft ten aanzien van zijn patiënt (Orde van geneesheren, z.j.). De kwaliteit van gezondheidsvoorzieningen behouden was in het verleden een taak die echter vooral werd toegeschreven aan professionals in de gezondheidszorg. Iedere voorziening werkte op een autonome manier die steeds verschillend was (Vlaams agentschap zorg en gezondheid, z.j.).

Vanaf de jaren zeventig viel het vroegere geloof in de alwetendheid van de dokters meer en meer weg in West- Europa. Dit gebeurde ook in de geestelijke gezondheidszorg (Havenaar, Heemskerk & Bisseling, 2002). Waar men vroeger vertrouwde op de arts die wist wat goed was op basis van ervaringskennis die zich reeds opstapelde sinds de klassieke oudheid, legde men in de vorige eeuw steeds meer nadruk op wetenschappelijk toepasbare kennis en sinds de jaren zeventig ook op empirisch getoetste kennis met liefst nog een verklarende theorie (Swinkels & Van Everdingen, 2008). Ook de antipsychiatrische beweging die de toenmalige psychiatrie bekritiseerde zorgde ervoor dat andere vormen van zorg ontstonden in de maatschappij in plaats van

de residentiële zorg en dat bovendien de rol van de arts in die residentiële zorg in vraag werd gesteld (Kabinet van Vlaams minister van welzijn, volksgezondheid en gezin, 2010).

Vanaf de jaren tachtig en negentig vond de overheid het tijd om meer grip te krijgen op de gezondheidszorg. Dit in tegenstelling tot het vroegere vertrouwen in de professionals. Deze tussenkomst van de overheid inzake gezondheidszorg kwam er eerst voor de medische en farmaceutische wereld. Door rampen zoals met het geneesmiddel Softenon begon men meer en meer te beseffen dat er nood was aan systematische evaluatie (Havenaar, Heemskerk & Bisseling, 2002). Softenon kwam in 1957 op de markt als slaapmiddel en als middel tegen misselijkheid tijdens de zwangerschap. Uiteindelijk bleek echter dat het middel ernstige schade toebracht aan de foetus (Nederlands tijdschrift geneeskunde, 2009). Bij deze systematische evaluatie ging men in de eerste plaats kijken naar de veiligheid en effectiviteit. Onder financiële druk kwam er echter steeds meer aandacht voor de efficiëntie. Dit proces vond ook zijn doorgang in de geestelijke gezondheidszorg (Havenaar, Heemskerk & Bisseling, 2002).

Zorgverleners organiseren zelf ook het werk en dat hebben ze altijd al gedaan. We kunnen nu zien hoe voorschriften meer en meer door de overheid worden opgelegd in plaats van bepaald door professionals in de gezondheidszorg. Ook verspreiden deze voorschriften zich van de medische en farmaceutische wereld naar alle vlakken binnen de gezondheidszorg waarbij er steeds meer nadruk komt op efficiëntie.

We gaan even dieper in op hoe kwaliteitszorg zich concreet heeft vormgegeven in Vlaanderen. In 1997 kwam er in Vlaanderen een regelgeving in verband met kwaliteitszorg. In 2003 heeft men deze decreten omgevormd tot een decreet dat gemeenschappelijk was voor welzijns- en verzorgingsvoorzieningen (Vlaams agentschap zorg en gezondheid, z.j.). Daarin wordt gesteld dat men als voorziening verplicht is om elke gebruiker ervan een goede zorg te verlenen. Een doeltreffende, doelmatige, continue, maatschappelijk aanvaarde zorg is dan prioriteit (Vlaamse codex, 2003). Volgens kwaliteitszorg kan men dit bereiken door een kwaliteitsbeleid te ontwikkelen waarin men duidelijk de intenties van de voorziening moet weergeven. Daarbij hoort een kwaliteitssysteem dat de middelen toelicht die men daarvoor heeft, alsook de

structuur en procedures die men zal gebruiken (Vlaamse codex 1997a; Vlaamse codex 1997b). Daaropvolgend moet de voorziening kunnen aantonen dat men steeds bezig is met het verbeteren van de kwaliteit aan de hand van zelfevaluatie. Dit alles vormt samen het kwaliteitshandboek (Vlaamse codex, 2003). De Vlaamse overheid draagt echter ook een verantwoordelijkheid, namelijk toezicht en evaluatie (Vlaams agentschap zorg en gezondheid, z.j.). Op basis van het kwaliteitshandboek beslist men of voorzieningen voldoen aan wat kwalitatieve zorg zou moeten zijn. Indien dit niet het geval is kan men niet langer een erkenning krijgen (Vlaams agentschap zorg en gezondheid, z.j.).

Sinds dit decreet komen er in Vlaanderen steeds meer richtlijnen over hoe men aan kwalitatieve gezondheidszorg moet doen (Ledoux, 2004). We kunnen dus zien hoe men aan de hand van dit decreet vast legt hoe men tot kwalitatieve zorg kan komen en hoe daar bovendien ook mogelijke sancties aan verbonden zijn.

Praktische implicaties van kwaliteitszorg in geestelijke gezondheidszorg

Aan de hand van een zelfevaluatie vraagt men aan de voorzieningen om te bewijzen dat men aan kwalitatieve zorgverlening doet via een aantal klinische performantie-indicatoren. Dit zijn indicatoren die men vanuit de sector van psychiatrische ziekenhuizen zelf heeft opgesteld. Op vlak van opname kijkt men dan bijvoorbeeld naar de tijd tussen de aanvraag en de beantwoording daarvan afhankelijk van de dringendheid. Men wil dat elke aanvraag zo snel mogelijk wordt beantwoord (Vlaams agentschap voor zorg en gezondheid). Een opname dient dan zo snel en efficiënt mogelijk te verlopen. Wanneer iemand wordt opgenomen dient die persoon al onmiddellijk een afspraak te hebben met de psychiater, de psycholoog en de maatschappelijke dienst zodat men een volledig verslag kan verkrijgen (Ledoux, 2004). Ook op vlak van therapie en behandeling wil men ervoor zorgen dat men steeds gebruik maakt van een efficiënte behandeling (Vlaams agentschap voor zorg en gezondheid). Deze behandeling gebeurt vaak op basis van een DSM-diagnose die dan leidt tot een bijhorende evidence-based behandeling (Ledoux, 2004). De DSM brengt dan eenvormigheid in zowel diagnostiek als behandeling, maar zorgt er echter ook voor dat

er weinig plaats is voor het particuliere (Ledoux, 2004). De kwaliteit van behandeling is dan afhankelijk van drie aspecten: is het individu gelukkig met de behandeling, kan het individu terug mee draaien in de maatschappij en vooral is het disfunctioneren efficiënt weggewerkt. Dit zorgt ervoor dat er minder nadruk komt op het individuele en het intermenselijke aspect van de behandeling en dat ook die aspecten in zekere mate geëconomiseerd worden (Verbrugge, 2009). Op deze manier wil men de geestelijke gezondheidszorg zo organiseren dat iedereen toegang heeft tot een verantwoorde zorg. Deze verantwoorde zorg is gebaseerd op een DSM-diagnose en bijhorende behandeling gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Vanuit het kabinet van Vlaams minister van welzijn, volksgezondheid en gezin (2010) geeft men echter aan dat deze nadruk op de wetenschappelijk-technische benadering van het individu enerzijds heeft geleid tot vooruitgang, maar er anderzijds ook voor heeft gezorgd dat er bevreedende effecten optreden waardoor het particuliere minder van belang is. Men beoogde zorg voor de gehele mens, maar men krijgt eigenlijk het omgekeerde effect. We kunnen dus besluiten dat men een efficiënte verantwoorde zorg wil bereiken voor elk individu, maar dat we daarbij moeten opletten dat we oog hebben voor de individuele en intermenselijke aspecten van zorg (Ledoux, 2004).

Men heeft binnen kwaliteitszorg ook oog voor de zorgverlener. De overheid wil daarbij specifiek aandacht hebben voor de langdurige blootstelling aan de psychische problematiek waarbij secundaire traumatisering en burn-out een risico zijn. Werken binnen de geestelijke gezondheidszorg ziet men dan als een beroep met een hoge psychische belasting (Kabinet van Vlaams minister van welzijn, volksgezondheid en gezin, 2010). Op vlak van de zorgverlener probeert men functies te capteren binnen een taakomschrijving. Men legt per functie van het personeel een aantal taken vast waarop deze dan geëvalueerd kunnen worden. Bijvoorbeeld: de verpleging dient de medicatie klaar te leggen en toe te dienen, de psychiater is de verantwoordelijke van de afdeling die op vlak van diagnostiek en behandeling het team dient te sturen, enz. Er is daar weinig beweging in mogelijk. Bovendien is er een bepaalde hiërarchie binnen die functies met de kwaliteitscoördinator aan het hoofd, dan het afdelingshoofd en de psychiater en dan de overige leden van het team. We zien hier dus ook een sterke

nadruk op hiërarchie en belang van het statuut waarbinnen het particuliere nog weinig plaats krijgt (Ledoux, 2004). Men heeft dus meer aandacht voor de zorg voor de hulpverlener, maar de individualiteit van de hulpverlener komt mogelijks in het gedrang door het vastleggen van taken per functie. Verder in de literatuurstudie zullen we zien hoe institutionele psychotherapie de rol van de hulpverlener op een andere manier aanpakt.

Ook artikel 107 is een gevolg van het streven naar kwaliteitszorg. Dit is een richtlijn die er gekomen is in 2008 waarbij men de nadruk legt op het construeren van zorgcircuits. Men beoogt het uitbouwen van netwerken rond personen zodanig dat een residentiële opname minder nodig is. Men legt meer nadruk op een ambulante werking aan de hand van ambulante behandelteams en snelle interventie. Het kernwoord binnen heel deze benadering is rehabilitatie. Indien een residentiële opname dan toch nodig is, dient die zo snel en intensief mogelijk te zijn (“Naar een betere geestelijke gezondheidszorg”, z.j.). Men wil een herverdeling van de (financiële) middelen doorvoeren van een residentiële naar een meer ambulante zorg. Dit zou moeten leiden tot een betere, meer kwalitatieve zorg, maar heeft echter ook te maken met financiering (WHO, 2005). De uitgaven van de gezondheidszorg in Vlaanderen en België blijven namelijk stijgen. Dit zorgt ervoor dat er meer nadruk komt op efficiëntie en op het efficiënt om gaan met middelen om een betaalbare zorg te kunnen garanderen. Efficiëntie kunnen we dan zien als het bereiken van een doel zonder verspilling van middelen (Kabinet van Vlaams minister van welzijn, volksgezondheid en gezin, 2010). Dit is een begrijpelijk beleidsmatig streven. Een eventuele uitwerking hiervan is de nadruk op een efficiënte behandeling volgens een protocol dat wetenschappelijk ondersteund is. Overigens ook het intensiever behandelen om mensen vlugger te laten doorstromen naar het ambulante netwerk. Op deze manier is er geen verspilling van middelen waarbij voornamelijk financiële middelen een rol lijken te spelen. Het ambulante netwerk brengt namelijk minder kosten mee dan het residentiële (WHO, 2005). Het gevaar is echter dat wanneer men de middelen enkel zal herverdelen, er zich problemen zullen voordoen. De mensen die gemakkelijk de weg vinden naar ambulante hulp zullen hierdoor geholpen worden, maar het risico is dat patiënten met een

langdurige, ernstige psychische problematiek minder snel de weg vinden naar de gezondheidszorg (Van Hecke et al., 2011; WHO, 2005).

Voor die chronisch psychiatrische patiënten wil men specifieke woonvormen opzetten (“Naar een betere geestelijke gezondheidszorg”). We zien echter dat de opnamedrempel voor bijvoorbeeld psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen vaak te hoog is voor deze doelgroep (Verniest e.a., 2008). Er wordt bijvoorbeeld verwacht dat de psychiatrische stoornis gestabiliseerd is, dat er geen gebruik aanwezig is of dat men in zekere mate zelfstandig kan functioneren (Vlaams agentschap zorg en gezondheid, z.j.). Er is echter een groep binnen de geestelijke gezondheidszorg met ernstige, chronische psychiatrische stoornissen voor wie dit niet mogelijk is (Verniest et.al., 2008). Er is dus een restcategorie die mogelijks niet wordt opgevangen door deze zorgcircuits waarbij het voornamelijk gaat over mensen met een psychotische structuur (Ledoux, 2004). Deze kritiek komt niet enkel vanuit de hoek van de psychoanalyse of institutionele psychotherapie, maar wordt ook geformuleerd in het beleidsplan van geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Men merkt dat de de-institutionalisering zijn limiet heeft bereikt, zeker bij personen met een ernstige problematiek (Kabinet van Vlaams minister van welzijn, volksgezondheid en gezin, 2010). Net deze mensen wil men vanuit institutionele psychotherapie opvangen aan de hand van een alternatieve benadering (Ledoux, 2004).

We merken dus hoe normen en regels enerzijds zorgen dat de kwaliteit van zorg op hoog niveau blijft, wat zeker belangrijk is. We moeten echter hoeden voor een mogelijk averechts effect waarbij het particuliere op de achtergrond komt te staan en er een restcategorie ontstaat die minder opgevangen wordt door de geestelijke gezondheidszorg.

Institutionele psychotherapie

Wat is institutionele psychotherapie?

Institutionele psychotherapie is een beweging die ontstaan is in Frankrijk vanuit de onvrede met de toenmalige psychiatrie en vanuit een sterke invloed van het psychoanalytisch gedachtegoed. Het is een theorie en praktijk waarbinnen men

voornamelijk aandacht heeft voor het particuliere van zowel de patiënt als de zorgverlener. In de eerste plaats kunnen we stellen dat men aan de hand van de institutionele psychotherapie poogt om te gaan met de structuur van de psychose. We zien echter dat institutionele psychotherapie ook in Vlaanderen zich heeft ingeburgerd en dat men de principes ook kan gebruiken bij andere doelgroepen.

In tegenstelling tot kwaliteitszorg kunnen we zeggen dat institutionele psychotherapie niet vaststaand is (Oury, 2001). Men gaat ervan uit dat men steeds alles in vraag moet blijven stellen, aangezien de instelling zelf ziek is. Dit zorgt er voor dat er geen vaststaande vorm van bestaat. De behandeling dient niet enkel gericht te zijn op de patiënt, maar ook op de instelling zelf. De instelling wordt dan zelf als ziek gezien omdat ze afhankelijk is van de staat, administratie en hiërarchie (De Bisschop, 2009). De afhankelijkheid van de staat, administratie en hiërarchie zorgen namelijk voor vervreemdende effecten. Oury maakt een onderscheid tussen twee soorten vervreemding. Ten eerste de psychische vervreemding, door Oury ook wel de psychotische vervreemding genoemd, gaat over het vervreemd zijn van onszelf en de taal. Dit is eigen aan het ziek-zijn van de mensen die opgenomen worden, en voornamelijk eigen aan de psychotische structuur. Ten tweede hebben we de sociale vervreemding die vaak wordt gecreëerd door de opname zelf. Men wordt weggenomen uit het 'normale leven' en weggestopt in de instelling. Om die vervreemding tegen te kunnen gaan is het juist noodzakelijk om aandacht te hebben voor de instelling zelf (Oury, 1980). We kunnen dan ook de definitie gebruiken die De Bisschop (2009) ons geeft:

“De institutionele psychotherapie, als beweging, is de voortdurende concrete arbeid de noodzakelijke mogelijkheidsvoorwaarden in te stellen opdat de kliniek ontgaan wordt van de nefaste invloed van vervreemdingsprocessen.” (p.11)

We gaan verder met een historisch overzicht waarbij we enkele belangrijke momenten en personen aankaarten.

Historische achtergrond

Ten eerste zullen we een aantal van de historische antecedenten van de institutionele psychotherapie kort bespreken. In het begin van de negentiende eeuw kwam er meer interesse voor psychische stoornissen. We kunnen hierbij Philippe Pinel en Etienne Esquirol situeren. Beiden pleitten ze voor een therapeutische werking in voorzieningen waar mensen met mentale stoornissen verblijven. Later pleitte ook Freud voor de rechten van de mentaal zieke. Op het Vijfde Internationaal Psychoanalytisch Congres (1918) heeft hij het over de noodzaak aan een sociaal bewustzijn dat iedereen recht heeft op hulp, of het nu gaat over een medische of psychische ziekte. Bouchet pleitte er in de 19^e eeuw voor dat de patiënten een arbeid zouden moeten leveren tijdens hun verblijf in de voorziening. Ook Falret is één van de historische voorlopers wat betreft institutionele psychotherapie. Hij bekritiseerde de toenmalige werking van de psychiatrische ziekenhuizen. Men isoleerde de patiënt om hem zo weg te brengen van alle mogelijke zaken die de stoornis zouden kunnen uitlokken. Falret gaat er echter van uit dat de patiënt deze factoren juist moet leren bestrijden (Daumézon & Koechlin, 1952). Als laatste hebben we Hermann Simon die in zijn boek 'Aktivere Krankenbehandlung in der irrenanstalt' (1929) benadrukt dat een georganiseerd en actief collectief leven de beste manier is om symptomatische genezing te verkrijgen (Déliou, z.j.). Deze voorlopers gaven reeds een eerste aanzet om te komen tot institutionele psychotherapie door hun nadruk op een therapeutische, doch actievere behandeling voor mensen met een psychische stoornis.

We kunnen dan twee vertrekpunten zien voor het ontstaan van de institutionele psychotherapie. Ten eerste François Tosquelles die na de Spaanse burgeroorlog (1936-1939) in het psychiatrisch ziekenhuis St. Alban ging werken (Ledoux, 2004). Tosquelles baseerde zijn werking op de notie van Hermann Simon dat zowel de patiënt als de instelling moeten verzorgd worden (Martin, 1995). Simon stelt dat het noodzakelijk is dat men de zieke meer kansen biedt op werk en creativiteit door initiatief en verantwoordelijkheid te vergroten. Door de teksten van Lacan gaat Tosquelles ervan uit dat het werken met psychotici mogelijk is, maar dat de context uitermate belangrijk is (Ayme, 1994). Vertrekkende van de teksten van Simon en Lacan zorgde Tosquelles er

voor dat er een grote uitwisseling ontstond tussen de mensen in het ziekenhuis en de omgeving. Hij laat de klassieke hiërarchie vallen en laat iedereen deelnemen aan het dagelijks leven, mede door noodzaak ten tijde van de Tweede Wereldoorlog (1939-1945) (Ledoux,2004).

Een ander vertrekpunt ligt bij George Daumézon in de kliniek Fleury-les-Aubrois. Daumézon zorgde ervoor dat er activiteiten waren waar al het personeel en alle patiënten samen aan moesten deelnemen om zo de banden te versterken. Samen met Philippe Koechlin schreef Georges Daumézon het artikel 'La psychothérapie institutionnelle française contemporaine' (1952). In dit artikel gebruikte men voor het eerst de term institutionele psychotherapie (Martin, 1995). Men kan institutionele psychotherapie niet reduceren tot 'therapie in een instelling'. Men maakt hier een onderscheid tussen een instelling en een institutie. Een instelling is de voorziening die een contract sluit met de staat omwille van een bepaalde sociale reden, bijvoorbeeld een psychiatrisch ziekenhuis. Het is een instantie die iets organiseert. Binnen die instellingen zijn er een aantal instituties zoals de bib, de keuken, het onthaal enz. Het is mogelijk dat men hierbij denkt aan versnippering, maar door middel van deze instituties kunnen we afstemmen op de werking met het particuliere van de persoon. De institutionele psychotherapie gaat dan specifiek over een manier van werken aan de hand van die instituties (Oury, 1996). Daumézon en Tosquelles hebben de basis gelegd voor de institutionele psychotherapie door op zoek te gaan naar een werking met psychotici waarin iedereen een bepaalde verantwoordelijkheid draagt en bijdraagt aan het dagelijks leven.

Tussen 1950 en 1970 kunnen we spreken over de gouden jaren van de institutionele psychotherapie. Jean Oury opent in 1951 de instelling La Borde. Deze kliniek kunnen we zien als het model voor institutionele psychotherapie. Hij zal gedurende heel zijn leven vele uiteenzettingen doen over zijn ervaringen in La Borde. Op die manier probeert hij de ideeën en principes die eigen zijn aan de institutionele psychotherapie over te brengen. De institutionele psychotherapie breidt zich steeds meer uit en draagt bij tot een verandering in het hele Franse landschap van de geestelijke gezondheidszorg. Patiënten en verzorgers mogen hun eigen kleren

behouden, alsook persoonlijke bezittingen. Lokalen worden huiselijker en gezelliger ingericht. De instelling opent haar deuren naar de buitenwereld en krijgt de kans om werk te organiseren voor de patiënten en uitstappen te doen. Dit was een regelrechte breuk met de tijden van de louter asiel verlenende functie van de psychiatrie (Ayme, 1994). We merken hoe de institutionele psychotherapie een andere manier van werken installeert die zich meer en meer verspreid.

Vanaf 1965 komt er meer en meer kritiek op de institutionele psychotherapie omdat men niet ziet hoe men verder moet met de beweging (Ledoux, 2004). Eén reden daarvoor is het ontdekken van neuroleptica die een goede werking kunnen hebben wanneer men die zorgvuldig afstemt op de patiënt. We zien echter een opkomst van het systematisch en uniform distribueren van neuroleptica. Bovendien zien we dat biologie steeds meer op de voorgrond treedt in de psychiatrie en men ervan uitgaat dat een psychiatrische patiënt louter een stoornis in de hersenen heeft. Het werken met de context waarin de stoornis ontstond zou dan niet meer van belang zijn (Martin, 1995). Overigens legt men een steeds grotere nadruk op het wetenschappelijk onderzoek binnen de psychotherapie. Men vond dat de institutionele psychotherapie weinig onderbouwd was. Als antwoord op de kritiek dat institutionele psychotherapie niet theoretisch onderbouwd is, heeft Jean Oury de 'GTPSI' (Groupe de Travail sur la Psychothérapie et la Sociothérapie Institutionnelle) opgericht met als doel om een theoretisch kader rond de institutionele psychotherapie op te bouwen (Ledoux, 2004).

We gaan verder met een overzicht van wat de institutionele psychotherapie inhoudt aan de hand van drie principes. We zullen daarbij ook de verschillende principes illustreren aan de hand van de casus La Borde en telkens aan de hand van de psychotische structuur beargumenteren waarom de principes van belang zijn. We dienen hierbij wel te vermelden dat de institutionele psychotherapie een praktijk is die handvaten biedt voor het werken in een institutie en geen vast theoretische kader is (Rimaux et al., 2009).

Heterogeniteit

Binnen institutionele psychotherapie gaat men ervan uit dat een groot aanbod van keuzes en ontmoetingen aanbieden noodzakelijk is. Dit aanbod gaat niet enkel over heterogeniteit van mensen, maar ook van plaatsen (vzw Albe, 2005). Dit is noodzakelijk om een meervoudig overdrachtsveld te kunnen creëren. Overdracht verwijst naar een specifieke manier van verhouden. Het is een manier van in relatie treden die zich repetitief gaat herhalen. Het is dan van belang om hier aandacht voor te hebben aangezien deze overdracht zich ook zal herhalen binnen de therapeutische situatie. Bij de psychose kan men dan een andere manier van zich verhouden zien ten opzichte van anderen. We gaan hierbij uit van een structurele differentiaaldiagnostiek die een onderscheid maakt tussen psychose, perversie en neurose op basis van een specifieke manier van zich verhouden of van in relatie treden (Verhaeghe, 2002). De overdracht binnen de psychose wordt gekenmerkt door dissociatie. We kunnen dit bijvoorbeeld ook terug zien in de verbrokkeling van het lichaam bij de psychoticus (Oury, 1996). Dit zorgt ervoor dat meerdere referentiepunten of punten van overdracht noodzakelijk zijn. Dit zodat er altijd iets van overdracht kan verschijnen en iedereen de mogelijkheid heeft om iets of iemand te vinden waar er sprake is van overdracht (De Zitter, 2009). Die meerdere referentiepunten zijn specifiek van belang binnen de psychose aangezien zich daar een massale overdracht kan installeren. De overdracht moet enigszins kunnen gedeeld worden (De Bisschop, 2009). Dit omwille van de overdracht bij de psychoticus die zich telkens installeert als een overdracht waarin de psychoticus ervan uit gaat dat hij of zij de interesse vormt van de Ander. Dit kan gaan over liefde, maar evengoed over uitbuiting. Die overdracht kan massaal zijn wanneer de psychoticus ervan uit gaat dat hij de reden is waarom de Ander iets doet. Bij wijze van voorbeeld zou de neuroticus denken 'denkt hij aan mij?', terwijl de psychoticus denkt 'hij denkt aan mij' (Zenoni, 2010). Een massale of duale overdracht kan overigens de dissociatie nog versterken (De Bisschop, 2009). De heterogeniteit van aanbod en personen is dus van belang om om te gaan met de overdracht binnen psychose om een massale overdracht te voorkomen en die zoveel mogelijk te differentiëren.

Op het vlak van heterogeniteit is ook de intrede in het dagelijks leven van belang. We laten de keuze over aan de patiënt wat betreft waar er sprake is van overdracht. Dat kan gaan van de poetsvrouw tot de psycholoog. Het is dan ook van belang om statuut overstijgend te werken zodat iedereen mee kan stappen in het dagelijks leven van de bewoners (De Zitter, 2009). De instelling heeft daarbij de mogelijkheid om de beperking van het ambulant werken te overstijgen. Door met de patiënt mee te stappen in het dagelijks leven kan je er voor zorgen dat de singulariteit van elke patiënt verschijnt en je die optimaal kan vatten (Valcke, 1998). Hoe kunnen we die heterogeniteit en die intrede in het dagelijks leven dan concreet zien? Dit vinden we terug in de werking met ateliers. Er zijn verschillende ateliers waar men vrij aan kan deelnemen. Op deze manier zorgt men er voor dat er een heterogeen aanbod is. Ateliers kunnen dan ontstaan vanuit een interesse (van een patiënt of een personeelslid) of vanuit noodzaak (bijvoorbeeld de keuken). Aan de hand van deze atelierwerking dient er een constante transformatie geïnstalleerd te worden (De Bisschop, 2009). Het gevaar is dan ook dat de atelierwerking uiteindelijk louter een weekoverzicht wordt dat keer op keer wordt afgedrukt. Daar gaat de institutionele psychotherapie tegen in door ervan uit te gaan dat alles steeds in vraag moet blijven gesteld worden. De atelierwerking zorgt dan niet enkel voor een aanbod van verschillende plaatsen, maar ook van verschillende personen waarbij het van belang is dat de zorgverlener ook deelneemt aan de atelierwerking (Rimaux et al., 2009).

De heterogeniteit op vlak van personen vinden we op een specifieke manier ook terug in de casus La Borde. Men gebruikt transferentiële constellaties waarbij men iedereen rond een bepaalde persoon verzamelt om over hem of haar te spreken (De Bisschop, 2009). Dit met als doel om de verschillende investeringen of referenties te verzamelen (Ledoux, 1996). Men verzamelt niet enkel de mensen die omwille van een statuut aanwezig 'zouden moeten zijn', maar men komt samen met de mensen die dat willen omwille van een bezorgdheid om een bepaalde patiënt. Het gaat niet enkel over de bevoegde personen zoals de therapeut, de maatschappelijk werker, de psychiater... iedereen die een bepaalde band heeft met een patiënt, waar er dus sprake is van overdracht, mag aanwezig zijn. Dit kan even goed gaan over de kok, de poetsvrouw of een andere patiënt. We merken op hoe dit misschien een moeilijk gegeven is wanneer

we het hebben over kwaliteitszorg. Binnen kwaliteitszorg is het namelijk van belang dat iedereen een specifieke taakomschrijving heeft en zich daar ook aan houdt (Ledoux, 2004). In meer klassiek, hiërarchisch georganiseerde ziekenhuizen krijg je een rol op basis van je diploma. Dan zal de poetsvrouw bijvoorbeeld minder van belang zijn, terwijl dit juist diegene is die zeer dicht staat bij het intieme van de patiënten (De Bisschop, 2009). Het lijkt in die zin moeilijker om mensen te betrekken die niet vanuit hun statuut bij de behandeling betrokken zijn (Ledoux, 2004). We zien dus al onmiddellijk hoe institutionele psychotherapie het principe van heterogeniteit invult en hoe dit zou kunnen botsen met de logica van de kwaliteitszorg.

Openheid

Binnen de institutionele psychotherapie gaat men ervan uit dat er sprake moet zijn van vrije circulatie. Men moet vrij kunnen bewegen tussen ruimtes en personen. Men legt bijvoorbeeld ook geen regels op, of zo weinig mogelijk (Rimaux et al., 2009). Via de vrije circulatie kan men er voor zorgen dat er een maximale kans is op ontmoetingen. Lacan (1973) vertelt ons dat een ontmoeting iets is wat ons raakt en ervoor zorgt dat iets niet meer is zoals voorheen. Onze latere ontmoetingen hangen echter ook af van ontmoetingen vroeger in het leven. Deze vrije circulatie is zeker van belang bij de psychose, aangezien er anders iets opgelegd wordt vanuit een ander en dat dit kan geïnterpreteerd worden als een Ander die iets wil van de psychoticus (Zenoni, 2010). Deze vrije circulatie is overigens niet enkel van belang voor de patiënten, maar ook voor de zorgverlener (De Zitter, 2009). We kunnen deze vrije circulatie op vlak van de zorgverlener bijvoorbeeld aantonen aan de hand van het principe van 'la grille' in de casus van la Borde. Dit is een werkrooster voor het team. Dit is zelf in te vullen of onderling af te spreken. Het is dus niet zo dat het afdelingshoofd beslist wanneer er gewerkt wordt. Ook het personeel schrijft zich dus op een zeer singuliere manier in in het werken. Dit lijkt misschien wel chaotisch, maar wanneer we vast blijven zitten in het discours van de goede organisatie kan dit ervoor zorgen dat het individuele verdwijnt (Dhooghe, 1997).

Het onthaal is ook van belang. Men moet iemand ontvangen in zijn eigen omgeving (De Zitter, 2009). Dit wil zeggen dat men tijd neemt om het onthaal af te stemmen op het particuliere. In la Borde heeft men bijvoorbeeld een comité opgericht, specifiek voor het onthaal. De personen in dit comité veranderen om de 15 dagen waarbij men er telkens voor zorgt dat er een grote verscheidenheid is aan personen. Dit comité bestaat dan uit patiënten en verzorgenden, mannen en vrouwen enz. Het is echter niet zo dat het de bedoeling is dat enkel deze mensen zich bezig houden met het onthaal. Uiteindelijk is iedereen vrij om er aan deel te nemen. Doordat zo veel mensen het onthaal samen opnemen, zorgt men ervoor dat de opname minder traumatisch is (Oury, 1976). Onthaal bestaat echter ook uit meer dan het moment waarop iemand voor het eerst de kliniek binnen komt. Het gaat over telkens opnieuw iemand onthalen in zijn eigen singulariteit en in zijn anders zijn. Men wil de persoon op die manier niet enkel reduceren tot zijn ziek zijn, maar ook het subject daar voorbij zien. Hier moet men elke dag opnieuw aandacht voor hebben (De Luca-Bernier, z.j.). Het is dan ook belangrijk om de patiënten niet per stoornis op een afdeling te plaatsen, want dan ontstaat er een rest die er buiten valt (vzw Albe, 1992).

Onthaal en vrije circulatie staan dan niet los van elkaar. De vrije circulatie kan voor sommigen namelijk leiden tot een dolen. Dit gaat men tegen door overal punten van ontvangst of onthaal te plaatsen. Zo organiseert men als het ware het toeval, waardoor telkens iets van het singuliere kan verschijnen (De Bisschop, 2009). Op die manier kunnen psychotici zich op verschillende punten vasthechten in het dagelijks leven (Ledoux, 1996). We zien opnieuw een mogelijke tegenstrijdigheid met wat kwaliteitszorg voorop plaatst. Kwaliteitszorg gaat eerder homogeniseren terwijl men bij institutionele psychotherapie juist meer nadruk legt op het particuliere. Ook zal het onthaal in institutionele psychotherapie iets zijn waar men specifiek meer aandacht voor heeft, terwijl dit binnen kwaliteitszorg voornamelijk op een efficiënte en snelle manier moet verlopen.

Verantwoordelijkheid

Een derde belangrijk principe is de verantwoordelijkheid, en dan voornamelijk de verantwoordelijkheid op het vlak van de institutionele analyse. Zoals voorheen al vermeld heeft de institutionele psychotherapie niet enkel oog voor het individu, maar ook voor de voorziening zelf. Dit is van belang om de vervreemding tegen te gaan (De Zitter, 2009). De institutionele analyse is eigenlijk de analyse van de vervreemding op alle mogelijke niveaus. Aan de hand van de institutionele analyse probeert men dan de pathoplastie op te heffen. Pathoplastie wil zeggen dat een aantal symptomen hun bron vinden in het milieu waarin een persoon zich bevindt. Door het milieu te analyseren, kan men de effecten van de pathoplastie zo veel mogelijk wegnemen (Oury, 1996). We kunnen ervan uit gaan dat het milieu waarin een persoon zich bevindt bepaalde effecten met zich mee brengt. Het is dan niet meer dan logisch dat men aandacht heeft voor dat milieu en de negatieve effecten ervan zo veel mogelijk probeert te vermijden (Dhooghe, 1997). De institutionele analyse is een collectief gebeuren waarvoor iedereen de verantwoordelijkheid draagt (De Zitter, 2009).

Bij de casus van La Borde installeert men deze verantwoordelijkheid aan de hand van de Club. De Club zorgt ervoor dat ook pensionairs betrokken worden in belangrijke beslissingen (De Bisschop, 2009). Zo krijgen patiënten ook de verantwoordelijkheid om mee te helpen aan de werking van de instelling. De Club is eigenlijk een vereniging zonder winstoogmerk binnen de kliniek die valt onder de verantwoordelijkheid van de pensionairs. Het personeel is er ook lid van, maar dient eigenlijk enkel om te ondersteunen. Door de Club krijgen de pensionairs de verantwoordelijkheid om te beslissen over alles met betrekking tot de ateliers, zelfs het financiële aspect (vzw Albe, 1992). Dit is van belang omdat de patiënten zo zelf een actievere rol kunnen in nemen in het verzorgen van de instelling waardoor passiviteit, onverschilligheid, geweld enz. kan worden tegengegaan. Op deze manier worden ze als het ware zelf actoren in het therapeutisch werk (De Bisschop, 2009). Patiënten die een ernstige problematiek hebben, hebben vaak al een heel parcours afgelegd in de geestelijke gezondheidszorg. Vaak worden dan ook beslissingen voor hen gemaakt waarin zij weinig ruimte krijgen voor verantwoordelijkheid (Rimaux et al., 2009). Een ander punt dat van belang is, is dat

men als hulpverleners zich op deze manier niet rechtsreeks bezig houden met de psychoticus waardoor men ook minder snel bedreigend is. Door zich bezig te houden met de omgeving, kunnen we samen met de psychoticus aan het werk (De Bisschop, 2009).

De Club is overigens niet de enige manier waarop de bewoners een verantwoordelijkheid opnemen. La grille bestaat namelijk ook voor de bewoners op vlak van de dagelijkse taken. Er wordt dan afgesproken wie eten maakt, wie zal kuisen enz. De bewoners dienen dus ook een actieve rol in te nemen in het dagdagelijkse gebeuren (Dhooghe, 1997). We zien dus hoe men binnen institutionele psychotherapie de verantwoordelijkheid niet enkel legt bij de zorgverleners, maar dat ook de bewoners daar een belangrijke rol in hebben. Hierbij merken we dat kwaliteitszorg en normen voor de gezondheidszorg op dit vlak vaak voor een spanning zorgen. Door bijvoorbeeld de HACCP-normen (Hazard Analysis and Critical Control Points) wordt het steeds moeilijker om met patiënten aan de slag te gaan in de keuken (Rimaux et al., 2009).

De institutionele psychotherapie hanteert het principe van de transversaliteit. Dit betekent dat er een maximale uitwisseling is tussen de verschillende niveaus, en dit bovendien in verschillende richtingen. Hoe meer transversaliteit, hoe groter het therapeutisch effect zal zijn. Dit wil dan ook zeggen dat men de klassieke hiërarchie zo veel mogelijk wil laten weg vallen (Guattari, 2003). Wanneer men het principe van transversaliteit wil implementeren, houdt dit in dat men zich moet verzetten tegen het automatisme van denken in termen van een hiërarchisch systeem. Enkel op die manier kan men vrij spreken mogelijk maken. Men maakt dan een onderscheid tussen statuut, rol en functie zodanig dat men telkens een andere rol kan innemen. Dit zorgt ervoor dat patiënten ook de mogelijkheid hebben om zich met verschillende mensen te identificeren (vzw Albe, 1992). Hierbij hebben we het niet enkel over de patiënten, maar ook over de werknemers. Binnen de institutionele psychotherapie ziet men mensen niet enkel als hun statuut, maar kijkt men ook naar persoonlijke interesses en vaardigheden. Zo vallen takenpakket en statuut niet noodzakelijk samen (Rimaux et al., 2009). Een statuut is dan enkel een erkenning vanuit een bepaalde instantie, terwijl je functie of rol bestaat uit de arbeid die je verricht naast dat statuut (Ledoux, 1996). Door gebruik te

maken van een horizontale hiërarchie waarbij we van statuten af stappen, creëren we een milieu met verschillende deskundigen waarvan de patiënt zelf de specialist is (Deleuze, 1973). In la Borde gebruikt men de Club dan ook om de segregatie tussen verzorgende en patiënt uit de weg te gaan (Oury, z.j.). Ook hier is er een verschil met kwaliteitszorg die een eerder hiërarchisch systeem na streeft waarin iedereen zijn functie heeft. Ook krijgt de patiënt weinig verantwoordelijkheid binnen kwaliteitszorg. Men kijkt wel naar metingen van tevredenheid en klachtenregistraties om de kwaliteit van de zorg na te gaan, maar voor de rest neemt de patiënt geen actieve rol in in zijn behandeling (Vlaams agentschap zorg en gezondheid, z.j.).

Probleemstelling en onderzoeksvraag

Er is een groeiend aantal normen die vanuit de overheid worden opgelegd waaraan de gezondheidszorg moet voldoen. Deze vertrekken vanuit een visie van wat kwaliteitsvolle zorg inhoudt. Kwaliteitszorg vertrekt vanuit een ethische overweging waarin de zorg voor de patiënt de belangrijkste prioriteit is. Men legt dan ook een kader vast om die kwalitatieve zorg optimaal te bevorderen. Institutionele psychotherapie dient zich tegenover dit kader te verhouden. Waar kwaliteitszorg de nadruk legt op homogeniteit en controleerbaarheid, legt institutionele psychotherapie juist nadruk op heterogeniteit en het particuliere. Bij kwaliteitszorg zal men bijvoorbeeld een vast behandelplan opstellen aan de hand van een diagnose. Dit is een direct gevolg van het standaardiseren en objectiveren van de zorg (De Bisschop, 2009). Deze manier van werken zorgt er echter ook voor dat een restcategorie ontstaat die geen plaats meer vindt binnen de hulpverlening. Institutionele psychotherapie probeert een kader en manier van werken te installeren die dit op een andere manier aan pakt. Men wil de persoon telkens ontvangen in zijn singulariteit binnen een heterogeen aanbod van personen en plaatsen (Ledoux, 2004).

In het onderzoek dat we zullen uitvoeren gaan we na of we de spanning tussen kwaliteitszorg en institutionele psychotherapie die we verwachten op basis van de literatuur ook kunnen terugvinden in de praktijk. We hebben hierbij specifiek aandacht voor:

- Hoe men kwaliteitszorg opvat binnen de institutionele psychotherapie.

- Hoe mensen die tewerk gesteld zijn in een voorziening die werkt aan de hand van de institutionele psychotherapie de kwaliteitsnormen die van buitenaf worden opgelegd ervaren.
- Hoe gaan hulpverleners die tewerk gesteld zijn in een voorziening die werkt aan de hand van de institutionele psychotherapie om met het kader van kwaliteitszorg.

Dit onderzoek is zowel relevant voor de praktijk van de institutionele psychotherapie als voor het kader van de kwaliteitszorg. Binnen de institutionele psychotherapie zijn er verschillende auteurs en hulpverleners die problemen ondervinden in het werk door de vereiste formalisering vanuit overheid en beleid. Gedurende het literatuuronderzoek hebben we echter gemerkt dat men deze verschillende meningen en visies vanuit de praktijk nog nooit gebundeld heeft om op die manier in dialoog te kunnen gaan met kwaliteitszorg of beleid. Gedurende dit onderzoek zullen dan ook de ervaringen bevragen van verschillende hulpverleners om dan in een verdere fase te gaan onderzoeken wat gemeenschappelijk is over verschillende voorzieningen en hulpverleners binnen de institutionele psychotherapie. Ook is het belangrijk om het relatief nieuwe kader van kwaliteitszorg in kaart te kunnen brengen vanuit de praktijk. We kunnen ons namelijk afvragen of de theorie van de kwaliteitszorg aan sluit bij hoe men dit in de praktijk ervaart en hoe men daar bijgevolg mee om gaat. Aan de hand van een kwalitatief onderzoek met semi-gestructureerde interviews kunnen we er in slagen om een duidelijker zicht te krijgen op hoe hulpverleners in de praktijk van de institutionele psychotherapie kwaliteitszorg begrijpen en ervaren en hoe zij daar bovendien pogen mee om te gaan.

Op basis van de literatuurstudie kunnen we een eventuele spanning verwachten. We zullen echter op een open manier onderzoeken, waarbij we voorbij gaan aan de theorie die we hebben verzameld in de inleiding. Op deze manier willen we naar de praktijk stappen om te zien hoe mensen die aan het werk zijn met de institutionele psychotherapie de kwaliteitszorg ervaren.

Methode

Steekproef

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden zullen wij een semi-gestructureerd interview afnemen bij hulpverleners die tewerk gesteld zijn in een voorziening waar men gebruik maakt van de institutionele psychotherapie. We hebben in totaal negen interviews afgenomen. De interviews die we hebben gebruikt, werden afgenomen bij mensen die verschillende jaren ervaring hebben in een residentiële setting waar men gebruik maakt van de institutionele psychotherapie als kader. Twee van de interviews werd niet meegenomen in de analyses. Bij het eerste interview bleek dat de respondent geen concrete ervaring had inzake werken met institutionele psychotherapie in een residentiële setting. Het tweede interview hebben we laten vallen na de tweede fase van de thematische analyse (het coderen van de data). Dit omdat we hier hebben gemerkt dat we enkel voor dit interview 30 codes extra hadden en de werking in deze voorziening te ver af stond van de andere voorzieningen.

Om de uiteindelijke steekproef te verzamelen hebben we gebruik gemaakt van intensity sampling waarbij het van belang is om informatierijke casussen te selecteren die het onderzochte fenomeen goed zullen weergeven. Op deze manier hebben we een kleine groep van interessante casussen geselecteerd die ons veel informatie kunnen geven over wat we pogen te onderzoeken. We hebben dan ook twee interviews niet opgenomen in de thematische analyse omdat ze niet beschikten over deze rijkheid aan informatie (Patton, 1990). Om deze steekproef te kunnen verzamelen hebben we specifiek gekozen om participanten te benaderen die werken of gewerkt hebben binnen een residentiële setting. Dit omdat de theorie en principes van institutionele psychotherapie oorspronkelijk ontwikkeld zijn om het werk in een residentiële voorziening mogelijk te maken. De intrede in het dagelijks leven is bijvoorbeeld iets wat ten volle kan gehanteerd worden wanneer men in een residentiële setting werkt. Indien patiënten slechts enkele uren aanwezig zijn of enkel op gesprek komen, is dit principe moeilijker te hanteren. Ook het principe van verantwoordelijkheid van patiënten is gemakkelijker te hanteren in een residentiële setting aangezien patiënten daar nauwer betrokken zijn bij de werking van het instituut. Dit wil echter niet zeggen dat men de principes van de institutionele psychotherapie niet kan aanpassen aan een ambulante

setting. We kiezen er echter voor om deze voorzieningen niet mee te nemen in het onderzoek omdat dit de resultaten zou kunnen beïnvloeden door te grote verschillen tussen voorzieningen.

De interviews werden afgenomen bij 8 psychologen en 1 orthopedagoge en stafmedewerkster van het pedagogisch beleid. We vonden het van belang om ook de orthopedagoge te betrekken in het onderzoek. Dit zowel omwille van de functies die binnen institutionele psychotherapie niet zo afgeleid zijn, als omwille van haar uitgebreide kennis over hoe institutionele psychotherapie omgaat met kwaliteitszorg aangezien zij stafmedewerkster is van het pedagogisch beleid in de voorziening waar ze werkt. Op deze manier hebben we dus negen casussen verzameld waarvan er zeven voldeden aan de criteria die we hebben opgesteld (ervaring in een residentiële setting en kennis met betrekking tot de institutionele psychotherapie) om zo een kleine groep van participanten te verzamelen die ons een inzicht kunnen geven in wat we pogen te onderzoeken.

Deze respondenten werken in zeven verschillende voorzieningen. Ze werken met verschillende doelgroepen die we kunnen opdelen in jongeren en kinderen, mensen met een mentale beperking en mensen met een psychotische structuur of langdurig psychiatrische stoornis. Vier van de voorzieningen bestaan uit een afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis waarvan één een dagkliniek is. Dit is dus een ambulante setting, maar de persoon in kwestie heeft veel ervaring in een residentiële setting en spreekt voornamelijk over haar ervaring daar. Eén voorziening is er één met een RIZIV-conventie. Dit wil zeggen dat ze een overeenkomst hebben met het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Deze voorziening bevindt zich in Wallonië, maar de persoon in kwestie heeft veel kennis omtrent hoe kwaliteitszorg in Vlaanderen wordt gehanteerd doordat hij ook supervisies doet in voorzieningen in Vlaanderen. Twee andere voorzieningen zijn verenigingen zonder winstoogmerk (vzw). In totaal hebben we vier vrouwen en vier mannen geïnterviewd.

We hebben een steekproef verzameld waarvan we verwachten dat ze voldoende informatie zal opleveren om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Om dit te kunnen bereiken hebben we ten eerste mensen benaderd die we in het

literatuuronderzoek zijn tegengekomen. We kunnen ervan uit gaan dat deze personen over voldoende kennis beschikken aangezien zij zelf bijgedragen hebben aan de literatuur omtrent institutionele psychotherapie (en kwaliteitszorg). Op deze manier hebben we vijf mensen kunnen bereiken. Eén persoon heeft zelf aangeboden om mee te werken aan het onderzoek via de mentor van deze masterproef. We hebben deze persoon opgenomen in het onderzoek omdat hij zelf nauw betrokken is bij het onderwerp en daar ook bepaalde inzichten in heeft. Met drie andere participanten zijn we in contact gekomen door een rondvraag te doen binnen de stuurgroep institutionele psychotherapie in Vlaanderen. Binnen deze stuurgroep hebben we een rondvraag gedaan over wie zou willen mee werken aan het onderzoek dat we in deze masterproef pogen te voeren. Dit omdat de mensen in de stuurgroep allemaal op een bepaalde manier bezig zijn met institutionele psychotherapie en veelal ook werken aan de hand van de institutionele psychotherapie. We hebben dan twee mensen geselecteerd die werken aan de hand van de institutionele psychotherapie in een residentiële setting.

Materialen

We kiezen er in dit onderzoek voor om te werken met een kwalitatief onderzoeksdesign. Dit omdat we een ervaring in de praktijk willen bevragen. We willen dus een fenomeen, namelijk de institutionele psychotherapie en hoe men binnen dat kader om gaat met de kwaliteitszorg, gaan onderzoeken in zijn context of in de praktijk. We willen daarbij specifiek aandacht hebben voor het perspectief van de participanten en hun ervaring uitvragen. Om die ervaring vanuit de praktijk te kunnen vatten en daarbij rekening te houden met een bepaalde context menen we dat kwalitatief onderzoek hier beter voor geschikt is. We onderzoeken een veld dat tot nog toe weinig tot niet onderzocht is geweest. Aan de hand van kwalitatief onderzoek kunnen we aan exploratie doen om zo een eerste stap te zetten wat betreft het onderzoeken van institutionele psychotherapie en de dynamiek met kwaliteitszorg. We gaan niet op zoek naar een causaal verband, maar we trachten meer zicht te krijgen op een fenomeen in zijn context. Dit zorgt ervoor dat kwalitatief onderzoek beter geschikt is om een antwoord te kunnen bieden op onze onderzoeksvraag (Maracek, 2003).

Om data te kunnen verzamelen maken we gebruik van een semi-gestructureerd interview. Dit interview nemen we af bij de bovengenoemde steekproef van hulpverleners die tewerk gesteld zijn in instellingen met een institutioneel psychotherapeutisch kader. Op deze manier kunnen we hun ervaring en hun mening voldoende bevragen en verkrijgen we een rijke data-set (Saunders, Lewis & Thornhill, 2004). We kiezen voor een semi-gestructureerd interview om het evenwicht te kunnen bewaren tussen enige mate van controle over het interview en anderzijds de participant genoeg ruimte laten om vrij te spreken. We zullen dus een aantal vaste thema's bevragen die gebaseerd zijn op de literatuurstudie. Op basis van de literatuurstudie hebben we een leidraad (zie bijlage 2) opgesteld om op een gestructureerde manier het interview te kunnen afnemen. We hebben deze leidraad ook voorgelegd aan de mentor van de masterproef om na te gaan of er sprake was van een goede bevraging van wat we pogen te onderzoeken. Bij dit interview hebben we er op gelet om steeds gebruik te maken van open vragen om de participant de mogelijkheid te kunnen geven zo breed mogelijk te antwoorden. Op deze manier kunnen we ook doorvragen indien dit nodig is om een duidelijker beeld te krijgen (Saunders, Lewis & Thornhill, 2004). We streven deze breedheid na omdat we een rijke beschrijving willen geven van hetgeen we onderzoeken aangezien het desbetreffende onderwerp nog niet onderzocht is (Braun en Clarke, 2006). We zullen het interview bijgevolg eerder op een exploratieve manier afnemen. Dit wil zeggen dat we het interview starten zonder voorafgaande hypothesen die we willen bevestigd zien. We interviewen met een open blik voor wat de participant ons aan brengt door bijvoorbeeld gebruik te maken van open vragen. Aan de hand van het semi-gestructureerd interview hebben we ook de mogelijkheid om de participant vrijuit te laten spreken. Op deze manier krijgen we ook andere informatie dan die we zouden krijgen aan de hand van een gestandaardiseerd instrument.

Om de data die we hebben verzameld te analyseren maken we gebruik van thematische data-analyse. Thematische data-analyse is een methode die men gebruikt om patronen in data te identificeren, analyseren en rapporteren. Deze methode hebben we gekozen omdat die ons toe laat om op zoek te gaan naar thema's in de ervaringsinformatie die we verzamelen. Bij thematische analyse is het overigens niet

nodig om ons te baseren op de theorie (Braun & Clarke, 2006). Ook dit is belangrijk aangezien we willen onderzoeken wat mensen zelf naar voor brengen, zonder ons daarvoor te baseren op de theorie. Op basis van het literatuuronderzoek zijn er een aantal verwachtingen wat betreft een spanning tussen institutionele psychotherapie en kwaliteitszorg. We kiezen er in dit geval echter voor om deze spanning niet als een hypothese uit te werken. We willen naar de praktijk stappen en op zoek gaan naar de ervaringen van hulpverleners zonder daarbij voorafgaande verwachtingen te hebben. We hebben het interview echter wel gebaseerd op de theorie om op die manier een leidraad te hebben, maar we staan open voor de visie en de ervaring van de hulpverleners zelf.

Procedure

De proefpersonen hebben we gecontacteerd via mail waarbij we telkens een korte uitleg hebben gegeven over wat het onderzoek inhoudt. Daarna hebben we een afspraak gemaakt om het interview af te nemen. Vervolgens hebben de proefpersonen een informed consent (zie bijlage 1) getekend en hebben we het interview afgenomen. De duur van het interview varieerde tussen 30 minuten en 1 uur. Vervolgens hebben we de data getranscribeerd. Dit komt ons ten goede in de verdere codering. Het afnemen van de interviews en het transcriberen is gebeurd tijdens de periode van augustus 2014 tot en met februari 2015.

Vervolgens zijn we begonnen met de thematische data-analyse die we hebben opgedeeld in zes fasen, op basis van de richtlijnen van Braun en Clarke (2006). We vertrekken hierbij vanuit een inductieve benadering om op die manier zonder voorafgaande hypothesen naar de praktijk te stappen. Tijdens de eerste fase dompelen we ons onder in de data en noteren we daarbij initiële ideeën. Tijdens de tweede fase beginnen we met een primaire codering. Hierbij gaan we open coderen waarbij we zo dicht mogelijk bij de data blijven. We scannen de data en labelen elk fenomeen dat significant zou kunnen zijn. We zullen na deze fase ook een intervisie plannen met de mentor van de masterproef. In de volgende fase zullen we op zoek gaan naar initiële thema's waarin we de codes kunnen groeperen. Hierbij gaan we axiaal coderen. Dit wil zeggen dat we de codes die bij dezelfde fenomenen horen, gaan groeperen. Op dit punt

grijpen we nog zo weinig mogelijk terug naar de theorie, maar gaan we voornamelijk gaan groeperen op basis van frequentie van verschillende coderingen om te zien of er vanuit de data bepaalde zaken naar voor komen. Ook hierna plannen we een intervisie in. Vervolgens gaan we over naar fase vier waarbij we op zoek gaan naar overkoepelende thema's. We gaan op zoek naar patronen in de thema's die we hebben opgesteld. In deze fase gaan we over naar de selectieve codeerfase waarbij we overigens teruggrijpen naar de theorie uit het literatuuronderzoek. We hebben hierbij aandacht voor de interne homogeniteit en externe heterogeniteit. Wat betreft de interne homogeniteit gaan we na of de verschillende thema's intern coherent of consistent zijn. Met betrekking tot de externe heterogeniteit gaan we na of de verschillende thema's niet te veel overlappen. We zullen ten eerste de thema's herbekijken op het niveau van de codes om te zien of alle codes binnen het thema passen en of het thema de codes goed representeert. Ten tweede kijken we ook naar de gehele dataset om te zien of de thema's een accurate representatie geven (Braun & Clarke, 2006). Ook hierna plannen we een intervisie in. In fase 5 zullen we de thema's gaan definiëren en benoemen. Het is daarbij van belang dat we de betekenis verfijnen. Ten slotte gaan we over naar fase zes en beginnen we aan de verslaggeving. We maken de vertaling naar de lezer en gaan op zoek naar citaten die kunnen aantonen waar de verschillende thema's over gaan.

Gedurende het onderzoek dienen we aandacht te hebben voor betrouwbaarheid en validiteit. Bij betrouwbaarheid kunnen we ons de vraag stellen of een andere onderzoeker dezelfde resultaten zou verkrijgen. We dienen daarbij duidelijk te maken dat een onderzoeker nooit volledig objectief kan zijn. We zullen proberen zo transparant mogelijk te zijn en de rol van de onderzoeker zo veel mogelijk te expliciteren. Om hier aandacht voor te hebben, zullen we een onderzoeksdagboek bijhouden waarin we de verwachtingen, waarden en oriëntatie van de onderzoeker zullen blootleggen. Dit onderzoeksdagboek staat open tot verificatie (Stiles, 1993). Op deze manier vergroten we de transparantie van het proces en houden we rekening met de sociale en culturele context. We zullen dit onderzoeksdagboek specifiek meenemen in de axiale codeerfase en voornamelijk in de selectieve codeerfase om de eigen biases in rekening te brengen

wanneer we de terugkoppeling maken naar de theorie. Overigens zullen we aandacht hebben voor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid door een aantal interviews in kartel te coderen. Een aantal interviews zullen daarbij ook gecodeerd worden door de mentor van de masterproef en de stagiair tewerk gesteld op de vakgroep psychoanalyse en raadplegingspsychologie. Dit om na te gaan of we de data op dezelfde manier interpreteren.

Op vlak van validiteit dienen we aandacht te hebben voor de interpretaties en conclusies. We zullen hiervoor aandacht hebben door te zorgen voor triangulatie. We hebben een deel van de data in kartel gecodeerd en er zal intervisie plaatsvinden gedurende verschillende fasen van het onderzoek. Het kartel bestaat uit de mentor van de masterproef en een stagiair die tewerk gesteld is op de vakgroep psychoanalyse en raadplegingspsychologie. Het is ook belangrijk om doorheen de masterproef aandacht te hebben voor interne consistentie en coherentie. Met andere woorden moeten de verschillende kaders, namelijk institutionele psychotherapie en kwaliteitszorg, die aangehaald worden begrijpelijk gepresenteerd worden net als de relatie tussen beiden. Om dit te doen heb ik ten eerste een literatuuronderzoek gedaan waarin we de verschillende concepten van zowel kwaliteitszorg en institutionele psychotherapie uitleggen en waar we ook dieper in gaan op de dynamiek tussen beide. Ook in de methodesectie en resultatensectie pogen we om zo duidelijk mogelijk te representeren hoe we het onderzoek hebben uitgevoerd. We geven daarbij bij elke stap duidelijke argumentatie waarom het juist van belang is om op deze manier aan het werk te gaan (Rosenwald, 1985). Ook reflexiviteit is belangrijk, waarbij we de rol van de onderzoeker expliciteren in het onderzoeksdagboek.

Data-analyse

Om na te gaan of er een spanning terug te vinden is tussen kwaliteitszorg en institutionele psychotherapie in de praktijk zullen we ten eerste in de data oog hebben voor hoe men kwalitatieve hulpverlening ziet binnen de institutionele psychotherapie. We zullen daarbij letten op hoe de hulpverleners zelf een goede zorgverlening formuleren of bewerkstelligen in de praktijk. Ten tweede zullen we aandacht hebben voor hoe men de kwaliteitsnormen die vanuit de overheid worden aangediend ervaart.

We zullen daarbij letten op eventuele positieve effecten en moeilijkheden die zich in de praktijk aandienen. Ten derde gaan we na of er eventuele oplossingen of manieren van omgaan zijn die door de respondenten worden aangereikt.

Resultaten

We zullen eerst kort overlopen hoe we tot de resultaten gekomen zijn. Na het doornemen en transcriberen van de interviews zijn we overgegaan tot de codering. Tijdens de eerste codeerfase, namelijk de open codering, hebben we er op gelet om zo dicht mogelijk bij de data te blijven. We vertrekken hierbij dus vanuit een inductieve benadering waarbij we de theorie achter ons laten. We hebben bijgevolg acht interviews gecodeerd, waarvan drie met de hand en de overige vijf aan de hand van het programma Nvivo 10. Op die manier konden we ervoor zorgen dat we bij de eerste interviews dicht bij de data bleven doordat we niet konden terug grijpen naar vooraf gemaakte codes. Tijdens deze codeerfase hebben we gebruik gemaakt van triangulatie. De onderzoeker heeft zelf alle interviews gecodeerd. Daarnaast heeft de mentor van de masterproef het eerste interview gecodeerd. Ook de stagiair tewerk gesteld op de vakgroep psychoanalyse en raadplegingspsychologie heeft drie interviews gecodeerd. Op deze manier konden we de eerste interviews met elkaar vergelijken om ervoor te zorgen dat de betrouwbaarheid gegarandeerd werd. We hebben gemerkt dat we het voor de meeste stukken eens waren wat betreft de codes. Op de punten waar er een verschil was, werden de codes aangepast naar gelang de consensus die we bereikten. Op deze manier werd er gecontroleerd of de eigen assumpties en hypothesen niet te sterk doorwegen in het coderen van de data.

Na de eerste fase hebben we 205 codes overgehouden (zie bijlage drie). Dit grote aantal codes wijst er ook op dat we dicht bij de data zijn gebleven. We merkten hierbij hoe één interview meer nieuwe codes vroeg dan de andere interviews. Voor dit interview alleen werden dertig codes gemaakt die niet in de andere interviews voorkwamen. Dit wees er op dat men in deze voorziening een andere visie hanteerde die niet strookte met de visie in de andere voorzieningen. We merkten dat veel van hun principes tegengesteld zijn aan de principes van de institutionele psychotherapie en we hebben dit interview dan ook verder niet opgenomen in de steekproef.

Vervolgens zijn we overgegaan naar de axiale codeerfase. Hierbij hebben we een eerste data-reductie gedaan door een ordening door te voeren in de codes. Op deze manier hebben we de codes teruggebracht tot 54 thema's. Hierbij hebben we geen aandacht gehad voor de literatuur en probeerden we opnieuw om zo dicht mogelijk bij

de data zelf te blijven. De onderzoeker heeft in de eerste plaats de codes in de thema's geplaatst, vervolgens heeft de stagiair tewerk gesteld op de vakgroep psychoanalyse en raadplegingspsychologie nagekeken of dit op een goede manier werd gedaan. Zo hebben we gecontroleerd of alle codes op een juiste manier werden gehergroepeerd in overkoepelende thema's. Op deze manier kwamen we uiteindelijk tot 51 thema's (zie bijlage vier).

Daarna zijn we overgegaan naar de selectieve codeerfase. In deze fase hebben we de theorie binnen gebracht in het onderzoek. We hebben uit de thema's een aantal hoofdthema's geselecteerd die een gedeeltelijk antwoord kunnen bieden op de onderzoeksvragen. Ook hier hebben we in kartel gewerkt door deze thema's te overlopen en op die manier met verschillende personen na te gaan of onze visie overeen kwam. Op deze manier kwamen we in eerste instantie tot 13 thema's die we nog hebben gereduceerd tot acht hoofdthema's met telkens een aantal subthema's na intervisie. Vervolgens hebben we per thema en subthema de gecodeerde data-extracten nagelezen en hebben we overigens ook alle interviews opnieuw gelezen. Op deze manier konden we na gaan of binnen de thema's en subthema's de codes een coherent patroon vormen en of we geen data hebben gemist in de initiële codeerfase. Hier spreken we dus over iteratie waarbij we tijdens het construeren van de thema's nog eens terug keren naar de data zelf. Bij het beschrijven van deze verschillende thema's merkten we dat er nog twee hoofdthema's waren die voor een groot stuk overlaptten. Deze thema's hebben we dan ook nog verder samengevoegd. Ook dit kunnen we plaatsen onder het proces van iteratie waarbij er een constante wisselwerking is tussen de data en de analyse. Zo komen we tot zeven hoofdthema's.

Om deze zeven hoofdthema's op te stellen hebben we gebruik gemaakt van data verzameld bij zeven participanten. We gaan hierbij kort in op wie deze participanten zijn.

Tabel 1: participanten opgenomen in de thematische data-analyse

	Functie	Voorziening
Participant 1	Psycholoog	Afdeling voor psychotici binnen psychiatrisch ziekenhuis
Participant 2	Psycholoog	Afdeling voor mensen met mentale handicap en psychiatrische problematiek binnen psychiatrisch ziekenhuis
Participant 3	Psycholoog	Dagcentrum en afdeling voor psychotici binnen psychiatrisch ziekenhuis
Participant 4	Psycholoog	Vzw met riziv-conventie voor personen met chronische psychiatrische problematiek
Participant 5	Psycholoog	Afdeling voor psychotici binnen psychiatrisch ziekenhuis
Participant 6	Psycholoog	Vzw voor personen met mentale handicap en psychiatrische problematiek
Participant 7	Orthopedagoog en staf-medewerker pedagogisch beleid	Voorziening voor jongeren en kinderen met verschillende problematieken

Participant één en vijf werken als psycholoog op een afdeling binnen een psychiatrisch ziekenhuis waar men voornamelijk werkt met mensen met een psychotische structuur. Participant twee is tewerk gesteld als psycholoog op een afdeling binnen een psychiatrisch ziekenhuis voor personen met een mentale handicap en bijkomende psychiatrische problematiek. Participant drie is psycholoog in een dagcentrum, maar heeft voordien gewerkt op een afdeling binnen een psychiatrisch ziekenhuis waar voornamelijk mensen verblijven met een psychotische structuur. Participant vier werkt als psycholoog in een voorziening in Wallonië en doet supervisies in voorzieningen in Vlaanderen. Deze voorziening in Wallonië is een vereniging zonder winstoogmerk met een riziv-conventie die mensen opvangt met verscheidene chronisch psychiatrische problematiek. Participant zes is tewerk gesteld als psycholoog in een vereniging zonder winstoogmerk waar men personen met een mentale handicap opvangt met bijkomende psychiatrische problematiek. Ten slotte werkt participant zeven als stafmedewerkster van het pedagogisch beleid in een voorziening voor jongeren en kinderen met verscheidene problematieken.

Tabel 2: thema's met subthema's

Institutionele psychotherapie als een manier om na te denken over de organisatie van een voorziening
Binnen institutionele psychotherapie hangt de rol op de afdeling niet samen met het statuut
Binnen institutionele psychotherapie is het belangrijk om een structuur te hebben
Binnen institutionele psychotherapie kunnen mensen vrij circuleren
Binnen institutionele psychotherapie probeert men weinig absolute regels te hanteren
Institutionele psychotherapie geeft een kader om na te denken over psychopathologie
Institutionele psychotherapie heeft aandacht voor de werking van het instituut
Institutionele psychotherapie heeft aandacht voor het onthaal
Institutionele psychotherapie is aandacht hebben voor het dagdagelijkse
Institutionele psychotherapie zorgt voor heterogeniteit in aanbod van ateliers en mensen
Er zijn moeilijkheden bij het installeren van een institutioneel psychotherapeutische werking
Binnen institutionele psychotherapie is er soms ook hiërarchie
Rol en statuut vallen soms wel samen
Er zijn ook moeilijkheden verbonden aan institutionele psychotherapie
Er zijn problemen binnen het team
Het is niet altijd gemakkelijk een institutioneel psychotherapeutische werking te installeren
Kwaliteitszorg komt vanuit een economisch discours met nadruk op controle en evaluatie
Kwaliteitszorg binnen discours van snel herstel en rehabilitatie
Kwaliteitszorg is (kosten)efficiënt
Kwaliteitszorg is controle en evaluatie
Kwaliteitszorg legt nadruk op taakverdeling
Kwaliteitszorg wil homogeniseren
Kwaliteitszorg leidt tot moeilijkheden in het werken met institutionele psychotherapie
Veel regels van buitenaf die het werken moeilijker maken
Steeds minder ruimte om met institutionele psychotherapie te werken
Binnen institutionele psychotherapie heeft men schrik voor hoe kwaliteitszorg zal evolueren
Kwaliteitszorg en institutionele psychotherapie zijn tegengesteld aan elkaar
Tegenstelling op vlak van rolverdeling
Tegenstelling op vlak van coherentie
Tegenstelling op vlak van werken met het chronisch publiek
Tegenstelling op vlak van doelgerichtheid
Tegenstelling tussen heterogeniteit en homogeniseren
Kwaliteitszorg mag niet als overdreven negatief bestempeld worden
Niet zo veel last van kwaliteitszorg
Kwaliteitszorg vertrekt vanuit goede bedoelingen
De tegenstrijdigheid mag niet te eenzijdig bekeken worden
Binnen institutionele psychotherapie zoekt men een manier om om te gaan met kwaliteitszorg
Binnen institutionele psychotherapie biedt men verzet tegen het beleid
In dialoog gaan met kwaliteitszorg
Zoeken naar een manier om rond kwaliteitszorg te gaan

We maken een onderscheid tussen domeinen en thema's. Ten eerste zullen we drie domeinen bespreken waarbij we geregeld ook terug verwijzen naar de literatuur. Dit doen we om een controle uit te voeren met betrekking tot de concepten die we in de inleiding hebben besproken. We kunnen daarbij nagaan of dit overeenkomt met wat hulpverleners in de praktijk begrijpen onder de verschillende concepten. Vervolgens bespreken we vier thema's die rechtstreeks verband houden met de onderzoeksvragen.

Een groot deel van het interview bestaat uit vragen over hoe men de institutionele psychotherapie gebruikt in de voorziening. Op deze manier kunnen we ook na gaan of het beeld dat we geschetst hebben van de institutionele psychotherapie in de inleiding overeen komt met de praktijk. We zullen in de volgende sectie overlopen wat de verschillende elementen zijn van institutionele psychotherapie die hulpverleners zelf hebben aangebracht en dit vergelijken met de literatuur.

Institutionele psychotherapie als een manier om na te denken over de organisatie van een voorziening

Binnen institutionele psychotherapie hangt de rol op de afdeling niet samen met het statuut

Alle hulpverleners vertellen dat binnen de institutionele psychotherapie iemand zijn rol op de afdeling niet afhankelijk is van het statuut van die personen. Iedereen wordt dan ook betrokken bij de behandeling, waarbij twee hulpverleners ook vertellen dat ze daarbij werken aan de hand van constellaties.

“Ah, ja, al wie dat er rond loopt in het ziekenhuis zelf. Zowel van personeel, en da's dan ja, ook met al het personeel dus de poetsdienst, en de keuken en dan ook familie en kennissen en zo. Want wij doen, wij hebben ook af en toe zo wel wat van die constellaties gedaan zo. Zo dat we iedereen samen roepen dat iets te maken heeft met diene mens. En dan de medepatiënten he, da's ook heel belangrijk.” (participant 3)

Men vertelt dat wie het belangrijkste is voor een patiënt niet bepaald wordt door het statuut. De personeelsleden krijgen dan ook veel vrijheid in het werken en kunnen bijvoorbeeld ook activiteiten of ateliers voorstellen op basis van hun eigen interesse. Men probeert de hiërarchie zo veel mogelijk te neutraliseren waarbij men ook het onderscheid tussen patiënt en personeel zo veel mogelijk probeert te minimaliseren.

Participant één benadrukt dit ook wanneer de vraag wordt gesteld wie er bij de behandeling wordt betrokken.

“De personeelsleden uiteraard, maar ook de poetsvrouw bijvoorbeeld. Ook de andere patiënten worden bijvoorbeeld in de Club betrokken. Eigenlijk de behandeling, daar wordt iedereen bij betrokken.”(participant 1)

Dit zorgt er dan ook voor dat patiënten een grote verantwoordelijkheid krijgen inzake de organisatie van de voorziening. Patiënten hebben inspraak in hoe de werking wordt georganiseerd en nemen zelf taken op. Bij drie van de zeven voorzieningen werkt men met een clubwerking. Dit is een manier om samen met personeel en patiënten de atelierwerking en het dagelijks leven te regelen. Ook doet men aan interclubwerking waarbij men geregeld over verschillende voorzieningen heen samen komt.

“En die bewonersvergadering dat is nog maar hier om de twee weken of zo, dus daar staan dan een aantal punten op zoals de afwas bijvoorbeeld of de kamers. Eigenlijk is dat de praktische organisatie die daar wordt besproken. Euhm, bijvoorbeeld, het gaat beginnen vriezen, wie gaat er voor zorgen dat het water binnen komt. Ale, zo van die dingen eigenlijk. Dat wordt daar ook besproken. En de Clubvergadering, dat doen we ook ene keer in de week en daar wordt ook ... Dat is eigenlijk zo meer de activiteiten die besproken worden, de ateliers, wat gaat er in het weekend gebeuren...” (participant 6)

Dit komt overeen met het beeld dat we hebben geschetst over institutionele psychotherapie in de inleiding. Binnen institutionele psychotherapie worden taken namelijk niet verdeeld op basis van iemand zijn statuut. We hadden echter wel verwacht dat meer hulpverleners gebruik zouden maken van constellaties en clubwerking. Op dit vlak is er een verschil met het beeld dat we van institutionele psychotherapie hebben geschetst in de inleiding. We gingen ervan uit dat de Club juist een belangrijk deel is van het werken met institutionele psychotherapie is, maar dit blijkt niet noodzakelijk.

Binnen institutionele psychotherapie is het belangrijk om een structuur te hebben

Op één hulpverlener na geven de hulpverleners aan dat binnen institutionele psychotherapie men gebruik maakt van een (dag)structuur.

“Euhm, en dan hebben we een structuur. Die structuur dat is euh bijvoorbeeld van om 12u30 is er middagmaal dan zijn er therapieën dan vrij, iedereen doucht zich ene keer per dag... Zo van dat soort zaken.” (participant 2)

Het is dus niet zo dat er niets geregeld is. Men maakt dan bijvoorbeeld gebruik van atelierwerking om een structuur in de dag te brengen. Ook vindt men het bijvoorbeeld belangrijk om de maaltijdmomenten te verzorgen.

“Maar dus die momenten zo het ontbijt, middageten en avondeten, dat zijn eigenlijk heel belangrijke momenten. En daar een beetje...dat is zo’n beetje de structuur.” (participant 4)

Dit element is iets wat we hebben gemist in de inleiding. Er is hier dus wel degelijk een verschil tussen onze visie op institutionele psychotherapie en hoe de hulpverleners dit zien in de praktijk. We gingen ervan uit dat binnen de institutionele psychotherapie weinig structuur is. Dit blijkt echter niet zo te zijn, men vindt het namelijk wel van belang om een zekere routine te hebben. Dit vindt men ook van belang in het werken met mensen met een mentale handicap zoals participant zes in onderstaand voorbeeld aangeeft.

“Dus, qua vast element, hebben we misschien wel nog wat die routine van die dagindeling. Dus, ’s morgens opstaan en dan kamers en koken, en dan ’s middags eten en dan terug atelier en dan weer eten. En zo. Dat is misschien wel een vast element en dat proberen we wel voor iedereen aan te houden.”(participant 6)

Binnen institutionele psychotherapie kunnen mensen vrij circuleren

Alle hulpverleners vinden het van belang dat patiënten vrij kunnen circuleren. Zo is het vaak ook niet verplicht om bij de psycholoog te spreken, maar mogen patiënten zelf kiezen met wie ze willen spreken.

“Maar we proberen wel volgens het principe te werken dat het mogelijk is tot ieder van hen te refereren. Euhm...je moogt, er zijn nu mensen als die niet bij mij willen spreken, mogen die ook iemand anders spreken. Het is niet van: je moet nu naar de psycholoog gaan, je moet bij de ergotherapeute gaan.” (participant 2)

“En dat zit dan ook wel samen met die vrije circulatie waar je tot ontmoeting kan komen met de kokkin, met de mannen van het secretariaat, met mij, met de directeur. Euhm...en daar proberen wij wel echt naar te kijken, van wat gebeurt er dan.” (participant 7)

Ook het deelnemen aan activiteiten of ateliers is vaak niet verplicht.

“Op zich is er geen enkel atelier verplicht, we werken op basis van uitnodiging.” (participant 1)
Twee hulpverleners vertellen dan ook dat mensen enkel uit vrije wil in opname kunnen komen.

“Daar werken we ook heel hard rond. Dus dat ze eigenlijk niet geplaatst worden, maar dat ze uit eigen wil komen.” (participant 5)

Dit komt overeen bij hetgeen terug te vinden is in de literatuurstudie. We hadden echter gedacht dat deze vrije circulatie volledig vrij zou zijn, maar het kadert binnen een bepaalde structuur. In de inleiding hebben we de vrije circulatie als een belangrijk onderdeel van de institutionele psychotherapie geschetst. Nu zien we dat dit thema ook bij alle hulpverleners terug komt.

Binnen institutionele psychotherapie probeert men weinig absolute regels te hanteren

Bij alle voorzieningen poogt men om in het werk zo weinig mogelijk absolute regels te hanteren. Ook het feit dat mensen niet verplicht moeten aanwezig zijn in de activiteiten is hier van belang. Vier hulpverleners vertellen ook expliciet dat mensen niet verplicht worden om naar de activiteiten te komen.

“Een deelname aan de ateliers vinden we natuurlijk tof, maar totaal niet verplichtend.” (participant 5)

Vier hulpverleners maken gebruik van algemene regels die zeer veel omvatten. Een voorbeeld hiervan is de regel van iedereen zijn werk te laten doen of respect te hebben voor iedereen. Deze regels zijn zeer algemeen en past men vaak toe op een zeer particuliere manier.

“En dan van andere regels hebben wij er altijd twee gehanteerd. Dat is geen agressie en iedereen zijn werk laten doen. En dat behelst, ja, niet medepatiënten ambeteren, dat een werk is van activiteiten doen of een project uitwerken, of een parcours te lopen, dat je die niet in de weg loopt. En dat je ons ook ons werk laat doen.” (participant 3)

Zes hulpverleners vertellen hoe ze aandacht hebben voor het particulier toepassen van regels. Ook omtrent gebruik vertellen twee hulpverleners die werken met psychotici bijvoorbeeld dat men eerst nadenkt over binnen welke dimensie dat gebruik past alvorens het gebruik te verbieden.

“Maar dan komt het he, alcohol of drugs, wat doen we daarmee...dat is niet eenvoudig. Meestal kijken we naar de persoon specifiek: wat gaan we daarmee doen?” (participant 1)

Vanuit de inleiding hebben we niet zo veel aandacht besteed aan hoe men met regels om gaat. We hebben daarbij wel geschetst dat vanuit het principe van openheid en vrije circulatie men werkt met een miniem aantal regels. Dit komt overeen met hetgene we terug vinden in de praktijk.

Institutionele psychotherapie geeft een kader om na te denken over psychopathologie

Alle hulpverleners zien institutionele psychotherapie als een kader waarbinnen men kan nadenken over de psychopathologie of leefwereld van de patiënten of bewoners. Men houdt daarbij ook rekening met de overdracht. Vier van de zeven hulpverleners vertellen dan ook dat institutionele psychotherapie een goede manier is van omgaan met de psychose om op die manier bijvoorbeeld de verbroekeling binnen de psychose tegen te gaan. Wanneer we de vraag stellen aan een hulpverlener op een afdeling voor psychotici wat belangrijke handvaten zijn vanuit de institutionele psychotherapie voor het werk, antwoordt die:

“Voor mij is dat vooral euhm... een kader waarbinnen dat de, dat elementen geeft om ten eerste te denken over psychose, over de pathologie, maar tegelijkertijd ook elementen aan reikt om de mogelijke ontmoeting te denken.” (participant 1)

Daarentegen vertellen vele hulpverleners (vijf van de zeven) ook dat institutionele psychotherapie niet enkel bij psychotici kan gebruikt worden.

“Dus wat wij hier krijgen, zijn dus niet alleen psychotische mensen, maar zijn dus ook mensen die dat nood hebben aan omkadering, aanwezigheid. En dus, IP¹ is dan, is natuurlijk vaak met psychotische mensen, maar denk dat het meer met psychiatrische problematiek is.” (participant 4)

Binnen institutionele psychotherapie krijgt men namelijk ook de ruimte om bijvoorbeeld te denken over binnen welke dimensie een gebruik past.

¹IP staat voor institutionele psychotherapie, verder in de citaten zal hier nog verschillende keren op deze manier naar verwezen worden.

“Wat dat wij proberen doen, is symptomen in zijn context te zetten. Wat dat ook met verslavingen zo is.” (participant 5)

Dit komt grotendeels overeen met hetgeen we hebben omschreven in de inleiding. We hebben de institutionele psychotherapie gerechtvaardigd aan de hand van de casus van de psychose. Dit omdat de institutionele psychotherapie oorspronkelijk werd ontwikkeld om met de psychose om te kunnen gaan. Anderzijds hebben we ook door het afnemen van de interviews gemerkt dat de institutionele psychotherapie een manier van werken kan zijn bij verschillende doelgroepen.

Institutionele psychotherapie heeft aandacht voor de werking van het instituut

Op één na, spreken alle hulpverleners over het nadenken over de werking van het instituut. Men stelt de werking dan ook op verschillende manieren in vraag, bijvoorbeeld door vergaderingen of via intervisie. Vaak beschrijven de hulpverleners institutionele psychotherapie als het bevragen van vervreemde mechanismen.

“Een continue institutionele analyse moet maken...euh...en dat je ten allen tijde iets moet proberen doen aan de vervreemdende effecten die overal welig tieren en die de laatste jaren nog meer en meer tieren eigenlijk.” (participant 5)

Vijf van de zeven hulpverleners vertellen dan ook dat institutionele psychotherapie een kader is dat handvaten biedt in een institutie.

“Euh...dus dat zijn die principes...zijn stuk voor stuk heel richtinggevende elementen waar dat we, als we denken aan hoe we de werking vorm geven, dat we dat als richting nemen.” (participant 5)

Men zorgt dan ook voor het instituut zelf en niet enkel voor de patiënten. Dit is echter een permanent werk.

“Ja, ja, je moet altijd blijven werken eigenlijk he. En dat is zo iets dat begeleiders mij soms zeggen van: ah, ik dacht dat dat gemakkelijker ging zijn. Nee, je moet iedere keer opnieuw zoeken.” (participant 7)

Ook in de inleiding hebben we institutionele psychotherapie geschetst als een manier om om te gaan met de pathoplastie. Aan de hand van de institutionele psychotherapie kan men nadenken over en omgaan met de vervreemdende mechanismen die komen met het werken in een instituut. Het volgende citaat toont dan

ook hoe men de negatieve effecten van het instituut wil aanpakken om op die manier ervoor te zorgen dat het instituut genezend kan zijn.

“En voor mij de vraag daarin is eigenlijk, en ik denk dat heel de beweging daar ook elke keer opnieuw op zijn manier terug aan het opnemen is, is van: hoe kan je ervoor zorgen dat uw instelling, die dat sowieso negatief en positieve effecten heeft, een instelling op zich kan heel helpend zijn, maar er zitten ook een heleboel negatieve effecten in, en hoe kun je zorgen dat je die negatieve effecten zo klein mogelijk maakt? En dat je uw werking zo therapeutisch maakt, zodanig dat eigenlijk euh... de instelling op zich ook kan verzorgend werken. Maar dus ook naar personeel toe en ook naar de patiënten toe.” (participant 4)

Institutionele psychotherapie heeft aandacht voor het onthaal

Alle hulpverleners hebben het gehad over onthaal. Daarbij vertelt men dat men binnen de institutionele psychotherapie iedereen bij het onthaal betreft om op die manier verschillende onthaalpunten te kunnen installeren.

“Dus op die drie punten heb je eigenlijk een constante permanentie en dat vormt een beetje het onthaal en ale, in die zin he, dus dat er eigenlijk altijd iemand daar is waar dat ze ook altijd terecht kunnen.” (participant 6)

“Waar dat we eigenlijk proberen om voor onze gasten zeer bereikbaar te zijn. Zodat die ook kunnen circuleren via ons. Dat zijn dan al die onthaalpunten die je dan weer op je mensen hebt.” (participant 7)

Op die manier geeft institutionele psychotherapie ook een kader om na te denken over de ontmoeting waarbij men iets open probeert te houden om op die manier het onthaal af te stemmen op het particuliere. Dat onthaal is iets dat blijft duren, men kan iemand telkens opnieuw onthalen. Het is daarenboven een breed concept dat niet enkel geldt voor patiënten.

“Waar dat je hier nogmaals, en een blijvende onthaal moet doen. Ik vind dat ook schoon dat je iemand kan onthalen als die vertrekt ook.” (participant 5)

Het onthaal hebben we in de inleiding ook geschetst als één van de centrale componenten bij de institutionele psychotherapie. We hebben daarbij de nadruk gelegd op het ontvangen van iemand met zijn eigen particulariteit. Ook dit komt naar voor in de verschillende interviews.

Institutionele psychotherapie is aandacht hebben voor het dagdagelijkse

Binnen institutionele psychotherapie stellen alle hulpverleners dat zij in hun werk aandacht hebben voor het dagdagelijkse. Iedereen wordt dan ook betrokken in het dagdagelijkse leven op de afdeling.

“Euh...bezorgdheid rond het hyperdagdagelijkse. Was, de kook, de afwas, de tafeldienst, de koffie, de sigaretten, de uren van de koffie, huren van zalen... We doen vaak groepsgepraak ook. Over het hele basale.” (participant 5)

Daarbij vertellen zes hulpverleners bijvoorbeeld dat het belangrijk is om de sfeer van een afdeling of een voorziening te verzorgen.

“Maar waar dat wij toch wel hard aan proberen te werken zo, dat het hier een aangename sfeer heerst, een huiselijkheid, voor de bewoners.” (participant 6)

Het dagdagelijkse leidt daarenboven ook tot een ander contact met de mensen, dat sommigen toegankelijker vinden.

“Ja, of, er zijn veel mensen dat ik alleen maar spreek bij de soep of bij de koffie, of in de tuin, of in het passeren zo...dat dat een veel toegankelijker manier is om te spreken dan zo ‘en zet u nu een keer, en vertel het eens allemaal...’.” (participant 3)

Ook in het literatuuronderzoek hebben we het gehad over het dagdagelijkse. Daar hebben we beschreven hoe iedereen ook betrokken is bij het dagdagelijkse leven op de afdeling. Dit zien we terug in de interviews die we hebben afgenomen. We merken bijvoorbeeld hoe de psychologen het niet enkel van belang vinden om gesprekken te hebben in een bureau, maar dat het ook belangrijk is om aanwezig te zijn op andere momenten.

Institutionele psychotherapie zorgt voor heterogeniteit in aanbod van ateliers en mensen

Zes van de zeven respondenten hebben verteld dat men binnen de institutionele psychotherapie aandacht heeft voor heterogeniteit.

“De heterogeniteit vind ik ook een heel belangrijk principe. Zowel in aanbod van ateliers, als in de mensen met wie dat je werkt, als in de patiënten. Dat vind ik zeer interessant ook, van daar niet zo in te specialiseren en geen te homolitische blokken van te maken.” (participant 3)

Het is daarbij belangrijk om een aanbod te hebben van verschillende ateliers. Men legt daarbij ook de nadruk op het belang van verschillende ruimtes en verschillende ambiances.

“Het aanbieden van, het verzorgen van verschillende sferen en ambiances... zeer belangrijk. In alles, in alle diversiteiten eigenlijk”. (participant 5)

Daarnaast is het ook van belang om een heterogeen aanbod van personen te hebben. Eén respondent vertelt dan bijvoorbeeld hoe men patiënten niet opdeelt in groepen, maar werkt met één grote groep.

“Dus ik denk dat in (...) één van de belangrijkste dingen van IP toch is dat wij bijvoorbeeld werken met één groep. We hebben wel twee gebouwen, maar eigenlijk beschouwen wij dat als één groep. Wij gaan dus niet in leefgroepen opdelen.” (participant 6)

Ook dit aspect hebben we binnen de inleiding belicht. We hebben dit besproken als één van de drie grote principes binnen de institutionele psychotherapie. We zien dit dan ook terug komen bij de respondenten.

Aan de hand van deze thema's hebben we kunnen nagaan of hetgeen we in onze inleiding hebben besproken overeen komt met de praktijk van de institutionele psychotherapie. We zien institutionele psychotherapie dan als een manier om na te denken over de organisatie van een voorziening. Daarin komen bij de respondenten verschillende elementen aan bod. Verschillende van de elementen die de hulpverleners aanbrengen komen ook terug in de inleiding. Binnen de inleiding hebben we de institutionele psychotherapie besproken aan de hand van drie principes: heterogeniteit, openheid en verantwoordelijkheid. Deze principes kunnen we ook terugvinden in hetgeen de participanten ons hebben verteld. Onder het principe van heterogeniteit kunnen we zien dat er in verschillende voorzieningen sprake is van heterogeniteit in aanbod van ateliers en mensen. Ook merken we dat men aandacht heeft voor de intrede in het dagelijks leven. We merken echter wel op dat slechts twee hulpverleners spreken over het werken met constellaties. Onder openheid kunnen we bijvoorbeeld zien dat de participanten het ook belangrijk vinden dat men vrij kan circuleren. Ook merken we dat men in alle voorzieningen poogt om zo weinig mogelijk regels te hanteren en dat men overall aandacht heeft voor het onthaal. Tenslotte kunnen we onder

verantwoordelijkheid zien hoe men de nadruk legt op het feit dat iedereen wordt betrokken bij de behandeling of bij de organisatie van de voorziening. Alle hulpverleners hebben bovendien aandacht voor de werking van het instituut wat we kunnen linken aan de notie van de institutionele analyse. Hierbij draagt iedereen de verantwoordelijkheid aangezien de hulpverleners aangeven dat er een onderscheid is tussen rol en statuut en dat ook de patiënten een belangrijke verantwoordelijkheid dragen. Men poogt in zes voorzieningen aandacht te hebben voor het neutraliseren van de hiërarchie. We hadden echter wel verwacht dat meer voorzieningen zouden werken met een clubwerking, wat niet het geval was. Naast de verschillende principes wordt institutionele psychotherapie door de hulpverleners beschreven als een kader om na te denken over psychopathologie en specifiek dan de psychose. Het is echter niet zo opmerkelijk dat de verschillende componenten van de institutionele psychotherapie in alle voorzieningen naar voor komen, aangezien we dit in het interview hebben bevraagd.

We gaan verder met een stuk over de moeilijkheden die men ondervindt binnen het werken met de institutionele psychotherapie. Daarin zal blijken dat het niet altijd gemakkelijk is om een dergelijke manier van werken te organiseren.

Er zijn moeilijkheden bij het installeren van een institutioneel psychotherapeutische werking

Binnen institutionele psychotherapie is er soms ook hiërarchie

We merken dat er ook binnen de institutionele psychotherapie soms gebruik wordt gemaakt van een zekere hiërarchie. We merken bijvoorbeeld hoe de psychologen die we hebben geïnterviewd vaak (bij vier van de zeven respondenten) de rol op zich nemen om de principes van de institutionele psychotherapie te bewaken. Dit terwijl dit eigenlijk volgens de principes van de institutionele psychotherapie een gezamenlijk werk is.

“En dan, wat dat ik altijd een groot stuk van mijn werk vond, was ook de team daarin begeleiden, of dat proces in team in gang proberen houden.” (participant 3)

“Ik probeer er heel veel te zijn op de overdrachtsmomenten, en de werkvergadering en de teamvergadering om net dat een beetje te bewaken. Niet om de goeroe of de weter te zijn. Maar wel om, om te kijken van...ja...om die principes een beetje te bewaken he.” (participant 5)

Daarenboven vertellen drie hulpverleners bijvoorbeeld ook dat hiërarchie ook gebruikt kan worden in het werk en dat men hiërarchie nu eenmaal niet helemaal kan weghouden.

“Maar, op het moment dat de directeur mee aan de tafel komt of ik, en niet dagdagelijkse mensen, verandert er iets in de dynamiek. Wat ook goed is, dat ze ook voelen dat het dan formeler wordt. En dat het over grotere en belangrijker dingen gaat. En dat is wel hiërarchie, voor ons ook.” (participant 7)

Rol en statuut vallen soms wel samen

Dit sluit ook gedeeltelijk aan bij het vorige thema. We zien hoe binnen institutionele psychotherapie het niet altijd mogelijk is om rol en statuut los van elkaar te zien.

“Je hebt sowieso een team, je kan daar niet onderuit. Als je in een ziekenhuis werkt heb je een psycholoog, je hebt psychiaters, je hebt creatherapeuten, je hebt ergotherapeuten.” (participant 2)

Vier hulpverleners vertellen bijvoorbeeld dat de inspraak en verantwoordelijkheid die patiënten krijgen in zekere zin ook beperkt is. In het onderstaande citaat wordt deze inspraak bijvoorbeeld beperkt omdat er gewerkt wordt met mensen met een mentale handicap. Het werken met deze doelgroep maakt het dan niet gemakkelijk om veel verantwoordelijkheid en inspraak te geven aan patiënten.

“En hier ja, het probleem soms, ale als je mensen hebt met een zware mentale handicap bijvoorbeeld, die verantwoordelijkheden en die inspraak wordt daardoor wel beperkt natuurlijk he.” (participant 6)

Ook vertellen twee hulpverleners dat het niet altijd evident is om iedereen bij de behandeling te betrekken, aangezien men soms wel bepaalde taken moet vervullen die afhankelijk zijn van het statuut. Vier van de zeven psychologen die we hebben geïnterviewd vertellen dat er ook taken zijn die ze moeten uitvoeren als psycholoog.

“Er zijn euhm...functiespecifieke activiteiten dat ik hier heb...er zijn mensen die ik ook op regelmatige of onregelmatige basis ontvang in mijn bureau.” (participant 1)

Er blijkt dus wel een zekere rolverdeling te zijn binnen deze voorzieningen waarin de patiënt niet altijd veel verantwoordelijkheid krijgt.

Er zijn ook moeilijkheden verbonden aan institutionele psychotherapie

We merken dat vier van de zeven hulpverleners ook vertellen dat institutionele psychotherapie niet altijd een gemakkelijke manier van werken is. Er zijn namelijk ook een aantal moeilijkheden die komen met het werken met institutionele psychotherapie. We merken dat de nadruk op het contact in het dagdagelijkse voor één hulpverlener niet altijd evident is.

“Dat verandert de overdracht en ik heb wel geleerd dat dat eigenlijk niet zo eenvoudig is. Dat je goed moet nadenken van: op welke positie sta je in de overdracht.” (participant 2)

Ook vertellen twee hulpverleners dat institutionele psychotherapie niet altijd vernieuwend is en dat voornamelijk het jargon moeilijk te begrijpen valt.

“Heel dat psychoanalytisch kader, daar is heel wat commentaar op zo. Dat kan ik ook verstaan omdat die taal die die mensen spreken ook niet te verstaan is.”(participant 7)

Twee hulpverleners vertellen dat er moet opgelet worden voor overpsychiatisering en dat men er voor moet hoeden dat men mensen niet te veel binnen het ziekenhuis houdt.

“Misschien is dat wel waar dat men systematisch patiënten onderschat en men daardoor in de psychiatrie leeft door die te veel in een beschermende, beveiligende, alles voorzienende milieu te houden.” (participant 1)

Er zijn problemen binnen het team

Zes hulpverleners vertellen hoe er verschillende problemen zijn binnen het team. Binnen het team stelt men bij vijf van die hulpverleners bijvoorbeeld de vraag naar meer duidelijkheid. Men stelt dan bijvoorbeeld de vraag naar het meer consequent toepassen van regels.

“Soms heb je dat wel he, dat dat zo eens op steekt in het personeel. Van: zouden we ze niet moeten verbieden van dit of van dat.” (participant 6)

Eén hulpverlener stelt dat de grootste moeilijkheden voor het werken binnen het team liggen.

“En ook het werk, en dat is dan vooral het institutionele, het moeilijkste van werken in instelling zijn collega's. Ten eerste, we worden daar niet voor opgeleid, niemand leert hoe je met collega's

moet om gaan. En dus, je merkt dus van dat de meeste problemen komen van het samen werken.” (participant 4)

Drie hulpverleners vertellen dat er moeilijkheden zijn omdat niet iedereen altijd mee is in het verhaal van de institutionele psychotherapie. Voor sommigen is het dan ook moeilijk te begrijpen waar men in feite mee bezig is.

“En krijg je heel veel nieuwe mensen die niet mee zijn in die werkwijze. Maar die mee zijn vanuit dat heersende...kwaliteitszorg, evidence-based...euh...efficiëntie, effectiviteit...en het is niet simpel om dat te blijven van toon houden.” (participant 5)

Het is niet altijd gemakkelijk een institutioneel psychotherapeutische werking te installeren

Vijf hulpverleners vertellen dat ze het niet altijd evident vinden om te werken met institutionele psychotherapie of om steeds een dergelijke manier van werken te hanteren in de voorziening. Eén hulpverlener merkt bijvoorbeeld op dat men zelf vaak te resultaatgericht is.

“Eigenlijk zijn we veel te resultaatgericht. Van, we willen een...je wilt iets doen, iets klaarmaken, soep bijvoorbeeld, het is maar een voorbeeld. Maar je wilt ook dat het goede soep is he.” (participant 1)

Wanneer er wordt gevraagd hoe men aan institutionele analyse doet vertelt een andere hulpverlener dat ze het niet evident vindt om de werking continu te bevragen: *“Ja, dat is echt moeilijk. Omdat ook ja, als niet iedereen op die manier daaraan wilt werken is dat niet gemakkelijk, dus. Maar ik denk dat wel, we proberen dat zeker te doen he (...) Maar, het is niet gemakkelijk.” (participant 6)*

We merken ook op dat er bij sommigen geen sprake is van een clubwerking. *“We spreken hier niet van een club zoals een club er is in La Borde.” (participant 5)* Dit hebben reeds in het vorige hoofdstuk besproken, maar hoort ook in dit thema thuis.

Er blijken dus verschillende elementen van institutionele psychotherapie te zijn die voor de hulpverleners niet altijd gemakkelijk zijn. Men vindt het dan moeilijk om de werking te bevragen of om een clubwerking te installeren. Werken met institutionele psychotherapie blijkt dus niet evident.

Over deze verschillende subthema's heen zien we dus dat een aantal elementen die op het eerste zicht niet onmiddellijk bij de institutionele psychotherapie horen toch worden gebruikt in het werk. We zien bijvoorbeeld dat men binnen de voorzieningen die we hebben bezocht ook gebruik maakt van hiërarchie. We zien daarbij ook hoe rol en statuut vaak wel samen vallen. Een psycholoog voert dus ook zijn taken als psycholoog uit. Dit zijn echter verschillen met hoe we de institutionele psychotherapie hebben geschetst. We zien dan ook dat het niet altijd evident is om met institutionele psychotherapie te werken, aangezien de hulpverleners verschillende moeilijkheden ervaren in het installeren van deze werking. Daarenboven blijken er ook veel problemen voort te komen uit het werken met een team. Ook vertellen de hulpverleners dat institutionele psychotherapie niet enkel positief is. Over het algemeen kunnen we stellen dat er in de voorzieningen wel wat verschillen zijn met hoe we institutionele psychotherapie hebben opgevat binnen de inleiding. We hebben institutionele psychotherapie beschreven aan de hand van de casus la Borde, maar we merken dat het moeilijk is om deze werking ook over te nemen in andere voorzieningen. Daarbij kunnen we eventueel ook stellen dat institutionele psychotherapie telkens op een andere manier kan worden gebruikt en aangepast wordt aan het werken in een voorziening of werken met een bepaald team. We gaan verder met hoe men binnen de praktijk van institutionele psychotherapie kwaliteitszorg op vat. Hierbij maken we ook de vergelijking met hetgeen we in de inleiding hebben beschreven om na te gaan of er een overeenkomst is met hoe men in de praktijk kwaliteitszorg begrijpt.

Kwaliteitszorg vanuit een economisch discours met nadruk op controle en evaluatie

Kwaliteitszorg binnen discours van snel herstel en rehabilitatie

Vier van de zeven hulpverleners stellen dat met kwaliteitszorg meer nadruk is gekomen op snel herstel.

“Zeker in het discours rond herstel en dat is iets dat nu zeer populair is en onder de mensen is herstel, burgerschap, emancipatie...nu, dat zijn geen foute termen, maar dat overkijkt de psychose.” (participant 5)

Er zijn dan bijvoorbeeld meer voorwaarden met betrekking tot ontslag. Opnames moeten zo kort mogelijk zijn waardoor men vaak reeds van bij het begin bezig is met het ontslag.

“Of hoe we een patiënt hier kunnen binnen krijgen, hoe kunnen we die onthalen. En nu hebben we heel veel vergaderingen: hoe kunnen we die buiten krijgen. Het is een heel andere logica.” (participant 1)

Vroeger kreeg men meer tijd voor het verblijf. Dit zorgt er dan ook voor dat bij één van de voorzieningen, die een vereniging zonder winstoogmerk is, de doorverwijzing naar de psychiatrie moeilijker verloopt.

“Dus soms gaat het gewoon niet meer. Of soms is het voor iemand ook echt nodig om hier efkes weg te gaan. Dan kunnen zij ook terug gaan naar de psychiatrie. En wat dat wij wel merken is dat dat de laatste tijd wel moeilijker wordt. Vaak beperkt in tijd ook.” (participant 6)

Ook vertellen de hulpverleners dat men meer naar buiten toe moet werken. Er wordt meer nadruk gelegd op rehabilitatie, maar men stelt daarbij ook dat dit niet gepaard gaat met een tolerante buitenwereld.

“Dat de buitenwereld bepaald niet zit te wachten op psychiatrische patiënten en altijd maar minder tolerant wordt voor alles wat overlast veroorzaakt. En die groep wordt altijd maar ruimer.” (participant 1)

Dit aspect komt overeen met hetgeen we hebben besproken in de inleiding. We hebben het in de inleiding gehad over artikel 107 waarmee men wil inzetten op meer ambulante behandelcircuits en het afbouwen van residentiële bedden. We merken uit de interviews op dat dit zijn neerslag heeft in de kliniek van de institutionele psychotherapie waar men voornamelijk werkt met chronische patiënten.

Kwaliteitszorg is (kosten)efficiënt

Drie hulpverleners stellen dat kwaliteitszorg zich richt op efficiëntie of kostenefficiëntie.

“Maar die mee zijn vanuit dat heersende...kwaliteitszorg, evidence-based...euh...efficiëntie, effectiviteit...en het is niet simpel om dat te blijven van toon houden.” (participant 5)

Zij zien kwaliteitszorg als iets wat komt uit de bedrijfswereld, het is management.

“Dat is zo van, het is eigenlijk een manier van denken en van doen die vooral uit het bedrijfsleven komt.” (participant 4)

Om die reden vinden zij dit dan ook een tegenstrijdig discours wanneer het gaat over institutionele psychotherapie.

“Een echte managementslogica die volkomen haaks staat op de euhm...werking, werkwijze van IP.” (participant 1)

Op basis van de inleiding hadden we echter verwacht dat de nadruk op efficiëntie van kwaliteitszorg veel meer op de voorgrond zou staan.

Kwaliteitszorg is controle en evaluatie

Op één hulpverlener na vertelt men dat kwaliteitszorg voornamelijk een manier is om controle uit te voeren. Twee hulpverleners geven hierbij als voorbeeld het elektronisch patiëntendossier waarin alles moet geregistreerd worden.

“Vanaf dat je een gesprek hebt, moet je dat onmiddellijk nog een keer registreren. Ook al is dat iemand die gewoon... Alles moet geregistreerd. Ieder medicamentje dat ze nemen moet opgeschreven worden. Vreselijk. Dat is zo’n controlesysteem.” (participant 2)

Drie hulpverleners vertellen dan ook dat er steeds meer controlemechanismen en manieren van evaluatie komen die dan ook gekoppeld zijn aan het verderzetten van het werk. Daarbij legt kwaliteitszorg nadruk op de veiligheid.

“Ik heb het gevoel dat er vanuit het principe van kwaliteitszorg allerlei regels en beperkingen, en controlemechanismen en evaluaties vereist worden, gevraagd worden...gekoppeld worden aan het mogen verderzetten van het werk...” (participant 5)

“Het is wat je merkt van, ook naar werken toe, dat er minder geld is, dat er veel rond veiligheid wordt gewerkt.” (participant 4)

Ook in de inleiding hebben we kwaliteitszorg geschetst als een kader waarbinnen evaluatie van belang is. We hebben het dan gehad over de zelfevaluatie die voorzieningen moeten doorvoeren. Dit komt echter niet terug binnen de interviews. Eventueel omdat de hulpverleners hier zelf weinig mee te maken hebben. We merken echter wel dat de hulpverleners het gevoel hebben dat er meer controle is, bijvoorbeeld aan de hand van het elektronisch patiëntendossier. Dit elektronisch patiëntendossier zorgt er voor dat er een zekere controleerbaarheid is wat betreft behandeling. Dit past binnen de kwaliteitszorg. Men heeft het dan ook over de veiligheid waar kwaliteitszorg een nadruk op legt. Dit hebben we in de inleiding niet opgenomen en het is dus

interessant hoe de hulpverleners vertellen dat de controle vanuit kwaliteitszorg te maken heeft met nadruk op veiligheid.

Kwaliteitszorg legt nadruk op taakverdeling

Bij vijf hulpverleners komt terug dat kwaliteitszorg zorgt voor taakverdeling. Dit zou komen omdat men binnen de kwaliteitszorg nadruk legt op een hiërarchische structuur.

“Iets wat de laatste jaren ook vermoedelijk is zo, omdat die structuur veel robuuster geworden is, de hiërarchische structuur, dan vroeger.” (participant 3)

Op die manier is er dan ook minder modaliteit tussen rollen mogelijk. Drie hulpverleners verwijzen daarbij naar het kader van multidisciplinair werken.

“Er is een tegenbeweging van het ziekenhuis van: dit is een multidisciplinaire...we hebben daarvoor gekozen dat er multidisciplinaire werking is en daarom moet de psychiater de eindverantwoordelijkheid dragen, moet de psycholoog maken dat hij de rapportages heeft over het individueel traject met mensen, moet de sociale dienst... dus ge krijgt ook een vervreemdingseffect.” (participant 5)

Ook leidt volgens drie van de zeven hulpverleners kwaliteitszorg tot een hogere taaklast, voornamelijk van de verpleging, wat er voor zorgt dat zij zich niet meer los kunnen maken van hun functie.

“En dat gaat van taaklast van verpleegkundigen waardoor dat die zich niet meer kunnen losmaken van hun statuut om bijvoorbeeld een atelier te doen, of iets anders. Dus die, euh...die modaliteit tussen rollen dat zo typisch is bij IP, dat komt veel meer onder druk te staan.” (participant 1)

Dit aspect van kwaliteitszorg hebben we ook in de inleiding opgenomen. Daarin hebben we beschreven hoe men per functie een aantal taken vast legt. Op die manier kan men dan ook het werk gaan evalueren. Bovendien is er een bepaalde hiërarchie binnen die functies. We merken bijgevolg hoe dit aspect ook terug komt in de praktijk.

Kwaliteitszorg wil homogeniseren

Vier hulpverleners vertellen over hoe kwaliteitszorg wil homogeniseren waarbij men geen rekening zou houden met de singulariteit of het particuliere.

“Wat een belangrijk kenmerk ervan is, is de algemeenheid ervan, is dat het wordt geabstraheerd van de singuliere persoon.” (participant 1)

“Van het voedselagentschap uitgezien is dat...die gaan eigenlijk niet nadenken van: wat betekent dat voor de mensen die daar wonen? Want stel je voor dat er hier elke dag een camion met eten toe komt op een bordje, dat zou iets helemaal anders zijn dan dat wij hier met de bewoners naar de winkel gaan. Zij koken zelf, ze kunnen helpen kiezen wat er gemaakt wordt.” (participant 6)

Daarbij gebruikt men bij twee hulpverleners ook het woord ‘formaliseren’. Men heeft daarbij geen aandacht voor de overdracht of de particuliere problematiek.

“In tijden waarin de overdracht, de band, niet meer zo belangrijk is precies. Of de psychose als structuur niet meer zo belangrijk is.” (participant 5)

Binnen de inleiding hebben we ook vermeld dat men bij de principes van kwaliteitszorg minder aandacht heeft voor het particuliere. De voorschriften en verplichtingen zijn dan ook vrij algemeen en houden volgens de hulpverleners ook weinig rekening met de particuliere patiënt.

We merken dat een aantal zaken die we hebben besproken in de inleiding ook terug komen in het verhaal van de hulpverleners. Sommigen vertellen bijvoorbeeld dat kwaliteitszorg nadruk legt op efficiëntie. Daarnaast komt vooral het aspect terug van controle en evaluatie, wat niet opmerkelijk is aangezien hulpverleners hier misschien het meest mee worden geconfronteerd. Daarnaast legt kwaliteitszorg volgens verschillende hulpverleners de nadruk op taakverdeling en wil kwaliteitszorg homogeniseren. Vier hulpverleners menen ook dat kwaliteitszorg past binnen een discours van snel herstel en rehabilitatie.

Wat echter op valt is dat een aantal zaken ook niet worden vernoemd. Men heeft het minder heeft over concrete implicaties van kwaliteitszorg zoals de zelfevaluatie of het kwaliteitshandboek. Ook krijgt het ethisch streven vanuit kwaliteitszorg weinig plaats binnen het verhaal van de hulpverleners. Er zijn slechts enkele hulpverleners die spreken over efficiëntie en effectiviteit van zorg binnen kwaliteitszorg, terwijl dit nu net een belangrijk aspect is van kwaliteitszorg. Dit zou enerzijds kunnen suggereren dat het literatuuronderzoek niet representatief is voor wat kwaliteitszorg is. Anderzijds zou dit kunnen suggereren dat veel hulpverleners in de praktijk niet rechtstreeks geconfronteerd worden met kwaliteitszorg. We merken dan ook op dat participant

zeven vaak een andere mening heeft over kwaliteitszorg. Deze hulpverlener spreekt niet over hoe zij kwaliteitszorg ziet, maar eerder over hoe zij actief aan de slag gaat met kwaliteitszorg. Deze hulpverlener is stafmedewerkster van het beleid. We gaan verder in op hoe men binnen de institutionele psychotherapie de kwaliteitszorg ervaart en hoe men daarmee om gaat aan de hand van vier thema's.

Kwaliteitszorg leidt tot moeilijkheden in het werken met institutionele psychotherapie

Veel regels van buitenaf die het werken moeilijker maken

Zes hulpverleners vertellen hoe ze merken dat er veel regels zijn die het werken met de institutionele psychotherapie niet gemakkelijk maken. Drie hulpverleners vertellen hoe er door verschillende verplichtingen een hogere taaklast komt. Men heeft het daarbij vooral over de taaklast van verpleegkundigen. In het onderstaande voorbeeld geeft een participant bijvoorbeeld aan hoe de medicatietoediening nu een heuse taak is geworden.

*“En vroeger werd gewoon een half pilletje gegeven. Nu moet, als die patiënt een medicatie moet krijgen, met vier momenten van medicatie-toediening, en die halve pilletjes moeten in dat medicatiebakje zitten en daar moet opstaan welk pilletje dat dat is en welke dosis van dat half pilletje. Kun je u inbeelden wat voor werk dat dat is, voor verpleegkundigen, om dat nog een keer zich mee bezig te houden... En die extra taaklast zorgt er voor dat die niet meer... **niet meer, ja... niet meer tijd vrijmaken voor zaken die, voor aanwezig zijn...**” (participant 1)*

Een hulpverlener vertelt bijvoorbeeld dat men zo veel tijd moet steken in allerlei beleidsmatige verplichtingen zodat de kwaliteit eigenlijk vermindert.

“Dat ge dat, dat ge gaat moeten aantonen dat je kwaliteit biedt zo. Waar je dan eigenlijk zo veel tijd in steekt dat de kwaliteit er eigenlijk op inboet. Da's eigenlijk een beetje mijn ervaring daar mee.” (participant 3)

Twee hulpverleners vertellen dat er veel regels zijn die opgelegd worden waar men niet aan onderuit kan.

“Bijvoorbeeld ook het ziekte, het wettelijk reglement, daar zitten heel verschillende dingen in bijvoorbeeld een patiënt mag enkel op weekend van zaterdagmiddag tot zondag. Dat is zo één van die ambetante dingen dat door de ziekenkas zo werd opgemaakt om ervoor te zorgen dat men maar twee dagen op weekend gaat. Dat zijn belachelijke dingen. Dat zijn heel moeilijke

reglementen. Dat ligt buiten ons, dat ligt buiten de patiënten waar je moeilijk iets kan aan aanpassen, dat is heel moeilijk.” (participant 2)

Men heeft dan ook moeite met die regels van bovenhand omdat men op deze manier geen inspraak heeft in de eigen werking.

Steeds minder ruimte om met institutionele psychotherapie te werken

Bijna alle hulpverleners (zes van de zeven) stellen dat er steeds minder ruimte is om met institutionele psychotherapie aan de slag te gaan.

“Veel werk in steken om die vertaling daar bij te doen. Maar enkel om het te rechtvaardigen en om voor ons de ruimte open te houden dat we ons goesting nog mogen doen. Een ruimte die altijd maar vernauwt en verengt.” (participant 1)

Men heeft het dan bijvoorbeeld over de huiselijkheid en de sfeer die steeds moeilijker te bewaren is.

“En dus, dat is wel iets kenmerkend van IP denk ik. En dan proberen wij ook heel hard te werken op de sfeer, op de, ale, de huiselijkheid hier. Dat is iets wat met de normen ook niet altijd gemakkelijk is. Wat dat ook steeds moeilijker wordt.” (participant 6)

Daarbij vermeldt men dan ook dat als men echt met institutionele psychotherapie wil werken, dit moet vanuit de marge. Dit omdat men het gevoel heeft dat institutionele psychotherapie zich steeds meer moet verantwoorden. De Club moet bijvoorbeeld verantwoording afleggen voor wat zij doen. Bovendien kregen de patiënten vroeger meer tijd voor hun verblijf waardoor men meer aan de slag kon gaan met de institutionele psychotherapie.

“Nee, en bijvoorbeeld nog zo’n regel die hier komt is van: wij hebben lang gewerkt vanuit het idee dat het hier een soort psychosenafdeling is, een verblijfsafdeling, met een rehabiliterende finaliteit. Maar met tijd en ruimte voor iemands traject. Waarin dat wij net open staan voor mensen die heel gevoelig zijn aan druk, therapeutische druk. Druk, dat zien we hier, mensen wiens alleen hun naam al viserende, veel effecten heeft. (...) Maar, ja, nu wordt er meer en meer van ons verwacht dat we dit limiteren he. Dat mensen rapper gerehabiliteerd worden.” (participant 5)

Binnen institutionele psychotherapie heeft men schrik voor hoe kwaliteitszorg zal evolueren

Drie van de zeven hulpverleners die we hebben geïnterviewd stellen dat men schrik heeft voor hoe kwaliteitszorg zal evolueren. Men vertelt dat kwaliteitszorg steeds meer uitbreidt en dat de waarden en normen vanuit kwaliteitszorg steeds meer binnensijpelen binnen de kliniek.

“Want waar we een panische schrik van hebben, is dat we op een bepaald moment evaluatie gaan hebben waar we zelf niets in te zeggen hebben en dat het op een manier gebeurt dat we het gevoel van hebben van dat klopt niet waar dat wij mee bezig zijn. Dus we zijn daar eigenlijk al lang mee bezig om het te proberen een eigen vorm te geven.”(participant 4)

In het bovenstaande voorbeeld blijkt ook dat de hulpverlener het gevoel heeft dat hij geen inspraak heeft in de evaluatie vanuit kwaliteitszorg.

We merken hoe daarbij vaak verwezen wordt naar toenemende controle en evaluatie.

“Bij mij valt het nu wel nog mee, maar ik vraag mij af als dat hier, zeker nu met die nieuwe reglementering van psychologen...echt een beetje mijn hart aan het vasthouden. Als we alles moeten opschrijven en doen.” (participant 2)

“Wat we wel hebben bij de bewoners bijvoorbeeld, ale, dat gaat binnenkort komen, die moeten allemaal ingeschaald worden bijvoorbeeld. Dat is dan voor hun handicap te bepalen. En dat is ook een soort van evaluatie, dat zijn instrumenten die ze dan gaan opleggen. En ik weet ook niet in de toekomst hoeveel dat er dan gaan bijkomen he. Wij maken nu handelingsplannen met de bewoners, dat is eigenlijk ook iets wat dan weer opgelegd wordt. (...) Maar ja, dat kan even goed zijn dat dat in de toekomst meer gevraagd wordt dat we dat opmaken. En ik verwacht dat eigenlijk wel dus ja, dan gaan we wel weer moeten zien hoe dat we dat gaan moeten...” (participant 6)

We merken hoe hulpverleners die werken aan de hand van de institutionele psychotherapie menen dat er steeds meer regels zijn die van hogerhand worden opgelegd waar men geen inspraak in heeft. Deze voorschriften leiden volgens de hulpverleners tot een hogere taaklast. Bovendien vertelt men ook dat er steeds minder ruimte is om met institutionele psychotherapie te werken. Patiënten krijgen dan bijvoorbeeld minder tijd voor hun verblijf. Daarnaast hebben drie hulpverleners ook schrik voor hoe kwaliteitszorg zal evolueren aangezien men vreest dat dit steeds meer

zal uitbreiden. We merken dus hoe er op verschillende vlakken moeilijkheden zijn in het werken met de institutionele psychotherapie die door de hulpverleners worden gelinkt aan kwaliteitszorg of beleid. We merken hier echter op hoe participant zeven opnieuw niet binnen dit thema wordt opgenomen. We hebben voordien reeds vermeld dat deze hulpverlener eerder actief aan de slag poogt te gaan met kwaliteitszorg en daarbij ook wijst op de positieve elementen van kwaliteitszorg. Vervolgens pogen we om de tegenstellingen tussen institutionele psychotherapie en kwaliteitszorg duidelijker te maken.

Kwaliteitszorg en institutionele psychotherapie zijn tegengesteld aan elkaar

Tegenstelling op vlak van rolverdeling

Alle hulpverleners stellen dat binnen institutionele psychotherapie de rol niet noodzakelijk samenhangt met het statuut. Iedereen wordt dan betrokken bij de behandeling en het personeel wordt benaderd vanuit hun authenticiteit. Daarnaast krijgen ook patiënten een grote verantwoordelijkheid in de organisatie van de voorziening of afdeling. Men probeert dan ook de hiërarchie zo veel mogelijk te neutraliseren en het onderscheid tussen patiënten en hulpverleners ook deels weg te werken.

“Euhm...IP is voor ons...ja, als je dat in huis zou vragen, bijvoorbeeld in ---: IP is voor ons sloefen aan doen. Als tegenargument, sinds dat IP er is dragen de begeleiders ook sloefen net zoals de jongeren.” (participant 7)

Anderzijds gaan vijf hulpverleners ervan uit dat men binnen kwaliteitszorg juist nadruk legt op een hiërarchische structuur, onder de vorm van werken in een multidisciplinair team. Er is dan ook sprake van taakverdeling op basis van je beroep of statuut. Iedereen krijgt dan een bepaalde functie toegeschreven waarbij er minder mogelijkheid is voor modaliteit tussen rollen.

Wanneer er wordt gevraagd aan participant 3 wie er allemaal betrokken wordt bij de behandeling, krijgen we het antwoord:

“Ah, ja, al wie dat er rond loopt in het ziekenhuis zelf. Zowel van personeel, en da's dan ja, ook met al het personeel dus de poetsdienst, en de keuken en dan ook familie en kennissen en zo. Want wij doen, wij hebben ook af en toe zo wel wat van die constellaties gedaan zo. Zo dat we

iedereen samen roepen dat iets te maken heeft met diene mens. En dan de medepatiënten he, da's ook heel belangrijk.” (participant 3)

Anderzijds vertellen verschillende participanten dat het omwille van het beleid niet evident is om rol en statuut los van elkaar te zien of geen nadruk te leggen op hiërarchie. *“En ge moet ook soms, ale, ge moet ook naar buiten toe soms ook wel bepaalde functies hebben en... En je hebt ook een bestuur ergens nodig en... Ik denk dat zo, vroeger werd alles hier zo onderling, waren er tien collega's en werd alles besproken met die tien mensen en werden daar die beslissingen genomen. En dat is nu natuurlijk ook niet meer zo he.” (participant 6)*

“Maar dat is er wel he. Je hebt altijd nog, er zijn altijd nog...ja, vanuit het ziekenhuis eigenlijk he. Het is niet dat heel de kliniek zo volgens de principes werkt he. Dus, je hebt uw afdelingshoofd of uw coördinator en dan daarboven nog allerlei andere functies zo.” (participant 3)

Tegenstelling op vlak van coherentie

Drie van de geïnterviewde hulpverleners stellen dat institutionele psychotherapie een achtergrondtheorie is voor het werken in de praktijk waar een zekere coherentie in zit. Bovendien heeft deze manier van werken effecten in de kliniek. Men stelt dus ook dat men institutionele psychotherapie niet mag zien als een alternatieve theorie waarin alles kan en mag.

“En dat maakt het voor sommige vreemd of chaotisch of wild, terwijl dat er daar wel een hele coherentie in zit.” (participant 5)

Voor vijf van de zeven hulpverleners is kwaliteitszorg iets dat onduidelijk is en dat haaks staat op de kliniek. Men stel dat er in kwaliteitszorg juist geen coherentie zit en dat het onduidelijk is wat juist de bedoeling is.

“Ik weet niet goed hoe ze het allemaal evalueren en wat eigenlijk de bedoeling is.” (participant 2)

Deze tegenstelling komt ook naar voor in de volgende quote van participant 4.

“En dat je bijvoorbeeld, ik hoor dan, ik doe in Vlaanderen ook een aantal supervisies, dan hoor je dat mensen heel verloren lopen rond de inhoudelijke werking. Dat ze geen impact hebben op de administratieve werking. En dus ze hebben geen mogelijkheden, ze weten niet wat dat er meer gaat veranderen. Wie dat er wat gaat beslissen. (...) En dat maakt het zeker op plaatsen waar men met mensen werkt, dat men zich heel onveilig voelt. Dat je ook voelt dat een heel aantal personeelsleden zich niet op hun gemak voelen, zich niet gedragen weten. Terwijl dat dat bij ons

echt wel coherent en transparant. Dat is eigenlijk ook zo, ik denk dat dat voor mij ook de IP is, dat is van dat je, dat uw project zinvol in elkaar hangt zo.” (participant 4)

Het bovenstaande voorbeeld suggereert dat de hulpverlener institutionele psychotherapie ziet als iets dat coherent is en zin heeft. Anderzijds zien we in het voorbeeld ook dat kwaliteitszorg niet gebaseerd is op een coherente theorie die bruikbaar is in de praktijk volgens desbetreffende participant.

Tegenstelling op vlak van werken met het chronisch publiek

Zes van de zeven hulpverleners stellen dat institutionele psychotherapie een manier is om om te gaan met het chronische publiek. Juist die groep poogt men met de institutionele psychotherapie op te vangen.

Daartegenover stellen vijf participanten dat men bij kwaliteitszorg geen rekening houdt met deze doelgroep. Men heeft het dan bijvoorbeeld over het afbouwen van residentiële hulp wat voor deze doelgroep een moeilijkheid is. Verder vertelt men dat men minder geïnteresseerd is in het chronisch publiek vanuit de overheid. De hulpverleners stellen bovendien ook dat kwaliteitszorg niet ten goede komt van de patiënten. Men vertelt dat men vroeger meer tijd kreeg voor het verblijf en dat toegenomen evaluaties een negatief effect hebben op deze patiëntengroep.

“En dus, IP is dan, is natuurlijk vaak met psychotische mensen, maar denk dat het meer met psychiatrische problematiek is. En vanuit de vraag van: aanwezigheid. Maar het zijn zo die mensen die ooit al door hun huisarts gezien zijn, door een psycholoog, vrienden...maar waar dat dat allemaal niet gelukt is. Gehospitaliseerd, nog eens een keer gehospitaliseerd en dan uiteindelijk, ja, merk je van dat zij nergens anders meer terecht kunnen he.” (participant 4)

“Ik denk dat vooral het probleem is als ze dat allemaal willen afbouwen, ale, de residentiële hulp. Dat dat voor psychotische mensen bijvoorbeeld en onze doelgroep bijvoorbeeld moeilijk is.” (participant 6)

We merken op hoe de participanten die werken met institutionele psychotherapie de opmerking maken naar kwaliteitszorg dat een snel herstel en rehabilitatie voor sommigen niet mogelijk is.

“Maar, ja, voor onze bewoners, die hebben echt wel residentiële hulp nodig he. Dus, als daar zwaar in afgebouwd wordt, hebben wij daar wel wat problemen mee.” (participant 6)

“Van als je de dingen gaat doen zoals de kwaliteitszorg ze op bouwt, merk je dat er zo veel negatieve effecten beginnen te komen dat juist de patiënten waar wij best mee werken, dat je die niet meer kunt houden.” (participant 4)

Tegenstelling op vlak van doelgerichtheid

Vijf van de zeven hulpverleners stellen dat institutionele psychotherapie niet doelgericht is en daarom ook moeilijk te formaliseren. Eén hulpverlener vertelt dan bijvoorbeeld dat institutionele psychotherapie continu in beweging dient te blijven.

“Dus ook euh... de dingen van dat het een beweging blijft, dus dat het geen model is. Dat het iets is wat ook in beweging moet blijven.” (participant 4)

In die zin zien zij ook een tegenstelling met kwaliteitszorg die er eerder op gericht is om het werken te formaliseren.

“Maar ja, het blijft moeilijk te programmeren, en formaliseren is het dood doen, wordt dan ook gezegd. Wat dat ik wel geloofd. Maar men wil nu net dat den boel nu meer geformaliseerd is. Dus je zit in een spanningsveld.” (participant 5)

“En proberen alles in het werk te stellen om iets te laten gebeuren. Daarmee zijn heel veel de richtlijnen van de IP... zijn om dat te forceren. Niet al te doelgericht. Daarin verschilt dat in, voor mij, in alle aspecten van de kwaliteitszorg. Dat is zeer doelgericht, met operationele doelstellingen.” (participant 1)

Hierin zien we dus opnieuw een tegenstelling tussen kwaliteitszorg en institutionele psychotherapie. Kwaliteitszorg wordt door de hulpverleners opgevat als iets formaliserend en doelgericht, terwijl men anderzijds stelt dat institutionele psychotherapie daar juist tegenin gaat of niet al te doelgericht is.

Tegenstelling tussen heterogeniteit en homogeniseren

Zes hulpverleners vertellen dat zij institutionele psychotherapie zien als werken met het particuliere waarbij men ook de instelling aanpast aan het particuliere. Men heeft dan ook aandacht voor de heterogeniteit van mensen. Bovendien wil men ook een heterogeen aanbod kunnen bieden met verschillende ruimtes en ambiances.

Aan de andere kant stelt men dat kwaliteitszorg wil homogeniseren. Kwaliteitszorg wordt door vier van de zeven hulpverleners gezien als iets dat wil formaliseren zonder aandacht voor het particuliere.

“Wat een belangrijk kenmerk ervan is, is de algemeenheid ervan, is dat het wordt geabstraheerd van de singuliere persoon.” (participant 1)

Men heeft daarbij ook geen aandacht voor overdracht en structuur. Men denkt er dan volgens de hulpverleners ook niet bij na wat het effect is van richtlijnen op de particuliere patiënt.

“En dan zo, ja, de heterogeniteit vind ik ook een heel belangrijk principe. Zowel in aanbod van ateliers, als in de mensen met wie dat je werkt, als in de patiënten. Dat vind ik zeer interessant ook, van daar niet zo in te specialiseren en geen te homolitische blokken van te maken.” (participant 3)

“Van het voedselagentschap uitgezien is dat...die gaan eigenlijk niet nadenken van: wat betekent dat voor de mensen die daar wonen? Want stel je voor dat er hier elke dag een camion met eten toe komt op een bordje, dat zou iets helemaal anders zijn dan dat wij hier met de bewoners naar de winkel gaan. Zij koken zelf, ze kunnen helpen kiezen wat er gemaakt wordt.” (participant 6)

Het bovenstaande voorbeeld geeft aan dat men volgens de hulpverlener vanuit het beleid geen rekening houdt met het effect op de particuliere persoon.

De verschillende subthema's die we hebben aangebracht suggereren dat men vanuit institutionele psychotherapie een tegenstelling ziet met kwaliteitszorg op verschillende vlakken. We merken dat er een tegenstelling is op vlak van rolverdeling. Waar institutionele psychotherapie juist iedereen betreft bij de behandeling en onderscheid maakt tussen rol en statuut, voert kwaliteitszorg eerder een strikte taakverdeling door. Ook is er een verschil op vlak van de aandacht die men heeft voor het particuliere en heterogeniteit. Institutionele psychotherapie poogt te werken met het particuliere, terwijl verschillende hulpverleners vertellen dat kwaliteitszorg enkel aandacht heeft voor het algemene. Ook menen een aantal hulpverleners dat kwaliteitszorg doelgerichter is dan institutionele psychotherapie. Anderzijds zien zij institutionele psychotherapie wel als een coherente theorie, terwijl men kwaliteitszorg eerder onduidelijk vindt. Institutionele psychotherapie wordt dan gezien als een manier om om te gaan met het chronisch publiek, terwijl een aantal hulpverleners juist vinden dat kwaliteitszorg geen aandacht heeft voor deze doelgroep. We dienen hierbij echter

wel te vermelden dat we voor sommigen van deze subthema's zelf op zoek zijn gegaan naar tegenstellingen die naar voor komen overheen de interviews. Bij de meeste subthema's is het dus niet zo dat de onderzoeker expliciet zegt dat er een tegenstelling is. Dit hoofdthema was dan eerder op een latente manier aanwezig over de interviews heen. Hierin heeft de onderzoeker dus een belangrijke rol.²

We zien dus hoe er enkele tegenstellingen te vinden zijn tussen kwaliteitszorg en institutionele psychotherapie. Vervolgens gaan we verder met hoe kwaliteitszorg ook niet als te negatief mag bekeken worden. Verschillende hulpverleners zullen namelijk deze negatieve blik nuanceren.

Kwaliteitszorg mag niet als overdreven negatief bestempeld worden

Niet zo veel last van kwaliteitszorg

Vijf hulpverleners vertellen hoe ze eigenlijk in het werk niet zo veel last ondervinden van kwaliteitszorg. Deze hulpverleners vertellen dat het effect van kwaliteitszorg op de kliniek op dit moment miniem is. In de voorzieningen waar zij zijn tewerk gesteld kan de institutionele psychotherapie nog bestaan, mede doordat het ziekenhuis of de directie ook die manier van werken nastreeft.

“Ja, hier bijvoorbeeld nog heel weinig naar kwaliteitszorg toe. Euhm...ik denk zo, dat soort normen. Ik weet nu, binnenkort gaan we ook met vragenlijsten moeten beginnen werken, maar dat hebben we nog niet. Dat zit er dus niet.” (participant 4)

“Ik merk het niet in mijn werk omdat ik mijn werk hier kan doen. Concreet hindert dat mijn werk niet, nu he...” (participant 1)

Twee hulpverleners vertellen hoe zij minder onderhevig zijn aan verplichtingen vanuit de overheid omdat zij er niet rechtstreeks van afhankelijk zijn. Beide voorzieningen zijn verenigingen zonder winstoogmerk.

“Ja, ik denk dat daar geluk hebben van een vzw te zijn. En wij zijn ook niet een deel van een ziekenhuis of ja... Ik denk in andere ziekenhuizen heb je soms een afdeling van een kliniek hebt, die zijn sowieso ook al meer gebonden aan regels en uiteraard van het ziekenhuis zelf of zo he. Dat hebben wij niet, gelukkig.”(participant 6)

² We zien ook dat dit hoofdthema zeer veel referenties heeft (zie bijlage 5). Het aantal codes is echter niet representatief voor het gewicht van het thema. Dit omwille van het feit dat de hulpverleners zeer veel hebben gesproken over het werken met institutionele psychotherapie en dat we daarin zelf op zoek zijn gegaan naar tegenstellingen met kwaliteitszorg.

Eén van die hulpverleners vertelt dan ook dat men in psychiatrie meer onderhevig is aan kwaliteitszorg, terwijl zij minder rekening dienen te houden met rehabilitatie en ontslag. *“Wij staan eigenlijk naast de psychiatrie he. Dat wij van de mensen die eruit komen, maar wij werken er ook graag goed mee samen, want we hebben die ook nodig he. En ik denk dat die kwaliteitszorg daar heel hard te voelen is. Hun aanpak en hun behandelprotocollen en zo van die dingen.” (participant 6)*

Kwaliteitszorg vertrekt vanuit goede bedoelingen

Zes hulpverleners nuanceren de blik op kwaliteitszorg. Ze vertellen hoe kwaliteitszorg vertrekt vanuit goede bedoelingen, namelijk een goede behandeling voorzien voor ieder.

“En ik denk dat dat een systeem is, ja, echt wel met goeie bedoelingen hoor.” (participant 2)

Ook zijn er een aantal positieve aspecten verbonden aan kwaliteitszorg. Twee hulpverleners vertellen bijvoorbeeld dat kwaliteitszorg er ook voor zorgt dat je het werk dient te bevragen. Daarbij horend vertelt een hulpverlener dat kwaliteitszorg er voor heeft gezorgd dat men meer mensen buiten het ziekenhuis kon oriënteren.

“Misschien is het positief dat er zo wel gevraagd wordt dat ge u bevrage over uw werk.” (participant 3)

“Ook denk ik zijn we er inderdaad ook in geslaagd om bij patiënten bij wie we dat vroeger misschien veel minder haalbaar hadden geacht, dat die bijvoorbeeld zelfstandig zouden kunnen wonen in de psychose, of met de hulp van een mobiel team of weet ik veel wat. Om die consequent naar buiten toe te oriënteren.” (participant 1)

Twee hulpverleners vertellen dat een bepaalde vorm van controle ook noodzakelijk is. *“Natuurlijk, er moet een bepaalde scheefgroeiing wel tegengehouden worden, een bepaalde vorm van controle ook euhm...” (participant 5)*

De tegenstrijdigheid mag niet te eenzijdig bekeken worden

Vier hulpverleners vertellen hoe men niet te eenzijdig mag kijken naar de verschillen tussen institutionele psychotherapie en kwaliteitszorg. De hulpverleners leggen er dan voornamelijk de nadruk op dat we kwaliteitszorg ook niet enkel als negatief mogen bestempelen of mogen blijven hangen in het negatieve beeld van kwaliteitszorg.

“En daarom is het ook belangrijk dat we niet blijven plakken op... Of van: het is hier weer slecht. Het is hier weer slecht of het is foutu, euh...” (participant 5)

De tegenstelling tussen kwaliteitszorg en institutionele psychotherapie mag dan ook niet overdreven worden.

“Van: vroeger was het allemaal gemakkelijker, en die technologie, dat maakt het allemaal moeilijker. Dat is bedrieglijk. Ik denk niet dat het zo eenzijdig is. Ik denk ook, dat is altijd het zelfde, dat is altijd een verhaal van: in IP is alles jolig, is waar dat er geen regels zijn, en altijd op zijne kop, en dat is goed en... het zijn de boze bureaucraten en de managers die ons...dat verhaal komt altijd terug, maar...ja.” (participant 1)

Eén hulpverlener vertelt daarbij dat het binnen de institutionele psychotherapie ook niet altijd vlot verloopt.

“Ale, sommige mensen vanuit IP kunnen daar soms heel erg tegenin gaan. Ik ben daar iets rustiger in, omdat ik zo vind van dat het niet gaat over oordelen van goed of slecht. Ik denk dat je sowieso als je in dit soort werk staat, dat je altijd wel aan het vechten zijt en dus of het nu van daar of van daar komt. Als je nu bijvoorbeeld dan ziet van de verschillende instellingen die volgens IP werken, dat is ook niet altijd fantastisch en rozengeur en maneschijn, dus... Soms zijn de mensen zo hevig, dat ik denk van: moet je nu echt zo hevig zijn?” (participant 3)

We merken dat het effect van kwaliteitszorg op de kliniek van institutionele psychotherapie eigenlijk niet zo sterk is. Daarbij lijkt er ook een verschil te zijn tussen voorzieningen binnen een kliniek of een vereniging zonder winstoogmerk. Ook vertellen hulpverleners dat kwaliteitszorg vertrekt vanuit goede bedoelingen en dat men een controle uitvoert die ook noodzakelijk is. Bovendien brengt kwaliteitszorg enkele positieve effecten met zich mee. Verschillende hulpverleners waarschuwen zelf voor het te sterk benadrukken van de tegenstellingen tussen institutionele psychotherapie en kwaliteitszorg. We kunnen bijgevolg dus zeggen dat men kwaliteitszorg niet als te negatief mag bestempelen. We gaan verder met hoe men binnen de institutionele psychotherapie dan poogt om te gaan met kwaliteitszorg.

Binnen institutionele psychotherapie zoekt men een manier om om te gaan met kwaliteitszorg

Binnen institutionele psychotherapie biedt men verzet tegen het beleid

Vijf van de zeven hulpverleners stellen dat men binnen institutionele psychotherapie op één of andere manier verzet biedt tegen het beleid. Eén van hen zegt bijvoorbeeld dat er steeds meer een tegenbeweging komt tegen kwaliteitszorg. *“Pff...Ik ben er nu minder pessimistisch over dan een tijd geleden. Een tijd geleden dacht ik echt van ‘oh, dat gaat hier echt nog heel mijn carrière mee gaan he’. Diene zever eigenlijk. En altijd feller worden. Maar ik heb het gevoel dat er ook echt een tegenbeweging wel is. Euhm... Als ik zo voor mensen spreek of zo, bezoekers, dan hebben die toch altijd zo heel veel sympathie ook zo voor dat niet verplichtende, en het laten ontstaan, en het creëren van een sfeer. En, ik heb het gevoel dat er daar ook wel oor naar is, op een bepaalde manier.” (participant 3)*

Een andere hulpverlener vertelt dat er een voortdurende strijd is naar buiten toe. *“Wel ik denk dat wij vooral een institutioneel gevecht aan het voeren zijn. **Ja, meer naar buiten toe dan.** We willen die principes overeind houden, omdat we er ook wel in geloven. Omdat we ook wel de effecten ervan zien.” (participant 5)*

Verschillende hulpverleners vertellen dat men vanuit institutionele psychotherapie vaak niet aan beleid wil doen. Men houdt zich niet bezig met die evaluatie en er is in feite geen communicatie tussen institutionele psychotherapie en kwaliteitszorg. *“Dat is ook al een opmerking naar uw...naar kwaliteitszorg en... weet dat daar in feite een non-communicatie tussen is.” (participant 1)*

In dialoog gaan met kwaliteitszorg

Op één hulpverlener na stelt men ook voor dat men meer in dialoog gaat met kwaliteitszorg. Men kan er dan voor kiezen om actief aan de slag te gaan met kwaliteitszorg via de kwaliteitshandboeken en de middelen die zij voorleggen. *“Ja, wij hebben, wij zitten vast aan kwaliteitsdecreten en vandaar zijn er ook kwaliteitshandboeken die geen stof vangen. Ik bedoel dat zijn geen saaie boeken waar niemand naar kijkt. Dat zijn echt actuele procedures die wij dagdagelijks gebruiken. En ook de procedures rond IP. Hoe ziet de groepsvergadering er uit, wie leidt er...er is een rolverdeling die dan vast ligt. Ook de dingen die niet vastliggen, hebben we gezegd dat dat niet vast ligt he...Ook dat zit daar in. Omdat we dat, ja, we vinden dat geen holle doos, we willen dat verankeren in onze*

kwaliteitsborging. Dat we kunnen zeggen... Je kunt niet aan de overheid zeggen: wij doen IP. Daar begin ik niet aan. Maar, ik kan wel zeggen: zo doen wij hier aan jongerenparticipatie, aan inspraak, en dan zeggen ze: ah. Ja, dat is wel gebeurt.” (participant 7)

Ook stelt men een andere manier van controleren voor waarbij men meer zou moeten bezig zijn met de kwaliteit in plaats van kwantiteit en men meer zou moeten bevragen vanuit de hulpverleners zelf.

“Goh...Misschien via een kwalitatief opzet, dat ze dat meer doen. Dat ze daar dan ook een logica kunnen uithalen. Dat is moeilijk he, maar het zou wel interessant zijn voor de mensen van uit die setting ook wat, wat met IP daar toch over na te denken. Van toch, hoe kunt ge dat toch op een klinisch zinvolle manier doen.” (participant 2)

Men stel dus een continue dialoog voor met kwaliteitszorg. Daarenboven stelt men ook dat er moet gewerkt worden aan het vertalen van institutionele psychotherapie naar kwaliteitszorg. De institutionele psychotherapie brengt namelijk ook een bepaald jargon mee dat niet door iedereen te begrijpen is.

“En ik denk dat dat ook een taak is, voor mij, om dat te proberen via geschriften, via teksten, via artikels, via kartels, via seminaries...daar woorden aan proberen te zoeken. En die woorden proberen terug te geven aan een beleid.” (participant 5)

Zoeken naar een manier om rond kwaliteitszorg te gaan

Zes hulpverleners zijn op zoek naar een manier om rond kwaliteitszorg te kunnen gaan. Men stelt dan bijvoorbeeld voor dat institutionele psychotherapie dient te werken vanuit de marge in plaatsen zoals ontmoetingshuizen. Op die manier zouden ze minder geconfronteerd worden met de kwaliteitszorg.

“Ja, maar ik zie, ik vind dat er maatschappelijk zo ook wel toffe dingen bezig zijn, dat ook tegen dat controlerende, en dat regelende ingaan he. Ale, dat mensen ook zo vanuit dat sociaal weefsel zo dingen beginnen organiseren en...ik vergelijk dat daar een beetje mee eigenlijk. Ja, in de gaatjes he, dingen doen.”(participant 3)

Een andere hulpverlener stelt voor dat de toekomst van de institutionele psychotherapie er misschien in bestaat om los te komen van de ziekenhuiscontext.

“Dat moet de toekomst worden van dat denken van de institutionele psychotherapie, is dat die zoiets van de logica ook mogelijk wordt buiten een ziekenhuiscontext.” (participant 1)

Daarenboven probeert men binnen de institutionele psychotherapie creatief om te

springen met de kwaliteitszorg. Dit door er eigenlijk voor te zorgen dat dit geminimaliseerd wordt in de werking van de kliniek. Verschillende hulpverleners vertellen dan ook dat institutionele psychotherapie zich niet zo sterk aan de voorschriften houdt.

“Ik denk dat ge da, dat dat wel iets is waarin dat je dan binnen die IP-beweging zo mekaar wel kunt vinden zo. Gewoon creatief rond laveren eigenlijk.” (participant 3)

We hebben verschillende subthema's gevonden over manieren waarop men binnen de institutionele psychotherapie poogt om te gaan met kwaliteitszorg. Deze verschillende manieren zijn uiteenlopend: van verzet bieden tot er niet mee bezig zijn tot er actief mee aan de slag gaan. Alhoewel deze manieren van omgaan met kwaliteitszorg zeer verschillend zijn, menen we toch dat het belangrijk is om deze elementen onder één thema te plaatsen. We merken namelijk dat elke hulpverlener zich wel de vraag stelt hoe hij of zij met kwaliteitszorg moet omgaan en dat hulpverleners daar mee bezig zijn in het werk.

Samenvatting

We zijn begonnen met het bespreken van drie domeinen die niet rechtstreeks een antwoord geven op de onderzoeksvraag. Bij twee van die domeinen toetsen we af of de concepten van institutionele psychotherapie en kwaliteitszorg die we hebben geschetst in de literatuurstudie overeenkomen met hoe men deze concepten begrijpt in de praktijk. We hebben daarbij gemerkt dat er bij institutionele psychotherapie een grote overeenkomst is tussen literatuur en praktijk. Bij het stuk over kwaliteitszorg zien we dat een aantal dingen terugkomen die we in de inleiding hadden besproken. De hulpverleners vonden dat kwaliteitszorg nadruk legt op rehabilitatie, taakverdeling en homogenisering. Er waren echter een aantal zaken die minder naar voor kwamen in de praktijk, zoals de nadruk op efficiëntie. We merken daarbij op dat verschillende hulpverleners het vooral hebben over de controle vanuit kwaliteitszorg. Daarnaast hebben we nog een domein omtrent de moeilijkheden die voorkomen binnen het werken met institutionele psychotherapie, zoals problemen binnen het team. We vonden het belangrijk om ook dit op te nemen binnen de resultaten om op die manier aan te tonen dat niet alle moeilijkheden van buitenaf komen. We hebben hierbij ook

opgemerkt dat institutionele psychotherapie niet overal op dezelfde manier wordt gehanteerd.

Vervolgens hebben we het in vier thema's gehad over hoe men binnen institutionele psychotherapie staat ten opzichte van kwaliteitszorg en hoe men met kwaliteitszorg om gaat in de praktijk. Ten eerste zijn er een aantal moeilijkheden die hulpverleners ervaren die worden gelinkt aan kwaliteitszorg. Deze moeilijkheden hebben vaak te maken met meer regels en verplichtingen van bovenaf en minder ruimte om met institutionele psychotherapie aan de slag te gaan. Enkele hulpverleners maken zich zorgen omtrent hoe kwaliteitszorg dan zal evolueren in de toekomst. Ten tweede hebben we het gehad over een aantal tegenstellingen die we hebben opgemerkt tussen kwaliteitszorg en institutionele psychotherapie over interviews heen op verschillende vlakken. Ten derde hebben we opgemerkt dat verschillende hulpverleners die tegenstellingen en moeilijkheden ook nuanceren. Verschillende hulpverleners geven aan dat men niet zo veel effecten ervaart van kwaliteitszorg, dat kwaliteitszorg bovendien ook vertrekt vanuit goede bedoelingen en in zekere zin ook noodzakelijk is. De voordien geschetste tegenstellingen mogen dus niet overdreven worden. Ten slotte hebben we stilgestaan bij de verschillende manieren waarop hulpverleners omgaan met kwaliteitszorg. We merken dat er verscheidene manieren zijn van omgaan met kwaliteitszorg, maar dat elke hulpverlener zich hier vragen bij stelt.

Discussie

Empirische conclusie

Eenzijds hebben we doorheen de literatuurstudie een beeld geschetst van wat kwaliteitszorg inhoudt. Het is een ethisch principe vanuit de overheid waarbij men streeft naar goede zorg. Daarbij horend is het een visie op wat kwalitatieve zorg is en hoe men dit kan bereiken (Vlaams agentschap zorg en gezondheid, z.j.). Deze zorg dient bovendien effectief en efficiënt te zijn (Vlaams Patiëntenforum, z.j.). Dit enerzijds vanuit het ethisch streven naar kwalitatieve zorg, maar ook vanuit financiële druk (Havenaar, Heemskerk & Bisseling, 2002). Deze kwaliteitszorg wordt vastgelegd onder de vorm van verschillende decreten waarbij de erkenning van een voorziening afhankelijk is van het voldoen aan de bepalingen van die decreten. Men moet bijvoorbeeld aan zelfevaluatie doen om aan te tonen dat men bezig is met kwaliteitszorg (Vlaams agentschap zorg en gezondheid, z.j.). We zien bij die zelfevaluatie dat men bijvoorbeeld oog heeft voor het efficiënt verlopen van de opname en de behandeling (Ledoux, 2004). In de inleiding hebben we artikel 107 geschetst als één van de gevolgen van kwaliteitszorg. Men legt daarbij meer nadruk op ambulante zorg, herstel en vluggere rehabilitatie (“Naar een betere geestelijke gezondheidszorg”, z.j.).

Anderzijds is er de institutionele psychotherapie, een theorie en praktijk binnen het brede veld van de psychologie. Binnen de institutionele psychotherapie heeft men oog voor de behandeling van het individu, maar dit vooral via het behandelen van het instituut. Het is een manier van omgaan met de vervreemding binnen de voorziening (De Bisschop, 2009). De institutionele psychotherapie hebben we gekaderd aan de hand van drie principes: heterogeniteit, openheid en verantwoordelijkheid. Men legt de nadruk op heterogeniteit van mensen en plaatsen aan de hand van atelierwerking en constellaties (vzw Albe, 2005). Daarbij is ook de intrede in het dagelijks leven van belang (De Zitter, 2009). Binnen institutionele psychotherapie hecht men ook belang aan openheid waarbij we de vrije circulatie en het minimum aan regels kunnen situeren (Rimaux et al., 2009). Ook het onthaal is hierbinnen een centraal begrip waarbij men er oog voor heeft om een individu telkens te onthalen in zijn eigen singulariteit (Oury, 1976). Vervolgens is ook verantwoordelijkheid een belangrijk begrip binnen de institutionele psychotherapie. Iedereen draagt gezamenlijk de verantwoordelijkheid

voor de organisatie van de voorziening (De Zitter, 2009). Dit betekent dat zowel patiënten als personeel daar een centrale rol in spelen. Men poogt dus ook de hiërarchie zo veel mogelijk te neutraliseren (vzw Albe, 1992). Aan de hand van clubwerking kan men dan bijvoorbeeld ervoor zorgen dat ook patiënten een belangrijke verantwoordelijkheid dragen.

Doorheen het literatuuronderzoek hebben we opgemerkt dat er tussen kwaliteitszorg en institutionele psychotherapie enkele tegenstrijdigheden zijn. We hebben bijvoorbeeld opgemerkt dat binnen kwaliteitszorg het particuliere minder van belang is (Kabinet van Vlaams minister van welzijn, volksgezondheid en gezin, 2010). Dit terwijl men binnen institutionele psychotherapie juist aandacht heeft voor het singuliere en particuliere van elke persoon. Ook zien we dat op vlak van rolverdeling men binnen kwaliteitszorg eerder vaste functies toe schrijft per beroep, terwijl binnen institutionele psychotherapie statuut en rol niet noodzakelijk samenhangen (Ledoux, 2004). Ook bij artikel 107 zien we dat juist de chronische doelgroep die men binnen institutionele psychotherapie poogt op te vangen minder aandacht krijgt. Men wil namelijk de behandelingen korter maken en de rehabilitatie sneller wat voor deze doelgroep niet altijd vanzelfsprekend is (Van Hecke et al., 2011; WHO, 2005).

Op basis van de tegenstelling die we terug vinden in de literatuur, hebben we ons dan ook afgevraagd of deze tegenstelling terug te vinden is in de praktijk. We hebben daarbij drie deelvragen op gesteld. Ten eerste vragen we ons af hoe men kwaliteitszorg opvat binnen de institutionele psychotherapie. Ten tweede zijn we nagegaan hoe mensen die werken aan de hand van de institutionele psychotherapie het kader van de kwaliteitszorg en de bijkomende normen ervaren. Ten derde wilden we nagaan hoe men binnen de praktijk omgaat met dat kader van de kwaliteitszorg.

Deelvraag 1: Hoe begrijpt men het kader van kwaliteitszorg binnen de institutionele psychotherapie?

Gedurende het onderzoek hebben de hulpverleners de kans gekregen om te vertellen wat zij begrijpen onder kwaliteitszorg. We merken dat een aantal zaken daarbij naar voor komen. Ten eerste ziet men kwaliteitszorg binnen een discours met nadruk

op snel herstel en rehabilitatie. Vanuit de literatuur zijn we op dit vlak dieper ingegaan met artikel 107. Aan de hand van artikel 107 poogt men om ambulante zorgcircuits verder uit te bouwen. Daarmee gepaard gaand wil men dat er minder nadruk komt op residentiële zorgverlening. Dit werd ook door de respondenten in het onderzoek naar voren gebracht. Volgens verschillende hulpverleners leidt deze nadruk op snel herstel en rehabilitatie tot een grotere druk om bezig te zijn met het ontslag en minder tijd voor het verblijf van patiënten. In die zin ziet men kwaliteitszorg dan ook als iets wat tegengesteld is aan de institutionele psychotherapie. Dit zal van belang zijn met betrekking tot de onderzoeksvraag. Dit suggereert namelijk dat er inderdaad een tegenstelling terug te vinden is tussen institutionele psychotherapie en kwaliteitszorg in de praktijk. We merken namelijk hoe men zowel in de literatuur als in de praktijk de institutionele psychotherapie beschrijft als een manier om om te gaan met een eerder chronische doelgroep en als een kader om na te denken over psychopathologie.

Ten tweede merken een aantal participanten van het onderzoek op dat kwaliteitszorg nadruk legt op (kosten)efficiëntie. Ook dit hebben we in de inleiding opgenomen waarbij we hebben besproken hoe men gebruik wil maken van efficiënte behandelmethoden. Dit zien we echter niet terugkomen in de interviews bij zorgverleners die werken aan de hand van de institutionele psychotherapie. Daaruit volgt dat dit door deze respondenten mogelijk niet als problematisch wordt ervaren. Deze nadruk op efficiëntie wordt dan vanuit de respondenten eerder besproken binnen een algemeen economisch discours. De hulpverleners hebben het dan niet over efficiënte behandeling en behandelmethodes, maar wel over een managementlogica die haaks staat op de kliniek. Verschillende hulpverleners menen dan ook dat deze logica haaks staat op het werken met institutionele psychotherapie. Binnen institutionele psychotherapie staat men dan ook minder stil bij efficiëntie en doelgerichtheid. Bovendien zien zij institutionele psychotherapie als een coherente theorie omtrent het werken in de praktijk, terwijl kwaliteitszorg eerder onduidelijk is.

Ten derde zien we dat men binnen institutionele psychotherapie voornamelijk controle en evaluatie linkt aan kwaliteitszorg. De meeste hulpverleners zien dit als een wezenlijk onderdeel en gevolg van kwaliteitszorg waarbij men er ook van uit gaat dat dit

zich steeds meer uitbreidt en bovendien gekoppeld is aan de mogelijkheid om het werk voor te zetten. Ook binnen de inleiding zien we dat een erkenning afhankelijk kan zijn van het volbrengen van de richtlijnen van kwaliteitszorg. Daarbij zal deze erkenning voornamelijk afhangen van het kwaliteitshandboek en de zelfevaluatie in de voorziening. Deze beide elementen komen echter weinig naar voor in de interviews. We kunnen ons dan ook de vraag stellen of hulpverleners een duidelijk beeld hebben van wat kwaliteitszorg is. De hulpverleners brengen echter wel verschillende dingen aan, wat suggereert dat men een beeld heeft van wat kwaliteitszorg is. We vragen ons echter af of dat beeld niet eerder te maken heeft met een algemeen meer economisch discours in de samenleving. We vragen ons af of het beeld dat de hulpverleners hebben van kwaliteitszorg strookt met de praktijk. In dit kader is het interessant dat participant zeven het vaak niet helemaal eens is met de overige participanten. Deze participant is stafmedewerkster van het pedagogisch beleid en vertelt dat zij aan de slag gaat met het kwaliteitshandboek. Deze hulpverlener bekijkt kwaliteitszorg vanuit een ander perspectief en heeft er mogelijk een andere ervaring mee.

Ten vierde wordt kwaliteitszorg gezien als een beleid dat de nadruk legt op hiërarchie en taakverdeling. Ook hier vertellen de hulpverleners dat dit tegengesteld is aan de institutionele psychotherapie aangezien men binnen institutionele psychotherapie juist een onderscheid poogt te maken tussen rol en statuut. Men linkt dan kwaliteitszorg vaak aan het multidisciplinair werken wat gelinkt wordt met een moeilijker modaliteit tussen rollen.

Ten vijfde vertellen de hulpverleners dat kwaliteitszorg homogeniseert en geen rekening houdt met het particuliere. We hebben het hier reeds over gehad in de inleiding waarbij we ook opmerkten dat men vanuit het kabinet van Vlaams minister van welzijn, volksgezondheid en gezin (2010) ook aangeeft dat men er aandacht voor moet hebben dat men nog steeds genoeg aandacht heeft voor particulariteit. Hierbij ziet men dan ook een tegenstelling met hoe institutionele psychotherapie aan de slag gaat. Men poogt daarbij namelijk juist uitdrukkelijk rekening te houden met het particuliere.

Ten slotte merken we echter dat vele van de hulpverleners de eerder negatieve houding ten opzichte van kwaliteitszorg ook nuanceren. Men verwijst bijvoorbeeld ook

naar kwaliteitszorg als iets wat vertrekt vanuit goede bedoelingen. Kwaliteitszorg wordt dan ook in de inleiding beschreven als een ethisch streven naar een goede behandeling. Bovendien vertellen hulpverleners dat kwaliteitszorg ervoor zorgt dat men het werk meer bevraagt en dat men ook op deze manier meer aandacht heeft voor rehabilitatie. Daarenboven is een bepaalde vorm van controle ook nodig om de patiënt te beschermen.

We kunnen stellen dat men binnen deze groep van respondenten die werken met institutionele psychotherapie kwaliteitszorg vaak opvat als iets wat het werken binnen de institutionele psychotherapie moeilijker maakt en dat past binnen een algemeen economisch discours. Anderzijds is kwaliteitszorg volgens de hulpverleners ook noodzakelijk en vertrekt het vanuit goede bedoelingen. Vervolgens gaan we verder met hoe men de normen vanuit kwaliteitszorg als beleid ervaart binnen de praktijk van de institutionele psychotherapie.

Deelvraag 2: Hoe ervaart men binnen de institutionele psychotherapie de normen die worden opgelegd vanuit kwaliteitszorg?

Volgens verschillende respondenten legt kwaliteitszorg een beleid op waar men niet van onderuit kan en waar men geen inspraak in heeft. Men meent dat er veel regels zijn en verplichtingen die het werk moeilijker maken. Men heeft het dan over regels omtrent hygiëne die het werken in de keuken met patiënten moeilijker maken of het elektronisch patiëntendossier dat ervoor moet zorgen dat alles controleerbaar is. Bovendien vertelt men dat deze regels en verplichtingen leiden tot een hogere taaklast omdat men in de praktijk zelf meer controles moet doorvoeren. Men heeft het dan bijvoorbeeld over verpleegkundigen die een hogere taaklast hebben omwille van een grotere controle die noodzakelijk is inzake medicatie-toediening. Dit zou er voor zorgen dat het werken met institutionele psychotherapie moeilijker wordt omdat men meer functiespecifieke taken heeft en men op die manier moeilijker van het statuut kan loskomen.

Mede door deze verplichtingen en normen vertellen participanten dat er minder ruimte is om met institutionele psychotherapie aan de slag te gaan. Men vertelt dan

bijvoorbeeld dat men moet werken vanuit de marge om op die manier minder geconfronteerd te worden met verschillende normen vanuit kwaliteitszorg. Men merkt bijvoorbeeld dat de grotere nadruk op snel herstel en rehabilitatie ertoe leidt dat men minder tijd heeft voor het verblijf van patiënten. Verschillende hulpverleners die hebben deelgenomen aan het onderzoek vinden dit problematisch aangezien zij juist aan de slag gaan met personen met een chronische problematiek.

Door de verschillende normen zijn er ook een aantal participanten die vertellen dat ze zich zorgen maken omtrent de toekomst. Ze vrezen dan voornamelijk dat kwaliteitszorg zich steeds meer zal uitbreiden en dat men steeds meer manieren van controle en evaluatie in het werk zal doorvoeren. We merken dan ook op dat participanten voornamelijk deze controle en evaluatie linken met kwaliteitszorg. Op die manier vrezen verschillende participanten dat het werken met institutionele psychotherapie steeds moeilijker zal worden.

Ook hier merken we echter dat we dit negatieve standpunt eerder moeten nuanceren. Verschillende participanten van het onderzoek geven namelijk ook aan dat men in het werk eigenlijk nog niet zo veel gevolgen ondervindt van kwaliteitszorg. Dit suggereert dat het aantal normen en verplichtingen in de praktijk niet zo sterk doorweegt en dat dit niet noodzakelijk leidt tot grote problemen in het werken met institutionele psychotherapie. We kunnen ons hier ook afvragen of er een onderscheid is met betrekking tot het soort voorziening. We merken namelijk op dat sommige hulpverleners een onderscheid maken tussen een ziekenhuis of een vereniging zonder winstoogmerk. Op basis van de verzamelde data kunnen we hier niet verder op in gaan, maar het is mogelijk dat er hier een onderscheid is. We merken namelijk dat ook in de literatuur kwaliteitszorg vanuit het Vlaams agentschap voor zorg en gezondheid (z.j.) beschreven wordt als een manier van werken die van toepassing is op psychiatrische ziekenhuizen, initiatieven voor beschut wonen, centra voor geestelijke gezondheidszorg en psychiatrische verzorgingstehuizen.

Volgens verschillende participanten zijn er zeker gevolgen van het beleid van kwaliteitszorg voelbaar binnen de praktijk van institutionele psychotherapie. Er zijn namelijk verschillende verplichtingen die het moeilijker maken om met institutionele

psychotherapie aan de slag te gaan. Anderzijds merken we dat verschillende participanten ook vertellen dat deze verplichtingen eigenlijk mee vallen en dat men uiteindelijk nog wel kan werken met institutionele psychotherapie. We gaan verder met hoe men binnen de institutionele psychotherapie dan juist omgaat met het beleid dat vanuit kwaliteitszorg opgelegd wordt.

Deelvraag 3: Hoe gaan hulpverleners binnen de institutionele psychotherapie om met het kader van kwaliteitszorg?

We merken dat verschillende hulpverleners die hebben deelgenomen aan het onderzoek in verzet pogen te gaan met kwaliteitszorg of vertellen dat er een grotere tegenbeweging komt. Daarnaast vertellen verschillende participanten echter ook dat er meer aandacht moet zijn voor een dialoog tussen beiden. Hier valt bijvoorbeeld op hoe participant zeven poogt om een vertaling te maken van de institutionele psychotherapie in kwaliteitshandboeken. Verschillende participanten stellen dan ook dat men eigenlijk werk zou moeten maken van een vertaling. Dit omwille van het jargon binnen institutionele psychotherapie dat niet voor iedereen begrijpelijk is. Bovendien zou men op die manier wel kunnen uitleggen aan het beleid wat men poogt te doen met kwaliteitszorg.

Ook stelt men dat een zekere controle vanuit de overheid of vanuit kwaliteitszorg noodzakelijk is. Verschillende participanten stellen echter dat men daarbij de hulpverleners niet voldoende betreft. Daarbij valt op hoe verschillende hulpverleners aangeven dat kwaliteitszorg onduidelijk is. De participanten vertellen overigens ook dat men vanuit kwaliteitszorg meer gebruik zou moeten maken van een andere manier van controleren, die meer vertrekt vanuit kwalitatief onderzoek.

Verschillende participanten pogen om kwaliteitszorg te ontwijken door vaak niet veel rekening te houden met de voorschriften en normen die worden opgesteld. Men stelt voor om in de toekomst meer te werken vanuit de marge of los te komen van de ziekenhuiscontext. Op die manier zou men minder geconfronteerd worden met kwaliteitszorg.

Deze verschillende manieren van omgaan met kwaliteitszorg in de praktijk suggereren dat men binnen de institutionele psychotherapie steeds stil staat bij hoe men een werking kan installeren. Dit hebben we ook terug gevonden in de literatuur waarin institutionele psychotherapie vaak beschreven wordt als een manier om om te gaan met de vervreemding binnen een institutie. Vervolgens kunnen we aan de hand van drie bovenstaande deelvragen een antwoord formuleren op de hoofdvraag.

Hoofdvraag: Kunnen we de spanning die we terug vinden in de literatuur tussen kwaliteitszorg en institutionele psychotherapie ook terug vinden in de praktijk?

We merken dat er inderdaad verschillende tegenstellingen geformuleerd worden door de participanten tussen institutionele psychotherapie en kwaliteitszorg. We merken dit op vlak van omgaan met het chronische publiek. Verschillende participanten vertellen hoe institutionele psychotherapie een kader is om om te gaan met chronische patiënten en na te denken over psychopathologie. Daartegenover stelt men dat kwaliteitszorg gericht is op snel herstel en rehabilitatie. Dit zorgt ervoor dat men druk voelt in de praktijk. Ook op vlak van efficiëntie vertellen participanten dat institutionele psychotherapie niet doelgericht is en in die zin ook tegengesteld is aan kwaliteitszorg. Hierbij valt op dat de respondenten van het onderzoek niet spreken over efficiëntie van behandelingen. De nadruk vanuit kwaliteitszorg op efficiënte en wetenschappelijk ondersteunde behandelingen vinden we dan ook minder terug in de praktijk. De participanten leggen voornamelijk nadruk op het feit dat er steeds meer controle en evaluatie komt vanuit kwaliteitszorg, wat voor moeilijkheden zorgt in het werk met institutionele psychotherapie. We merken hier echter ook een verschil met hoe we deze evaluatie hadden opgevat in de inleiding. Vanuit de literatuur legt men de nadruk op zelfevaluaties, die worden opgelegd door kwaliteitszorg, maar de respondenten van het onderzoek hebben het eerder over de grotere nadruk op hygiëne en de noodzaak aan transparantie aan de hand van het elektronisch patiëntendossier. Verschillende participanten vertellen dat men vanuit kwaliteitszorg eerder wil

homogeniseren, terwijl men binnen institutionele psychotherapie aandacht heeft voor heterogeniteit en het particuliere.

We kunnen anderzijds ook stellen dat deze verschillende tegenstellingen moeten genuanceerd worden aangezien verschillende participanten vertellen dat men in de praktijk eigenlijk niet zo veel gevolgen ondervindt van kwaliteitszorg. Verschillende participanten zijn echter wel op zoek naar een manier om om te gaan met kwaliteitszorg aangezien zij het gevoel hebben dat er steeds minder ruimte is om met institutionele psychotherapie aan de slag te gaan.

Verschillende participanten spreken dan over in verzet gaan tegen kwaliteitszorg, maar anderzijds vertelt men ook dat men daar niet in mag blijven hangen. Men tracht een dialoog mogelijk te maken door institutionele psychotherapie te proberen vertalen naar beleid of in kwaliteitshandboeken. Men stelt daarbij ook een andere manier van controle voor die eerder kwalitatief van aard is en de hulpverlener nauwer betreft. Anderzijds poogt men ook creatief om te gaan met kwaliteitszorg door manieren te zoeken om er minder mee geconfronteerd te worden.

Er zijn dus wel degelijk een aantal tegenstellingen tussen kwaliteitszorg en institutionele psychotherapie in de praktijk die voor moeilijkheden zorgen in het werk. We hebben echter opgemerkt dat participanten het vaak niet hebben over concrete zaken die we hadden verwacht vanuit de literatuur, zoals het kwaliteitshandboek. Het is mogelijk dat men dus eerder tegenstellingen ziet met een algemeen economisch discours in de samenleving. Niettegenstaande deze tegenstellingen, merken we dat hulpverleners ook aangeven dat het effect daarvan in de praktijk eerder miniem is en dat men binnen de institutionele psychotherapie op zoek gaat naar een manier van omgaan met kwaliteitszorg.

Discussie

Beperkingen van het onderzoek

Het onderzoek dat we hebben gevoerd in deze masterproef brengt enkele beperkingen of zwaktes met zich mee. De interviewvragen sloten niet helemaal aan bij de onderzoeksvragen. Toen we het onderzoek gestart waren, hadden we nog een

andere onderzoeksvraag opgenomen: hoe hanteert men de verschillende principes van de institutionele psychotherapie in de voorziening. Op basis daarvan werd ook een leidraad opgesteld waardoor vele vragen gingen over hoe men institutionele psychotherapie hanteert. We kunnen veronderstellen dat we meer informatie hadden kunnen verzamelen indien het interview meer aansloot bij de onderzoeksvraag. Dit zorgt er ook voor dat we voor één van de thema's, namelijk 'tegenstellingen tussen institutionele psychotherapie en kwaliteitszorg' zelf een actievere rol hebben moeten opnemen als onderzoeker. Om voldoende informatie te kunnen verzamelen zijn we actief op zoek gegaan naar tegenstellingen die naar voor kwamen binnen en overheen interviews. Op die manier zijn we er toch in geslaagd om een interessante analyse te brengen van de informatie die we hebben verzameld.

Ook hebben we deze interviews afgenomen bij een relatief kleine steekproef die vrij homogeen is, namelijk enkel residentiële voorzieningen. We kunnen ons daarbij ook afvragen of de mensen die hebben deelgenomen eventueel een negatievere kijk hebben op kwaliteitszorg. We kunnen namelijk veronderstellen dat mensen die geen problemen ondervinden met betrekking tot kwaliteitszorg niet zullen deelnemen aan het onderzoek. Er is dus de mogelijkheid dat er sprake is van een selectie-effect.

Deze kleine steekproef en de keuze voor kwalitatief onderzoek zorgen er bovendien ook voor dat de bevindingen van het onderzoek niet generaliseerbaar zijn. Dit was echter ook niet de bedoeling. Bovendien kunnen er door het kwalitatieve onderzoeksopzet geen oorzaak-gevolg relaties gevonden worden. We hebben echter gekozen voor een verkennend onderzoek met betrekking tot een nog niet onderzocht onderwerp. Dit impliceert dat we geen diepgaande analyse hebben gedaan met betrekking tot bepaalde aspecten die van belang zijn. We hebben ervoor gekozen om een brede beschrijving te geven met betrekking tot het onderwerp. We doen hier dus een explorerend onderzoek om na te gaan of er thema's zijn die terug komen bij verschillende hulpverleners.

Er is mogelijk ook sprake van een bias vanwege de onderzoeker. Dit kan de interviews beïnvloedt hebben. Bij het doornemen van het onderzoeksdagboek werd opgemerkt dat de onderzoeker soms het interview voor een deel stuurt. Tijdens de

codeerfasen en het interpreteren van de resultaten werd deze bias meer opgevangen door het werken in kartel.

Plaats in wetenschappelijke context

Doorheen het literatuuronderzoek hebben we gemerkt dat er over institutionele psychotherapie al veel is geschreven. Daarbij valt echter ook op dat institutionele psychotherapie nog niet vaak betrokken is in onderzoek. Ook merken we dat het vaak moeilijk is om goede bronnen te vinden omtrent kwaliteitszorg en dan voornamelijk over het effect van kwaliteitszorg in de praktijk. Bovendien is er nog geen onderzoek uitgevoerd omtrent hoe institutionele psychotherapie en kwaliteitszorg zich ten opzichte van elkaar verhouden. Aan de hand van deze masterproef willen we dan ook een eerste stap zetten in die richting en een basis leggen voor verder onderzoek.

Terugkoppeling

Vooruitblik

We hebben aan de hand van deze masterproef een eerste stap gezet in het onderzoeken van een veld waar tot nog toe weinig aandacht voor is. Het zou dan ook interessant zijn om hier vervolgonderzoek aan te koppelen.

Enerzijds zou men vanuit de praktijk van de institutionele psychotherapie meerdere voorzieningen kunnen verzamelen. Op die manier zou men bijvoorbeeld ook voorzieningen kunnen opnemen die niet uitgaan van een residentiële werking. Ook zou men op die manier een vergelijking kunnen maken op basis van het soort voorziening, bijvoorbeeld het onderscheid tussen een vereniging zonder winstoogmerk en een psychiatrisch ziekenhuis. Omwille van de kleine steekproef hebben we dit niet kunnen opnemen in deze masterproef. Op deze manier zou men ook verder het veld van institutionele psychotherapie kunnen onderzoeken en nagaan hoe institutionele psychotherapie op verschillende manieren wordt gehanteerd. Vervolgens kan men dan ook nagaan op welke manier kwaliteitszorg daar een invloed op heeft.

Anderzijds zou het interessant zijn om verder onderzoek te doen naar het kader van kwaliteitszorg dat een beleid oplegt voor de praktijk. Dit beleid zal namelijk niet

enkel gevolgen hebben op de werking van de institutionele psychotherapie, maar zal ook binnen andere theorieën en behandelmethoden van de psychologie zijn effect hebben. In verder onderzoek zou men dan kunnen nagaan hoe men binnen verschillende voorzieningen met een verschillende theoretische achtergrond zich verhoudt ten aanzien van kwaliteitszorg om op die manier ook de gevolgen van kwaliteitszorg op de praktijk verder in kaart te brengen.

Besluit

Aan de hand van deze masterproef kunnen we besluiten dat er zowel in de literatuur als in de praktijk enkele tegenstellingen terug te vinden zijn tussen het beleid van kwaliteitszorg en de theorie en praktijk van institutionele psychotherapie. We merken echter dat we de tegenstellingen die we vanuit de literatuur hadden verwacht en hebben teruggevonden in de praktijk niet mogen overdrijven. Institutionele psychotherapie is een kader om steeds de manier van werken in vraag te stellen, en dit zien we ook terug binnen het onderzoek. Men gaat steeds op zoek naar een manier om om te gaan met het kader van kwaliteitszorg in de praktijk.

Bijlage één: Informed consent

Deelname aan onderzoek:

“De implementatie van institutionele psychotherapie in tijden van kwaliteitszorg, een kwalitatief onderzoek.”

Hierbij bevestig ik dat ik wens deel te nemen aan bovenstaand onderzoek. Dit onderzoek gebeurt door Astrid Denys, een studente klinische psychologie aan de Universiteit Gent, in het kader van haar masterproef.

Doel van het onderzoek:

Dit onderzoek wordt uitgevoerd om een beter zicht krijgen op hoe men de institutionele psychotherapie implementeert in tijden waar kwaliteitszorg voorop gesteld wordt. We willen hierbij onderzoeken hoe psychologen die werken in een institutioneel psychotherapeutisch kader

- a) Zelf het inhoudelijk kader van de institutionele psychotherapie begrijpen.
- b) De principes concreet implementeren in de desbetreffende instelling.
- c) Het beleid van kwaliteitszorg ervaren.

Deelname aan het onderzoek:

Het onderzoek bestaat uit een semi gestructureerd interview met een geschatte duur van anderhalf uur. Deelname aan het onderzoek gebeurt volledig uit vrije wil. Ik heb het recht om op elk moment, zonder dat ik hiervoor een reden opgeef, mijn medewerking stop te zetten.

Geheimhouding gegevens: mijn gegevens worden ingezameld in functie van dit onderzoek. Het is hierbij toegestaan dat er een geluidsopname wordt gemaakt van het afgenomen interview voor de verdere verwerking van de gegevens.

Ik geef de toestemming om de verzamelde gegevens op vertrouwelijke wijze te bewaren, verwerken en de resultaten te rapporteren.

Ik heb op voorhand voldoende informatie verkregen over het onderzoek en mag hierover steeds mijn vragen stellen.

Voor akkoord, (naam + handtekening)

De participant,

..... (plaats)

De onderzoeker,

..... (datum)

Bijlage twee: Leidraad interview

Deel 1: Hoe begrijpt de psycholoog zelf het kader van de institutionele psychotherapie en welke accenten leggen zij daar in?

Vraag 1: Ik ben bij u gekomen in het kader van mijn masterproef omtrent de institutionele psychotherapie, kan u mij vertellen wat u daar onder verstaat?

Vraag 2: Wat zijn voor u de belangrijkste elementen vanuit de institutionele psychotherapie in uw werk?

Aan de hand van deze vragen willen we na gaan in hoeverre de geïnterviewde zelf kennis heeft omtrent de institutionele psychotherapie en de bijhorende principes. We toetsen hier de expliciete kennis omtrent de institutionele psychotherapie en hoe men deze kennis toe past in de praktijk.

Deel 2: Hoe worden de principes van de institutionele psychotherapie concreet vormgegeven in het werk?

We gaan verder in op de specifieke principes van de institutionele psychotherapie.

Heterogeniteit

Vraag 1: Wie wordt er allemaal betrokken bij de behandeling van een patiënt?

We gaan na in hoeverre er een heterogeniteit is van mensen in de voorziening. Een heterogeniteit van mensen laat toe om ontmoetingen te laten plaats vinden. We gaan na of er rondom een bepaalde patiënt gewerkt wordt met verschillende personen en of die personen al dan niet enkel aanwezig zijn omwille van een statuut. Hier kunnen we verder op in gaan indien men de vraag niet goed heeft begrepen. Worden er pogingen gedaan om statuut-overstijgend te werken?

Vraag 2: Hoe bent u betrokken bij de behandeling van een patiënt?

Hier gaan we na of de behandeling enkel gebeurt tijdens de vaste sessies met de psycholoog, of ook daarbuiten. Door zelf mee te stappen in het dagelijks leven is het mogelijk om een heterogeen aanbod te bieden waar er sprake kan zijn van overdracht. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren aan de hand van atelierwerking waar de psycholoog zelf actief in deel neemt.

Openheid

Vraag 1: Hoe verloopt het onthaal van een persoon?

In de institutionele psychotherapie wordt veel belang gehecht aan het onthaal. Typisch gebeurt dit door meerdere personen, in plaats van 1 vaste persoon of

het secretariaat. Zo past men het onthaal steeds aan aan de particuliere persoon, zonder dat men die persoon onmiddellijk vast zet in een bepaald regime. We vragen ons af of het onthaal in de desbetreffende voorziening verloopt volgens een vast regime, of wordt afgestemd op het particuliere.

Vraag 2: In hoeverre is er sprake van een vast reglement in deze voorziening voor de bewoners? Wat zijn de effecten daar van?

Vanuit institutionele psychotherapie is het belangrijk om niet te sterk vast te houden aan kleine regeltjes die eigenlijk niets te maken hebben met het helpen van een persoon. Deze regels hebben een normaliserende functie en zorgen ervoor dat men ofwel kan akkoord gaan ofwel zich kan afzetten. Om een ontmoeting te laten plaatsvinden, stelt men dat men zich moet beperken tot een minimum van regels. Zo kan men als instelling zich steeds aanpassen aan de particuliere patiënt en voor iedere patiënt een mogelijkheid zoeken om iets van de overdracht naar voor te laten komen.

Verantwoordelijkheid

Vraag 1: In hoeverre stelt men de werking van de instelling in vraag? Wie wordt daar bij betrokken?

We gaan na in hoeverre er sprake is van institutionele analyse. We moeten niet enkel oog hebben voor het individu, maar ook voor het functioneren van de instelling. Dit omdat er sprake kan zijn van sociale vervreemding: de patiënt wordt weggenomen uit het normale leven en afgesloten van de buitenwereld. Om die vervreemding zo miniem mogelijk te houden, moeten we constant aandacht hebben voor de instelling. Volgens de principes van de institutionele psychotherapie is het overigens van belang dat iedereen daar bij wordt betrokken. Hiermee bedoelen we dat zowel patiënten, verzorgers... allemaal deelnemen aan de institutionele analyse.

Vraag 2: Is er sprake van hiërarchie in de werking van de instelling en hoe gaat men daar mee om?

Binnen de institutionele psychotherapie hanteert men het principe van de transversaliteit. Dit wil zeggen dat er geen sprake is van een echte hiërarchie,

maar eerder een maximale uitwisseling tussen verschillende niveaus. Er is een verschil tussen statuut, rol en functie. We stellen ons de vraag of er in de voorziening concrete pogingen ondernomen worden om in te gaan tegen potentieel segregerende effecten van een hiërarchische werking. Bijvoorbeeld de segregatie tussen verzorgende en verzorgde die ervoor zorgt dat vrij spreken niet altijd mogelijk is. In kwaliteitszorg is het noodzakelijk dat men een organigram betreft in het kwaliteitshandboek. Is dit niet tegengesteld aan waar institutionele psychotherapie juist voor staat?

Vraag 3: In hoeverre krijgen de patiënten een verantwoordelijkheid/inspraak?

In hoeverre is het voor de patiënten mogelijk zelf verantwoordelijkheid op te nemen. Is het voor de patiënt bijvoorbeeld mogelijk om zelf voor een stuk zijn of haar dag in te delen. Hiermee sluiten we ook aan bij het principe van de vrije circulatie. Men geeft de patiënt de vrijheid om zelf keuzes te maken. Is het mogelijk dat de patiënt zelf de verantwoordelijkheid krijgt om het dagelijks leven in de voorziening mogelijk te maken. Moet men bijvoorbeeld zelf de tafel dekken, kuisen enz. en keuzes maken met betrekking tot de daginvulling.

Psychose

Vraag 1: Waarom denkt u dat de institutionele psychotherapie een bruikbare manier kan zijn om om te gaan met de psychose?

De psychose impliceert ook een specifieke overdracht, een manier van zich verhouden ten opzichte van anderen. In tegenstelling tot de neurose waar men er vanuit gaat dat de Ander iets weet, wordt bij de psychotische overdracht de wil van de Ander opgelegd. Deze overdracht kan dan positief of negatief zijn. De principes van de institutionele psychotherapie kunnen dan van belang zijn, omdat we zo de omgeving aan pakken en niet rechtstreeks werken met de psychoticus. Er zijn bijvoorbeeld meerdere punten van overdracht nodig om de verbroekeling in de psychose te kunnen vatten. Ook de vrije circulatie is van belang, omdat men de psychoticus anders het gevoel kan geven dat de wil van de Ander wordt opgelegd.

Deel 3: In welke mate is er een wisselwerking tussen de principes van de institutionele psychotherapie en de implementering van kwaliteitszorg?

Vraag 1: Wat verstaat u onder kwaliteitszorg? En hoe wordt u daar mee geconfronteerd?

We gaan na of men reeds zelf een idee heeft over kwaliteitszorg en wat dit juist in houdt. We gaan ervan uit dat men in de gezondheidszorg reeds bezig is met kwaliteit, maar kwaliteitszorg is een manier om dit op een meer systematische manier te gaan doen. Men moet per voorziening een kwaliteitshandboek hebben waar er specifiek in wordt aangegeven hoe men de kwaliteit van de voorziening zal evalueren, verbeteren... Op basis hiervan kan de overheid al dan niet een erkenning geven aan de voorziening. Men ontwikkelt een kwaliteitsbeleid waarin men de doelstellingen weer geeft die men wil bereiken en hoe men die zal evalueren.

Vraag 2: Wat zijn eventuele positieve en negatieve elementen bij het implementeren van kwaliteitszorg? Hoe ziet u de wisselwerking met de institutionele psychotherapie?

We toetsen welke effecten men zelf in het werken als psycholoog ondervindt van kwaliteitszorg en wat de gevolgen daarvan zijn. Hoe ziet men de wisselwerking met de institutionele psychotherapie? Gaat dit samen, of ziet men dit als twee tegenpolen? We kunnen ons bijvoorbeeld de vraag stellen of de toenemende aandacht voor efficiënte wel gepast is bij groepen die langdurige zorg vragen. Een mogelijk antwoord kan zijn dat kwaliteitszorg leidt tot standaardisering van de gezondheidszorg zodat in tegenstelling tot het vooropgestelde doel geen zorg op maat wordt geboden wat juist tegengesteld is aan de principes van de institutionele psychotherapie. Het kan er voor zorgen dat mensen het gevoel hebben een product te zijn, een onderdeel van een machine. Een ander mogelijk antwoord kan zijn dat men kwaliteitszorg als noodzakelijk beschouwt, gezien de directe link met de financiering van de voorzieningen. De vraag is dan of men er andere voordelen van in ziet op het niveau van de werking van de instituties voorbij het doelmatig aspect. Simon wees ons er reeds op dat een instelling ziek is wanneer ze afhankelijk is van Staat en administratie. Om dit tegen te gaan is het noodzakelijk dat we altijd alles in vraag blijven stellen.

Evaluatie in kwaliteitszorg versus institutionele analyse

Vraag 1: Hoe wordt de instelling geëvalueerd? Welke rol speelt u daar als psycholoog in? En welke rol speelt de patiënt daar in?

Zowel de institutionele psychotherapie als de kwaliteitszorg hebben aandacht voor de instelling waarbij men ervan uit gaat dat continue evaluatie noodzakelijk is. Hierbij kunnen we ons dan de vraag stellen of de patiënt voldoende betrokken wordt als het gaat over evaluatie bij de kwaliteitszorg. Bij kwaliteitszorg gaat men er eerder van uit dat men wordt geëvalueerd op basis van een bepaald statuut, terwijl men in de institutionele psychotherapie iedereen juist wil betrekken in de werking. Kwaliteitszorg kan dan ook een middel zijn om aan institutionele analyse te doen, maar kan ook deze institutionele analyse tegenwerken door zich te hard vast te houden aan statuten. Met institutionele analyse bedoelen we de het analyseren, het evalueren van de werking van de voorziening op alle mogelijke niveaus.

Het is zo dat er bij kwaliteitszorg een aantal vaste indicatoren zijn waar men dient aandacht voor te hebben zoals opname, medicatie, onthaal... We kunnen ons dan afvragen in welke mate er bij de rest nog vragen worden gesteld. Men gaat vooral evalueren met oog op de efficiëntie, maar dit kan moeilijkheden met zich mee brengen. Om evaluatie te kunnen doen, is er nood aan een vast behandelplan, terwijl men in een therapeutisch proces niet kan spreken over enkel routinematige processen. De nadruk op het particuliere lijkt minder van belang te zijn.

Bijlage 3: lijst met codes

Codes
IP geeft kader om na te denken over psychopathologie
IP geeft kader om na te denken over de ontmoeting
IP gaat voorbij aan een enge medische benadering
Belang van het ruimtelijke
Iets open houden
IP als kader dat handvaten biedt in een institutie
IP is niet doelgericht
Kwaliteitszorg is (kosten)efficiënt
Iedereen wordt betrokken bij de behandeling
De Club
Personeelsleden hebben functiespecifieke taken
Werken buiten de functie
Aandacht hebben voor het dagdagelijkse
Onvoldoende aandacht hebben voor het onthaal
Onthaal is belangrijk
Onthaal blijft duren
Gevolgen van geen protocol hebben
Hebben van miniem aantal regels
Hebben van absolute regels
Mensen moeten niet verplicht aanwezig zijn
Uitvoeren van controle
Bevragen van de werking
De Club gaat over de wil van de patiënten
De Club is semi-autonoom
De Club is niet volledig vrij
Er is non-communicatie tussen IP en kwaliteitszorg
Werken aan de vertaling van IP naar kwaliteitszorg
IP moet werking rechtvaardigen
Er zijn meer voorwaarden met betrekking tot ontslag
Effect op patiënten van evaluatie
IP kan hier nog bestaan
Er is een hogere taaklast
Er is minder modaliteit tussen rollen mogelijk
Hiërarchie als gevolg van kwaliteitszorg
Er is een scheiding tussen IP en kwaliteitszorg
Kwaliteitszorg zorgt voor taakverdeling
Nu meer evaluatie
De tegenstrijdigheid tussen IP en kwaliteitszorg mag niet te eenzijdig bekeken worden
Belang van de sfeer
IP als voorwaarden scheppen zodat de patiënt met iets kan komen
Binnen IP te resultaatgericht zijn
IP als het bevragen van vervreemdende mechanismen
IP is niet specifiek voor psychose
Belang van het werken binnen een collectief

Kwaliteitszorg is algemeen
Actief aan de slag gaan met kwaliteitszorg
Kwaliteitszorg is op zoek naar de beste behandeling
Er is steeds minder ruimte om met IP te werken
Kwaliteitszorg als teken van de tijd
Nu meer naar buiten toe werken
Vroeger meer tijd voor verblijf
Niet actief mee gaan in het verhaal van de evaluatie
Psychiatrie als overbeschermend voor sommigen
De buitenwereld is minder tolerant
IP moet loskomen van de context van de kliniek
Nadenken over binnen welke dimensie een gebruik past
Opvangen van het chronische publiek
IP als zorgen voor het instituut
IP is werken met ateliers
IP is een voortdurende strijd
Huidig discours gaat over herstel en rehabilitatie
Huidig discours overkijkt de psychose
IP is niet vernieuwend
Effecten van geen vrije circulatie
Nood aan verschillende ambiances
De beweging van het particuliere naar het collectieve
Het personeel benaderen vanuit hun authenticiteit
Onderscheid tussen functie en rol
Meer nadruk op functie binnen het kader van multidisciplinair
Meer nadruk op functie leidt tot vervreemding
IP is werken met het particuliere
De psycholoog bewaakt de principes van IP
Beleid dringt zaken op
Verzet bieden tegen het beleid
IP kan je niet protocolleren
IP is coherent
Onthaal is zich open stellen
Onthaal is een breed concept
Werken met de uitnodiging
Er is geen clubwerking
Er is interclubwerking
Men wil meer formaliseren
Zoeken naar een manier om te kunnen blijven werken met IP
Nu minder aandacht voor overdracht of structuur
Er zijn veel regels
Meer regels van hogerhand
Er zijn meer controlemechanismen
Op een particuliere manier omgaan met regels
Werking is nodig voor een bepaalde doelgroep
Rehabilitatie mag geen protocol worden
Er zijn effecten van minder ruimte voor IP
Minder aandacht voor eigen werking door gevecht naar buiten toe

Patiënten hebben inspraak
Inspraak van patiënten is beperkt
De patiënt moet zelf een oplossing construeren
Patiënten krijgen zo veel mogelijk verantwoordelijkheid
Kwaliteitszorg is beperkend
Er is geen atelierwerking
Kwaliteitszorg komt niet ten goede van de patiënten
Een bepaalde vorm van controle is nodig
Een andere manier van controleren zou beter zijn
De effectiviteit van IP kan aangetoond worden
IP is een beweging
IP zorgt voor heterogeniteit in aanbod van ateliers en mensen
De overheid vraagt meer specialisatie
Vanuit de overheid is men minder geïnteresseerd in het chronische publiek
Binnen het team stelt men de vraag naar duidelijkheid
Onthaal verloopt volgens een vast stramien
Het is belangrijk om een dagstructuur te hebben
Gebruik maken van afspraken
Organisatie van het ziekenhuis heeft invloed op bevragen van de instelling
De psycholoog dient vanuit ziekenhuis de visie van de afdeling uit te werken
IP probeert hiërarchie zo veel mogelijk te neutraliseren
IP als werken vanuit de marge
De laatste jaren ligt er minder nadruk op kwaliteitszorg
Kwaliteitszorg is evaluatie
Kwaliteitszorg zorgt ervoor dat je uw werk bevrage
IP probeert creatief om te springen met kwaliteitszorg
Veel regels zijn niet nodig
Er is een kloof tussen het particuliere en het collectieve
IP is nadenken over de overdracht
Vanuit IP wil men vaak niet aan beleid doen
Het is niet verplicht om bij de psycholoog te gaan
Het dagdagelijkse contact is niet altijd evident
Niet werken met opnamecriteria
Bij opname dient er een inschatting te gebeuren
Er zijn regels van bovenaf waar je niet onderuit kan
Een hogere taaklast die tot niets leidt
Onderscheid maken tussen regels en structuur
Het is niet goed om met absolute regels te werken
Moeite hebben met de regels van bovenhand
Een zekere vorm van hiërarchie kan men ook gebruiken in het werk
Men onderschat vaak de patiënt omwille van zijn problematiek
Alles moet geregistreerd worden
Kwaliteitszorg vertrekt vanuit goede bedoelingen
Kwaliteitszorg breidt steeds meer uit
Waarden en normen vanuit maatschappij sijpelen binnen in de kliniek
Kwaliteitszorg is onduidelijk
Niet zo veel bezig zijn met de evaluatie
Omgaan met kwaliteitszorg door continu in dialoog te gaan

De patiënten worden niet opgedeeld in groepen
Een zekere huiselijkheid bewaren wordt steeds moeilijker
IP is aandacht hebben voor de vrije circulatie
Er zijn minder regels want we zijn niet direct afhankelijk van de overheid
Bevragen van de werking is niet altijd evident
Hiërarchie kan je niet helemaal weghouden
Een bewonersvergadering is om praktische zaken te bespreken
Maken van een onderscheid tussen een bewoners- en clubvergadering
De doorverwijzing naar psychiatrie verloopt moeilijker
De chronische groep is een probleem voor kwaliteitszorg
Van hogerhand houdt men geen rekening met het effect op het particuliere
Mensen komen uit eigen wil
Inspiratie gehaald bij La Borde voor IP-werking
IP is werken met la grille
Nu net iets minder IP dan voorheen
IP is geen alternatieve psychotherapie
Iedereen wordt betrokken bij het onthaal
IP is een permanent werk
Er zijn veel lege momenten
Er zijn opnamecriteria
Zo weinig mogelijk onderscheid tussen patiënten en personeel
Kwaliteitszorg komt uit de bedrijfswereld
Kwaliteitszorg is meer bezig met kwantiteit dan kwaliteit
IP leidt tot vervreemding
Hulpverleners hebben geen inspraak in kwaliteitszorg
Kwaliteitszorg doet hulpverleners onveilig voelen
Kwaliteitszorg is nergens op gebaseerd
IP is actueel
In maatschappij stelt men weinig vragen bij werking in een instituut of collectief
Regels worden niet aangepast aan het particuliere
De opnameduur is afhankelijk van evaluatie
Er wordt een opdeling gemaakt qua patiënten
Heterogeniteit zorgt voor problemen
Niet iedereen wordt betrokken bij de behandeling
De vrije circulatie is geregeld
Ateliers worden opgestart vanuit een praktische benadering
Nadelen van opdelen van patiënten
Het is gemakkelijker om telkens dezelfde werking te hanteren
Patiënten nemen taken op op de afdeling
Routines zijn ook van belang
Er is plaats voor discussie
Controleren kan intrusief zijn
Onderscheid tussen regels en praktijken
Onderscheid tussen regels en procedures
Toepassen van regels hangt af van de begeleiders
Er is een kloof tussen directie en patiënten
Opnames zijn afhankelijk van financiële aspecten
Er is sprake van hiërarchie

Het is niet altijd gemakkelijk om iedereen te betrekken bij de behandeling
Niet iedereen is altijd mee in dat verhaal van IP
IP probeert de patiënten te behoeden voor kwaliteitszorg
Nu valt het effect van kwaliteitszorg nog mee
Schrik hebben voor de toekomst
Onthaal mag niet leeg zijn
IP om om te gaan met crisissen
IP zorgt dat de voorziening transparanter wordt
Kwaliteitszorg is veiligheid
IP hoeft je niet altijd te snappen
IP is open, breed
Aan kwaliteitszorg heb je niets in de praktijk
IP is jezelf in vraag stellen
Nadelen van patiënten die veel inspraak hebben
Er zijn zo weinig mogelijk verwachtingen voor de patiënten
Kwaliteitszorg is er en je moet er mee om gaan
De grootste moeilijkheden liggen binnen het team

Bijlage 4: lijst met thema's

Thema's
IP geeft kader om na te denken over de ontmoeting
Het is niet altijd gemakkelijk om iedereen te betrekken bij de behandeling
Hiërarchie kan je niet helemaal weghouden
IP is een permanent werk
Vanuit het beleid dringt men zaken op waar hulpverleners geen inspraak in hebben
IP is niet doelgericht
Kwaliteitszorg is gebaseerd op een economisch discours met nadruk op efficiëntie
Kwaliteitszorg leidt tot een hogere taaklast
IP is werken met het particuliere
IP kan je niet protocoliseren
IP is coherent
Een zekere vorm van hiërarchie kan men ook gebruiken in het werk
Kwaliteitszorg houdt geen rekening met de chronische groep
Kwaliteitszorg is nergens op gebaseerd
Kwaliteitszorg zorgt voor taakverdeling
De tegenstrijdigheid tussen IP en kwaliteitszorg mag niet te eenzijdig bekeken worden
Kwaliteitszorg wil voor iedereen hetzelfde, wil homogeniseren
De psycholoog bewaakt de principes van IP
Binnen IP zijn er ook regels
Binnen IP is de inspraak van patiënten op een bepaalde manier beperkt
Men stelt een andere manier van controleren voor
Binnen IP verloopt het onthaal op sommige vlakken via een vast stramien
Er zijn ook nadelen verbonden aan het installeren van een IP-werking
Soms is er geen volledige IP werking
Binnen de voorzieningen is het niet altijd gemakkelijk een IP-werking te installeren
Op bepaalde vlakken hangt de rol van een werknemer wel samen met het statuut
Kwaliteitszorg legt de nadruk op een hiërarchische structuur
Kwaliteitszorg als teken van de tijd
Binnen IP verzet bieden tegen het beleid
Er zijn veel regels van buitenaf die het werken moeilijker maken
Kwaliteitszorg komt niet ten goede van de patiënten
Binnen IP heeft men schrik voor hoe kwaliteitszorg zal evolueren.
Nu nog niet zo veel last van kwaliteitszorg
Binnen IP werkt men met een (inter)Clubwerking
Er is steeds minder ruimte om met IP te werken
IP zorgt voor heterogeniteit in aanbod van ateliers en mensen
Binnen IP is het belangrijk om een dagstructuur te hebben
IP probeert hiërarchie zo veel mogelijk te neutraliseren
Kwaliteitszorg vertrekt vanuit goede bedoelingen
Er zijn veel problemen binnen het team
Kwaliteitszorg is controle en evaluatie
IP geeft kader om na te denken over psychopathologie

Binnen IP hangt de rol op de afdeling niet samen met het statuut
IP heeft aandacht voor het onthaal
Binnen IP probeert men zo weinig mogelijk absolute regels te hanteren
Binnen IP is het van belang dat mensen vrij kunnen circuleren
IP is aandacht hebben voor het dagdagelijkse
Zoeken naar een manier om te kunnen blijven werken met IP
Binnen IP krijgen patiënten een grote verantwoordelijkheid
IP heeft aandacht voor de werking van het instituut
IP is een kader om om te gaan met een chronisch publiek

Bijlage 5: lijst met hoofd- en subthema's en aantal referenties

Thema	Referenties
IP als een manier om na te denken over de organisatie van een voorziening	395
Binnen IP hangt de rol op de afdeling niet samen met het statuut	132
Binnen IP is het belangrijk om een structuur te hebben	16
Binnen IP kunnen mensen vrij circuleren	20
Binnen IP probeert men weinig absolute regels te hanteren	50
IP geeft een kader om na te denken over psychopathologie	34
IP heeft aandacht voor de werking van het instituut	50
IP heeft aandacht voor het onthaal	57
IP is aandacht hebben voor het dagdagelijkse	28
IP voor heterogeniteit in aanbod van ateliers en mensen	8
Er zijn moeilijkheden bij het installeren van een IP-werking	81
Binnen institutionele psychotherapie is er soms ook hiërarchie	22
Rol en statuut vallen soms wel samen	23
Er zijn ook moeilijkheden verbonden aan institutionele psychotherapie	8
Er zijn problemen binnen het team	13
Het is niet altijd gemakkelijk een IP-werking te installeren	15
Kwaliteitszorg komt vanuit een economisch discours met nadruk op controle en evaluatie	94
Kwaliteitszorg binnen discours van snel herstel en rehabilitatie	20
Kwaliteitszorg is (kosten)efficiënt	18
Kwaliteitszorg is controle en evaluatie	23
Kwaliteitszorg legt nadruk op taakverdeling	26
Kwaliteitszorg wil homogeniseren	7
Kwaliteitszorg leidt tot moeilijkheden in het werken met IP	70
Veel regels van buitenaf die het werken moeilijker maken	36
Steeds minder ruimte om met institutionele psychotherapie te werken	26
Binnen IP heeft men schrik voor hoe kwaliteitszorg zal evolueren	8
Kwaliteitszorg en institutionele psychotherapie zijn tegengesteld aan elkaar	243
Tegenstelling op vlak van rolverdeling	131
Tegenstelling op vlak van coherentie	24
Tegenstelling op vlak van werken met het chronisch publiek	51
Tegenstelling op vlak van doelgerichtheid	15
Tegenstelling tussen heterogeniteit en homogeniseren	22
Kwaliteitszorg mag niet als overdreven negatief bestempeld worden	40
Niet zo veel last van kwaliteitszorg	23
Kwaliteitszorg vertrekt vanuit goede bedoelingen	12
De tegenstrijdigheid mag niet te eenzijdig bekeken worden	5
Binnen IP zoekt men een manier om om te gaan met kwaliteitszorg	57
Binnen IP biedt men verzet tegen het beleid	22
In dialoog gaan met kwaliteitszorg	16
Zoeken naar een manier om rond kwaliteitszorg te gaan	19

Referentielijst

- Agentschap voor kwaliteitszorg in onderwijs en vorming. (z.j.) *Wegwijs in de onderwijsadministratie*. Geraadpleegd via: <http://www.ond.vlaanderen.be/AKOV>
- Ayme, J. (1994). *Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle*. Institutions, 44.
- Braun, V., Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in psychology*, 3, 77-101.
- Centrum voor Ethiek en Gezondheid (2004). *Economisering van zorg en beroepsethiek*. Geraadpleegd via: <http://www.ceg.nl>
- Daumézou G. & Koechlin P. (2009). *La psychothérapie institutionnelle française contemporaine*. *Psychoanalytische perspectieven*, 27, 1-2: 215-234.
- De Bisschop, J. (2009). *Ruimte scheppen voor de ontmoeting: het onmogelijke ontmoeten*. *Psychoanalytische perspectieven*, 27, 1-2: 9-33.
- De Luca-Bernier, C. (z.j.). *L'accueil à la clinique de la Borde*. Geraadpleegd via: <http://pig.asso.free.fr/couvaccueil.dir>
- Decreet betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen. (23 januari 1997). *Vlaamse code*. Geraadpleegd via <http://codex.vlaanderen.be>
- Decreet betreffende de kwaliteit van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen. (10 november 2003). *Vlaamse codex*. Geraadpleegd via <http://codex.vlaanderen.be>
- Decreet inzake de kwaliteitszorg in de welzijnsvoorzieningen. (11 juni 1997). *Vlaamse codex*. Geraadpleegd via <http://codex.vlaanderen.be>
- Deleuze, G. (1973). *Nietzsche et la philosophie*. Parijs: Presses universitaires de France.
- Déliou, P. (z.j.). *Thérapeutiques institutionnelles*. Institutions. Geraadpleegd via: <http://revue-institutions.com/articles>
- Dhooghe F. (1997). *De mogelijkheid van een inschrijving: institutionele psychotherapie in een therapeutische gemeenschap*. IP tekst en uitleg, 1. Geraadpleegd via: <http://users.belgacom.net/PI-IP/>
- Guattari, F. (2003). *Psychanalyse et transversalité Essais d'analyse institutionnelle*. Parijs: Editions de la découverte.
- Havenaar, J.M., Heemskerk, B., Bisseling, E.M. (2002). *Kwaliteit quo vadis: de opkomst van kwaliteitszorg binnen de psychiatrie*. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 44, 2: 95-106.

- Kabinet van Vlaams minister van welzijn, volksgezondheid en gezin (2010). *Beleidsplan geestelijke gezondheidszorg Vlaanderen*. Geraadpleegd via: <http://jovandeuren.be>
- Lacan, J. (1973). *Le Séminaire, livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Parijs: du Seuil.
- Ledoux, M. (1996). *IP: het vrijwaren van de singulariteit in het psychiatrisch bolwerk*. IP: tekst en uitleg, 0, Geraadpleegd via: <http://users.belgacom.net/PI-IP/>
- Ledoux, M. (2004). *Waar zijn we toch mee bezig: institutionele psychotherapie in weerstand en dialoog met de kwaliteitspsychiatrie*. Kessel-Lo: Literarte.
- Marecek, J. 2003. Dancing through Minefields: Toward a Qualitative Stance in Psychology. In *Qualitative Research in Psychology: Expanding Perspectives in Methodology and Design*, edited by P. Carnic, J. Rhodes, and L. Yardley, 49-70. Washington, DC: American Psychological Association.
- Martin, P. (1995). *Pratiques institutionnelles et théorie des psychoses: actualité de la psychothérapie institutionnelle*. Parijs: L'Harmattan.
- Naar een betere geestelijke gezondheidszorg door realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken. (z.j.) Geraadpleegde via <http://psy107.be>
- Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde (6 januari 2009). *Embryopathie Softenon ontrafeld*. Nederlands tijdschrift Geneeskunde. Geraadpleegd via <http://ntvg.nl>
- Orde van geneesheren. (z.j.). *Eed van hippocrates*. Geraadpleegd via: <http://ordomedic.be>
- Oury, J. (1976). *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Parijs: Payet
- Oury, J. (1980). *Onze heures du soir à La Borde*. Parijs: Galilée.
- Oury, J. (1996). *Bestaat er een theorie van de institutie?* IP: tekst en uitleg, 0. Geraadpleegd via: <http://users.belgacom.net/PI-IP/>
- Oury, J. (2001). *Psychothérapie institutionnelle*. Lecques: Editions champ social.
- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (p. 169-186). Beverly Hills, CA: Sage.
- Petry D. (2007). *Bezieling en beheersing*. Tijdschrift Deviant: 54 (september 2007).
- Rimoux, E. et al. (2009). *Het dagelijkse werken in een tehuis voor niet-werkenden: een constant zoekproces*. Psychoanalytische perspectieven, 27, 1-2.
- Rosenwald, G. C. (1985). *Hypocrisy, self-deception and perplexity: the subject's enhancement as methodological criterion*. Journal of personality and social psychology, 49,3: 682-703.

- Saunders, M., Lewis, P., Thornhill, A. (2004). *Methoden en technieken van onderzoek*. Amsterdam: Pearson Education.
- Stiles, W. B. (1993). *Quality control in qualitative research*. Clinical psychology review, 13.
- Swinkels, J.A. & Van Everdingen, J.J.E (2008). *De geschiedenis van evidence-based psychiatrie en richtlijnontwikkeling*. Tijdschrift voor psychiatrie: 50, 6, 317-322.
- Valcke, K. (1998). *Institutionele psychotherapie I: de ontsluiting van de instelling*. Psyche, 9(3).
- Van Hecke J., Joos L., Daems J., Matthysen V., De Bruyne S. (2011). *Reorganisatie van de Belgische ggz; betere zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening?*. Tijdschrift voor psychiatrie: 53(12).
- Verbrugge A., (2009). *Psychische gezondheid: prijs, waarde en waardigheid*. Tijdschrift cliëntgerichte psychotherapie, 47, 2.
- Verhaeghe, P. (2002). *Over normaliteit en andere afwijkingen*. Leuven: Acco.
- Verniest R., Laenen A., Daems A., Kohn L., Vandermeersch G., Fabri V., e.a. (2008). *Langverblijvende psychiatrische patiënten in T-bedden*. Health Services Research. Brussel: Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg; KCE reports 84A(D/2008/10.273/46)
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (z.j.). *Kwaliteit*. Geraadpleegd via <http://www.zorg-en-gezondheid.be>
- Vzw Albe (1992). *Institutionele psychotherapie: seminarie van 6/10/1992*. Geraadpleegd via <http://users.telenet.be/albe>
- Vzw Albe (2005). *Hoe werken we samen met de institutionele psychotherapie?*. Geraadpleegd via <http://users.telenet.be/albe>
- WHO (2005). *European ministerial conference on mental health*. Helsinki
- Zenoni, A. (2010). *Comment s'orienter dans le transfert?*. Toulouse: l'autre pratique clinique.
- Zitter, L. D. (2009). *Petite balade dans les entours: enkele vrije associaties omtrent het dagelijks leven*. Gent: Psychoanalytische perspectieven, 1-2: 55-76.