

Complexe interventies modelgetrouw uitvoeren—Hoe supervisie (niet) kan helpen*

Er zijn veel evidence-based interventies voor de ggz-praktijk, maar hun effectiviteit is alleen gewaarborgd als ze volgens het draaiboek worden uitgevoerd. Wat moet je wel en wat vooral niet doen als je wilt dat hulpverleners volgens de ‘regels’ werken? Supervisie en intervisie bij het invoeren van Interpersoonlijke Sociaal Psychiatrische Begeleiding leverde niet het gewenste resultaat op. Door **Bauke Koekkoek**

Aan de lopende band worden interventies in en voor de ggz ontwikkeld, steeds meer ondersteund door wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit. Soms worden therapieën of behandelprogramma's gemaakt in nauwe samenwerking tussen patiënten en professionals (soms vooral door academici), vaak is het iets er tussenin. Bij effect- of implementatieonderzoek naar nieuwe behandelingen in de ggz-praktijk blijken professionals niet altijd precies te doen wat ze volgens de methode zouden moeten doen.¹ Na afloop van de wetenschappelijke studie, als de onderzoekers en supervisors weg zijn, verwatert de nieuwe methode nog verder. Het resultaat is dan dat na een paar jaar professionals vooral die onderdelen van interventies toepassen die ze hebben onthouden en die bij hen passen. Dat lijkt niet zo erg maar dat is het wel, want steeds weer blijken evidence-based behande-

lingen alleen effectief als ze ook echt volgens de regels der kunst worden uitgevoerd.^{2,3}

Strak geprotocolleerde behandelingen vallen eigenlijk het meest in goede aarde bij jonge, nog relatief onervaren ggz-professionals. Zij omarmen het protocol makkelijker als een bruikbaar richtsnoer voor hun werk dan dat ervaren medewerkers dat doen.⁴ ‘Oude rotten’ hebben zich meestal een persoonlijke manier van werken eigen gemaakt die ze niet zomaar opgeven voor een nieuw snuffje.

Ook speelt het een rol hoe ingewikkeld de psychische problemen zijn: bij enkelvoudige problematiek (een ‘ongecomplieerde’ angststoornis) wordt de daarvoor aangewezen behandelmethode beter gevolgd dan bij complexe problematiek (bijvoorbeeld bij mensen met comorbide stoornissen op As I, As II en As IV). Er zijn voor die laatste groep ook minder (effectieve) behandelmethodes beschikbaar en de bestaande zijn weer ingewikkelder uit te voeren dan de methodes voor enkelvoudige problematiek.

Een laatste factor die ik hier noem is de effectiviteit van de behandeling: het grote effect van een gedragstherapeutische benadering van een fobie draagt sterk bij aan de acceptatie en omarming

* Het hier beschreven ontwikkel- en implementatietraject en onderzoek konden mede dankzij een implementatiesubsidie van ZonMw (nr. 2210) worden uitgevoerd. Voorts bedank ik graag de medewerkers van team 6 bij de Riagg Amersfoort voor hun medewerking bij het onderzoek naar ISPB en de daaropvolgende supervisie/intervisie.

ervan door professionals – als iets bijna altijd werkt, waarom zou je dan iets ander doen?

Complexe interventies monitoren

Bij bepaalde beroepsgroepen, bijvoorbeeld psychologen, bestaat zowel klinisch als wetenschappelijk de nodige ervaring met het volgen van de ‘therapeutrouw’ van de professional – de zogenaamde *treatment integrity* (behandelgetrouwheid). Onder verpleegkundigen is er meer ervaring met het werken met complexe patiënten die vaak niet geschikt zijn voor een bestaand therapieaanbod. De zorgorganisatiemodellen, zoals ACT en FACT, die de laatste jaren breed zijn ingevoerd, leggen sterk de nadruk op modelgetrouwheid (*fidelity*). Daarvoor zijn schalen en auditsystemen ontwikkeld die weliswaar in kaart brengen in welke mate alle onderdelen van het zorgmodel aanwezig zijn, maar die nog weinig zeggen over de manier waarop individuele professionals gesprekken voeren.^{5,6} Het onderzoek naar de effectiviteit van psychotherapieën, ook die voor complexe patiënten,⁷⁻⁹ volgt daarentegen steeds preciezer de behandelintegriteit van de professional met behulp van audio- en video-opnames, boostersessies, intensieve supervisie en dergelijke. Complexe interventies voor ‘moeilijke’ patiënten, bijvoorbeeld door verpleegkundigen, zijn nog wat minder geraffineerd (uitzonderingen daargelaten) of blijken lastig precies te volgen.¹⁰

In dit artikel ga ik in op problemen en oplossingen bij het implementeren van een complexe interventie in een reguliere ggz-praktijk voor een groep patiënten met ernstige en langdurige problematiek. Ik was zowel ontwikkelaar en onderzoeker als supervisor/intervisor bij de implementatie.

Context en interventie: ISPB

In het kader van mijn promotieonderzoek ontwikkelde ik met collega’s een interventie voor niet-psychotische langdurige patiënten die ‘moeilijk’ gevonden werden door professionals. Voor de pilotstudie zochten we contact met een zelfstandige Riagg in een provincie stad in midden-Nederland – vanwege al bestaande contacten en de aanwezigheid van teams die (nog) niet sterk diagnose-

gericht werkten. In deze instelling bleken zowel management als professionals enthousiast voor een behandelprogramma voor ‘moeilijke’ cliënten met langdurige niet-psychotische stoornissen. Het beoogde team, dat casemanagement bood aan een groep (zeer) langdurige patiënten, had kort daarvoor bij het management aangegeven veel moeite te hebben met juist deze patiëntengroep.

In een aantal bijeenkomsten gaf ik informatie over de driedaagse training, het programma Interpersoonlijke Sociaal Psychiatische Begeleiding (ISPB), het onderzoek (instrumenten en meetmomenten), de beoogde deelnemers en de ver-

Moet supervisie inhoudelijk ondersteunen of praktische oplossingen bieden?

wachte belasting voor de zes sociaal-psychiatisch verpleegkundigen en één psychiater.

ISPB is een zogenoemde complexe interventie. Het bestaat uit (1) expliciete aandacht voor de sociale omgeving en de interactie tussen patiënt en professional, (2) een temporeel model met drie fasen, (3) een structureel model met een aantal terugkerende elementen in de totale begeleiding en in ieder contact, en (4) een aantal specifieke gespreksmethoden die aansluiten bij deze fasering en structuur.¹¹ Deze generieke methode bestaat uit gesprekken in een ggz-instelling of elders, in een door patiënt en professionals te bepalen frequentie. In de gesprekken wordt altijd een agenda gemaakt en ze worden afgesloten met het invullen van een scoreformulier over de sessie door patiënt en professional. De professional stelt zich niet als expert op, maar als een nieuwsgierige gids die, afhankelijke van de aard van het contact, weinig actief (conform relatiemanagement),¹² gemiddeld actief (conform motiverende gespreksvoering)¹³ of meer actief (conform oplossingsgerichte gespreksvoering)¹⁴ is.

De eerder genoemde fasering bestaat ten eerste uit de contactfase, waarin patiënt en professional afspreken hoe ze met elkaar omgaan. De tweede fase is de doelenfase, waarin patiënt en professio-

nal overeenkomen wat ze gaan doen, en op gestructureerde wijze tot een aantal doelen komen. In de derde en laatste fase, de werkfase, kan er gewerkt worden aan de doelen op ofwel een heel praktische manier (*clinical case management*), ofwel een wat therapeutischer manier (gedragsanalyse van interpersoonlijke situaties). ISPB is elders uitgebreider beschreven^{15,16} en bondig weergegeven op een website en iPhone-applicatie.

Een positief begin

Het team ontving de plannen voor implementatie van en onderzoek naar ISPB vrij goed en we startten in een positieve sfeer met de training. Daar ging een inclusieperiode van patiënten voor het onderzoek aan vooraf. Kort na afronding van de driedaagse training begonnen we officieel te werken met de ISPB-methodiek met aan het onderzoek deelnemende patiënten. Vanwege het risico op 'besmetting' van de gebruikelijke zorg met ISPB-elementen, werd de controlegroep voor het onderzoek gerekruteerd in een ander team.¹⁵

De start van het werken met deze methode werd ondersteund door een helpdeskfunctie (per mail en telefoon), een tweewekelijkse bijeenkomst van dertig minuten voor praktische vragen en kwesties, en een tweewekelijkse supervisie van een uur voor inhoudelijke vragen en kwesties. Doel van de supervisie was om het team inhoudelijk te ondersteunen bij het toepassen van de methode.

De totale looptijd van het implementatietraject bedroeg twintig maanden, waarvan zes maanden bestonden uit implementatie en wetenschappelijk onderzoek en de volgende veertien maanden uit bestendinging en supervisie/intervisie. Tijdens de eerste zes maanden bereidden twee teamleden voor iedere supervisiebijeenkomst een casus voor, vooraf aangeleverd in een vast (door één van de teamleden aangedragen) format. Het verloop van de bijeenkomsten volgde ik als onderzoeker door middel van het analyseren van deze 'inbrengformulieren', notulen, audio-opnames en enkele evaluatieve vragen aan het einde van het onderzoek, na zes maanden.

In het tweede deel, dus in de resterende veertien maanden, werd de supervisie geleidelijk omgevormd in interventie – niet meer iedere twee maar iedere vier weken. Het halfuurtje voor praktische vragen en de helpdeskfunctie vervielen, vooral omdat van beide nauwelijks gebruik werd ge-

1 *Formulier inbreng supervisie*

Inbreng voor de interventie van

Feitelijke situatie:

Wat wilde ik?

Wat deed ik?

Wat nam ik waar?

Watervaarde ik?

Wat dacht ik?

Welke sterke en zwakke punten zie ik?

Wat is mijn vraag voor interventie

en wat wil ik ermee doen?

Op welke manier wil ik deze inbreng in de interventie bespreken?

- Vooral gericht op mijn persoonlijke achtergronden en drijfveren
- Vooral gericht op de praktische aanpak, aan de hand van ISPB

maakt. Er vonden dus maandelijkse interventiebijeenkomsten plaats, de notulen en audio-opnames vervielen, maar wel werd bij afsluiting een enquête afgenomen en een afsluitende evaluatie op band opgenomen.

Casuïstiek: 'Doe ik wel genoeg?'

Gedurende de zes maanden looptijd van het ISPB-onderzoek werden circa 25 casussen besproken. Steeds vulde de inbrenger het formulier van acht vragen (kader 1) en stuurde dit vooraf per mail rond. In de bijeenkomst leidde de inbrenger de casus en de vraag aan het team nog even kort in, waarna anderen konden reageren. De voorzitter, de onderzoeker/auteur, nam daarbij vooral een technisch voorzittende rol aan: hij vroeg om verduidelijking bij vage vragen of opmerkingen, kwam terug op vragen die nog niet beantwoord waren en stond stil bij het verloop van de interactie tussen teamleden als dat nodig was.

Meestal stond de vraag 'moet ik ingrijpen in deze situatie, of niet?' centraal. Als cliënten over wie het ging kinderen hadden, was deze vraag beladener en lastiger te beantwoorden. Een andere

vraag luidde vaak: ‘doe ik niet te veel voor deze patiënt, waardoor hij/zij nodeloos afhankelijk wordt?’ Beide vragen zijn varianten van de vraag hoeveel zorg noodzakelijk is en hoeveel verantwoordelijkheid en autonomie de patiënt zelf kan nemen. In kader 2 staat een – geanonimiseerd – voorbeeld van een casus, het dilemma en de bijpassende vraag.

In de supervisie werd dan meestal besproken welke kansen en bedreigingen er waren in die situatie en hoe andere teamleden deze zouden wegen. Een andere vraag die vaak aan de orde kwam, luidde: ‘hoe krijg ik deze cliënt in beweging?’ In die situatie werd het fasenmodel van ISPB gebruikt, dat op een geplastificeerd A1-vel bij iedere bijeenkomst werd opgehangen: In fase 1 (contactfase) staat de vraag centraal hoe cliënt en professional met elkaar willen omgaan, in fase 2 (doelfase) waaraan ze samen willen werken, en in fase 3 (werkfase) het daadwerkelijk werken hieraan. In de supervisie werd dan uitgezocht in welke fase het contact zich bevond, waarbij de uitkomst vaak was dat de professional al in de werkfase was maar de cliënt nog niet – waardoor de frustraties over het uitblijven van acties door de patiënt snel oplopen bij de professional.

Supervisie: persoonlijk of methodisch?

Al snel na de start bleken de verwachtingen over de supervisie uiteen te lopen. De onderzoeker (en auteur van dit artikel) zag de supervisie vooral als een middel om de methode verder toe te lichten en moeilijke interacties te benaderen vanuit de ontwikkelde technieken. Enkele teamleden zagen de supervisie ook min of meer zo, hoewel minder gefocust op de methode en meer op de situatie. En dan waren er teamleden die de supervisie wilden gebruiken om de persoonlijke drijfveren van professionals in lastige interacties met patiënten boven tafel te krijgen en te bespreken. Die laatste groep zag de ISPB-methodiek niet zozeer als inhoudelijke ondersteuning maar als het zoeken naar praktische oplossingen – waarmee de supervisie te veel ging lijken op een behandelplanbespreking die moet leiden tot concrete conclusies en acties.

Deze uiteenlopende verwachtingen sloten aan bij mijn soms onduidelijke dubbele rol als voor-

2 Voorbeeld casuïstiek

Inbreng op papier

Cliënte wordt al langere tijd begeleid. Eerst bij haar ouders thuis en nu in een private beschermende woonvorm. Vanwege de aanvankelijk agressieve ontremmingen en geringe compliance kozen SPV en psychiaters voor een strenger beleid. Dit heeft geleid tot betere afspraken, heldere doelen en een volwassener gedrag bij cliënte. Stok achter de deur voor haar is een dreigende ISD-maatregel [strafrechtelijke maatregel voor verslaafde veelplegers, BK].

Vraag inbrenger

Is deze drangconstructie verantwoord? Wordt ze daardoor niet te veel beknot en moeten we haar niet méér loslaten, waardoor ze door schade en schande leert?

Bespreking

Deze drangbenadering blijkt goed effect te hebben. Cliënte blijkt de duidelijkheid daarvan als plezierig te ervaren. Ze werkt mee. Er is daarmee veel bereikt. De behandeling klinkt doeltreffend. Waarom zou daarover onzekerheid moeten ontstaan?

Respons inbrenger

We zijn wel erg bepalend in haar leven. Moet ze niet vrijer gelaten worden?

zitter: zowel procesbewaker als inhoudelijk deskundige. Op de momenten dat ik als inhoudelijk deskundige elementen uit ISPB benoemde als mogelijk helpend in een lastige situatie, gebeurden twee dingen: het uitvoeren van mijn rol van technisch voorzitter werd lastiger, en inhoudelijke ‘oplossingen’ gingen het gesprek overheersen. Interactioneel gezien plaatste ik mij daarmee in de rol van inhoudelijk deskundige over de methode terwijl het team, in ieder geval deels, de wens had om over persoonlijke overwegingen te praten.

Deze spagaat zorgde soms voor lastige situaties waarbij casuïstiek soms wel en soms niet bevredigend werd besproken. In ieder geval is het de vraag

of het doel, namelijk het leren werken met de methodiek, op deze wijze is gehaald.

In de evaluatie kort na afloop van het ISPB-onderzoek, dus na zes maanden, gaven de teamleden aan de supervisie behulpzaam te vinden in het werken met ISPB en 'moeilijke' patiënten (gemiddelde score 8,1 op een schaal van 1-10, met een standaarddeviatie van 0,4). Ook gaven ze zichzelf een ruime voldoende (6,6, standaarddeviatie 2,5) maar zeiden daarbij dat deze direct na de training hoger was dan zes maanden later.

Intervisie: steeds minder methode

Na afloop van het onderzoek was duidelijk dat zowel het team, het management als ik als onderzoeker de supervisie wilde voortzetten, hoewel in een lagere frequentie, eenmaal per vier in plaats van twee weken, en in een andere samenstelling. Ondertussen waren psychiatrische thuiszorgverpleegkundigen en een gz-psychologe toegevoegd aan het team. Deze verandering van context gaf ook de mogelijkheid om een ander soort bijeenkomst te overwegen. Het management had een duidelijk doel met de supervisie: na afloop ervan zou het team in staat moeten zijn zelfstandig intervisie uit te voeren. Gezien de potentie in het team leek dit zeker mogelijk, maar dan moest de supervisor/voorzitter wel een andere rol gaan innemen.

Daarom werd overeengekomen dat de supervisie zou overgaan in intervisie, er per bijeenkomst een wisselende voorzitter (altijd een teamlid) zou zijn, en dat de supervisor zich alleen zou profileren als inhoudelijk deskundige over de methode en aan het einde van iedere bijeenkomst de evaluatie van de bijeenkomst zou leiden. Doel van deze intervisie was om het team te begeleiden naar het effectief uitvoeren van intervisie zonder een externe intervisor/supervisor. Inhoudelijk werd geen doel overeengekomen, dit in tegenstelling tot de eerste periode waarin ondersteuning bij de ISPB-uitvoering was.

In deze vorm werden circa twintig casussen besproken die inhoudelijk weinig verschilden van die in de eerste fase. Wel lag er minder nadruk op de ISPB-methode. Zo werd de poster met een korte weergave van de methode (zonder dat dit zo was besloten) niet meer standaard meegenomen door de teamleden op wier kamer deze stond. Boven-

dien werden, volgens afspraak, nu ook patiënten besproken die niet hadden deelgenomen aan het onderzoek. Vanzelfsprekend verschilde de voorzittersstijl per teamlid, waardoor het karakter van de bijeenkomsten sterk uiteen liep. In deze fase drukte de voorzitter een minder groot stempel op het proces, waardoor de supervisie inderdaad meer intervisie werd.

In de evaluatie na afloop van deze tweede fase (van veertien maanden) bleek de beleving van de intervisie sterk uiteen te lopen tussen de teamleden. Op de vraag hoe de verhouding lag tussen een op de persoon gerichte 'intervisie' en een op de methode gerichte 'werkbegeleiding' antwoordde één teamlid dat het erg persoonlijk was (90% persoonlijk, 10% methode) en een ander teamlid precies andersom. Gemiddeld vonden de teamleden de verhouding liggen op 58% persoonlijke inbreng en 42% methodische inbreng.

De bruikbaarheid van de intervisie voor de patiëntengroep en ISPB bleek echter behoorlijk gedaald (van 8,1 naar 6,0). Ook de zelfgescoorde ISPB-getrouwheid daalde (van 6,6 naar 5,3). Het ging dan vooral om het minder trouw stil staan bij de fase-ring en het per gesprek minder gebruiken van de vaste onderdelen (zoals agenda en feedback aan het eind). Lagere scores en kritische opmerkingen waren er vooral van mensen met meer supervisie-ervaring: zij vonden de teamleden te voorzichtig en de inbreng van de inhoudelijk deskundige en sturing van de supervisor te gering. Geconcludeerd werd dat in het vervolg een vaste voorzitter noodzakelijk was om meer continuïteit en diepgang te bereiken, in ieder geval voor een periode van zes maanden.

Uitvoering verwatert

Dit artikel begon met een uiteenzetting over de lastige borging van behandelmethodes in de dagelijkse ggz-praktijk. In het hier beschreven traject van supervisie en later intervisie, streefde ik ernaar om professionals vaardiger te maken in de uitvoering van een specifieke methode: Interpersoonlijke Sociaal Psychiatrische Begeleiding (ISPB).

Op basis van de zelfbeoordeling van *treatment integrity* door de teamleden kan ik zeggen dat dit doel niet gehaald is. Na afloop van het onderzoek vonden professionals zichzelf al minder volgens

de ISPB-methodiek werken dan direct na de training. In de daaropvolgende periode verwaterde de getrouwheid bovendien sterk: een afname van ruim voldoende (6,6) naar onvoldoende (5,3). Behalve deze beperkte kwantitatieve data, laten ook de kwalitatieve data – de gespreksopnames – zien dat er in de loop der tijd steeds minder over ISPB als methode en steeds algemener over lastige casuïstiek werd gesproken. Ik als onderzoeker was daarmee minder tevreden dan het team, dat het onder andere als een manier zag om elkaar beter te leren kennen en lastige patiëntsituaties met elkaar te delen.

Ondanks de tevredenheid van het team, die een beetje lijkt op de tevredenheid van patiënten met

De basis van werkbegeleiding is aandacht voor de methode

een ‘goed gesprek’, moeten we concluderen dat deze wijze van supervisie/intervisie niet effectief is in het borgen van een methode als ISPB. Hoewel ook andere factoren waarschijnlijk hebben bijgedragen aan de verminderde *treatment integrity*, zoals een andere teamsamenstelling en het niet meer verplicht hoeven invullen van een ISPB-rapportageformulier na ieder cliëntencontact, lijkt toch ook de supervisie daar debet aan.

Rolverwaring

De rol van zowel de supervisie als de supervisor was niet altijd even duidelijk. Dit is een punt van aandacht in dit gehele onderzoekstraject waarin ik zowel ontwikkelaar, onderzoeker als supervisor was. Vooral in het empirische onderzoeksdeel werden daarvoor preventieve maatregelen getroffen: uitkomstdata werden grotendeels verzameld door anderen, kwalitatieve interviews werden door een volledige buitenstaander afgenomen en uitkomsten werden kritisch besproken met twee senior-onderzoekers die niet direct betrokken waren bij mijn promotietraject. Hoewel het combineren van veel rollen niet ongebruikelijk is bij (de start van) in de praktijk gewortelde ontwikkeltrajecten, vraagt het de nodige reflectie en afstand van de

onderzoeker en diens begeleidingsteam om objectief te zijn en te blijven.

Het grootste probleem was dat in het hier beschreven supervisietraject de agenda van mij als supervisor/onderzoeker niet volledig overeenkwam met die van (een deel van) het team. Voor een goede evaluatie van ISPB was het voor mij als onderzoeker van belang om het in de supervisie zo veel mogelijk over de methode te hebben, maar dat was geen vanzelfsprekendheid voor iedereen. Het was beter geweest om, zoals ook oorspronkelijk gepland maar vanwege financiële en logistieke beperkingen niet zo uitgevoerd, de supervisie door een derde te laten doen, of desnoods samen.

Aanbevelingen voor implementatie

In de psychiatrische verpleegkunde is relatief weinig ervaring met dit soort ontwikkel- en implementatietrajecten. Ik beschouw het daarom als een leerzame exercitie die mij bij een aantal aanbevelingen brengt:

- ▶ De term supervisie wekt bij professionals uiteenlopende verwachtingen en kan daarom beter vervangen worden door de term (methodische) werkbegeleiding.
- ▶ De basis van deze werkbegeleiding moet aandacht voor de methode zijn: wanneer aandacht voor de patiënt of professional de basis vormt, verwatert de methode snel.
- ▶ Dit wil niet zeggen dat er in deze werkbegeleiding geen aandacht kan, mag of moet zijn voor de persoon van de professional – het vertrekpunt is echter de oplossingen die de methode biedt in lastige situaties met patiënten.
- ▶ De voorzitter van de werkbegeleiding moet de rol van inhoudelijk deskundige krachtig naar zich toe trekken – daarvoor is hij of zij juist ingehuurd – en niet pogen om tegenstrijdige rollen te verenigen.
- ▶ Het is belangrijk dat de voorzitter niet te veel rollen, waaronder die van onderzoeker, hoeft te verenigen.
- ▶ In teams waarin naast de noodzaak van methodische werkbegeleiding sterke behoefte is aan een persoonsgerichte supervisie/intervisie, is het verstandig deze naast de werkbegeleiding te bieden.

Literatuur

- 1 Perepletchikova F, Kazdin AE. Treatment Integrity and Therapeutic Change: Issues and Research Recommendations. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2005; 12: 365-383.
- 2 McGrew JH, Bond GR, Dietzen L, Salyers M. Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994; 62: 670-678.
- 3 Vugt MD van, Kroon H, Delespaul PA, et al. Assertive community treatment in the Netherlands: outcome and model fidelity. *Canadian Journal of Psychiatry* 2011; 56: 154-60.
- 4 Rønnestada MH, Ladany N. The impact of psychotherapy training: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research* 2006; 16: 261-267.
- 5 Teague GB, Bond GR, Drake RE. Program fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry* 1998; 68: 216-232.
- 6 Monroe-DeVita M, Teague GB, Moser LL. The TMACT: A new tool for measuring fidelity to assertive community treatment. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 2011; 17: 17-29.
- 7 Giesen-Bloo J, Dyck R van, Spinhoven P, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder; randomized trial of schema-focused therapy vs transference focused therapy. *Archives of General Psychiatry* 2006; 63: 649-658
- 8 Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry* 2006; 63: 757-766.
- 9 Bateman A, Fonagy, P. Randomized controlled trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment versus Structured Clinical Management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 2009; 166: 1355-1364.
- 10 Hogarty GE, Flesher S, Ulrich R, et al. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia. Effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior. *Archives of General Psychiatry* 2004; 61: 866-876.
- 11 Koekkoek B, Meijel B van, Schene A, Hutschemaekers G. Development of an intervention program to increase effective behaviours by patient and clinicians in psychiatric services: Intervention Mapping study. *BMC Health Services Research* 2010; 10: 293.
- 12 Dawson D, MacMillan HL. Relationship management of the borderline patient: from understanding to treatment. New York: Brunner/Mazel; 1993.
- 13 Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. New York: Guilford Press; 2002.
- 14 Berg IK, Dolan Y. De praktijk van oplossen. Lisse: Swets & Zeitlinger; 2002.
- 15 Koekkoek B, Meijel B van, Schene A, et al. Interpersonal Community Psychiatric Treatment for non-psychotic chronic patients and nurses in outpatient mental health care: A controlled pilot study on feasibility and effects. *International Journal of Nursing Studies* 2011; DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.11.003.
- 16 Koekkoek B. *Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding. Methodisch werken met ernstige problematiek*. Houten: BSL; 2011.

Samenvatting

Steeds weer blijkt het voor ggz-professionals lastig om evidence-based behandelingen modelgetrouw uit te voeren. Dit geldt zeker bij meer complexe interventies voor patiënten met meervoudige problematiek, vooral wanneer deze worden uitgevoerd onder 'gewone', niet-academische, omstandigheden. Dit artikel beschrijft ervaringen met supervisie bij de implementatie van Interpersoonlijke Sociaal Psychiatrische Begeleiding (ISPB), een begeleidingsmethode voor patiënten met langdurige niet-psychotische problematiek in sociaal-psychiatrische settings. Deze deels op de methode en deels op de professional gerichte supervisievorm levert op enkele terreinen positieve ervaringen op, maar niet op het terrein van de modelgetrouwe uitvoering van ISPB.

Dr. B. Koekkoek (1973) is verpleegkundige en epidemioloog, en promoveerde in 2011 in de sociale wetenschappen op een studie naar 'moeilijke' patiënten in sociaal-psychiatrische begeleiding. Over de in dat onderzoek ontwikkelde begeleidingsmethode, ISPB, verscheen eind 2011 een handboek. Koekkoek publiceert regelmatig over o.a. sociaal-psychiatrisch begeleiding in dit tijdschrift en andere (internationale) tijdschriften.
bauke.koekkoek@han.nl