

Marinus Spreen
Lector Social Work and
Arts Therapies



3 juni 2009, 15.00 uur
Stenden hogeschool



Stenden
hogeschool

Marinus Spreen
Lector Social Work and
Arts Therapies



Hooggeachte leden van het College van Bestuur,
Beste lectoren van Stenden hogeschool,
Beste Dean van de opleiding SPH en CT,
Beste collega's van de opleiding SPH en CT,
Beste dames en heren,

Inleiding

In deze lectorale rede schets ik u de contouren van het onderzoeksprogramma van het lectoraat Social Work & Arts Therapies, zoals ik dit in de komende vier jaar hoop te realiseren. Dit onderzoeksprogramma is van en staat in dienst van de opleidingen Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH) en Creatieve Therapie (CT) en betreft alle docenten bij het begeleiden van of het zelf verrichten van onderzoek op hun inhoudelijke vakgebieden. Ik ga het voornamelijk hebben over de methode van onderzoek dat onder dit programma ligt. In deze rede gebruik ik de woorden zorgverlener en behandelaar door elkaar. Beide termen refereren aan het beroep van SPH-er of Creatief Therapeut.

De methode van onderzoek die onder het programma ligt, is een N=1 benadering van onderzoek bedrijven in de zorgverlening. In deze N=1 benadering wordt een zorgafnemer, hierna afwisselend in de tekst cliënt of patiënt genoemd, door een bepaald aantal personen uit zijn netwerk systematisch geobserveerd op een aantal relevant geachte aspecten. Het netwerk van observatoren is afhankelijk van de context. Bij een schoolgaand kind met problemen kunnen het de ouders, de leerkracht en de schoolmaatschappelijk werker zijn. Voor het toetsen van het effect van een gedragstherapie op een patiënt kan het netwerk van observatoren bijvoorbeeld bestaan uit familie, vrienden en eventueel professionele hulpverleners. In een intramurale context zoals in een forensisch jeugdkliniek of tbs-kliniek kan het behandelteam als observatoren optreden in het kader van de behandelbeoordeling.

Een N=1 studie bestaat bijvoorbeeld uit een eenmalige observatie door een team observatoren. Een aantal professionals observeren bijvoorbeeld een kind gedurende een creatieve therapie om de mate van concentratie vast te stellen in het kader van een ADHD of PDD NOS diagnose. Een andere opzet van een N=1 studie is dat een groep observatoren een cliënt meerdere keren systematisch observeren om het effect van een zorginterventie te evalueren. Bijvoorbeeld een jeugdige drugsverslaafde die een leefstijltraining krijgt of een scholier die in de Rebound weer op het goede onderwijspad wordt gezet. In deze lectorale rede concentreer ik mij voornamelijk op de mogelijkheden van N=1 interventiestudies in de zorgverlening en bij onze opleidingen.

Mijn rede is in drie delen verdeeld. In het eerste deel ga ik u vertellen waarom de N=1 benadering mijns inziens een natuurlijke bondgenoot is voor de dagelijkse praktijk van een Sociaal Pedagogisch Hulpverlener of Creatief Therapeut. In deel twee licht ik enige fundamentele aspecten van een N=1 interventie design toe, zoals die oorspronkelijk ontwikkeld is in FPC dr. S. van Mesdag te Groningen. Ik leg dit statistisch georiënteerde deel zo eenvoudig mogelijk uit aan de hand van een hypothetisch voorbeeld. In het derde deel van mijn rede schets ik u de implicaties van de toepassing van een N=1 benadering voor het beroep Hulpverlener (SPH en CT), en ook geef ik een schets van de beoogde onderzoeksinfrastructuur die nodig is voor het 'academiseren' van beide opleidingen.

Waarom een N=1 benadering?

De essentie van een hulpverleningsrelatie bespreek ik eerst vanuit het oogpunt van de cliënt. Hiervoor heb ik twee gedichten geselecteerd van Jan Arends. Dit was een dichter, schrijver en psychiatrisch patiënt die leefde van 1925 tot 1974. Hij bracht zeker zeven jaren van zijn leven door in klinieken voor zijn alcoholverslaving en voor zijn onrustige geest. In het eerste gedicht¹ bespreekt hij het effect van een levensgeschiedenis vol hulpverlening op een zeer sobere maar toch beeldende wijze:

*Ik ben
een boom.*

*Van groei
af aan
ben ik
van blad
tot blad
bekeken.*

*Toen
heeft iemand
een luis
ontdekt
op een
van mijn bladeren.*

*Nu word
ik omgehakt.*

¹ *Lunchpauzegedichten*, Jan Arends, Amsterdam, De Bezige Bij, 1974.

Ter achtergrondinformatie, op de dag dat voorgaand gedicht uitkwam, sprong de dichter uit het raam. Het tweede gedicht² gaat over zijn functioneren als psychiatrische patiënt in een inrichting:

*Ik leef
uit de hand
van een geleerde.*

*Hij
is van wit
en hij denkt blauw.*

*Aan zijn verstand
ontleen ik
mijn wangedrag.*

*Hij weet
wie ik ben.*

*Hij is
het oordeel
van mijn daden.*

*Ik doe gek
op zijn bevel.*

*Hij
is de geleerde.*

*Hij weet
hoe goed
het voor mij is
om gek te zijn.*

Wat in beide gedichten belangrijk is, is dat de cliënt zich geobserveerd voelt en dat de professional hem 'vertelt' wat het probleem is en wat hij moet doen. In principe, vat Jan Arends de essentie van een hulpverleningsrelatie samen, namelijk een cliënt heeft een probleem en deze legt hij in handen van een professionele hulpverlener. De hulpverlener stelt vervolgens een diagnose van het probleem en op basis van de gestelde diagnose pleegt de hulpverlener een interventie. Voordat

² *Nagelaten gedichten*, Jan Arends, Amsterdam, De Bezige Bij, 1975.

ik de essentie van een hulpverleningsrelatie verder uitwerk, wil ik eerst ingaan op een recente ontwikkeling in het domein van de geestelijke gezondheidszorg en welzijn.

Tegenwoordig is er in de geestelijke gezondheidszorg en welzijn een ontwikkeling gaande om behandelingen te organiseren aan de hand van zorgprogramma's voor een aantal beschreven doelgroepen. Deze ontwikkeling komt deels voort uit het verlangen van zorgverzekeraars om te achterhalen of hun geld effectief besteed wordt. Er is echter ook het verlangen van de zorgprofessional en de cliënten om te weten welke behandeling voor welke diagnose effectief is. Het zorgprogramma geeft richtlijnen voor 'wat werkt bij wie'.³ Gedragswetenschappers noemen deze behandelingen evidence-based. Een behandeling is evidence-based als in een aantal wetenschappelijk opgezette studies, liefst met Randomised Clinical Trials (RCT's), is aangetoond dat de groep cliënten die een eenduidig omschreven behandeling hebben ondergaan 'statistisch' beter af zijn dan de groep cliënten die deze behandeling niet gehad hebben. RCT's komen oorspronkelijk uit de medische wetenschappen om causale relaties te kunnen onderzoeken tussen medicijnen en gedrag. In een RCT in een zorgverleningssetting wordt een cliënt aselekt toebedeeld aan een groep die een interventie krijgt of aan een groep die geen interventie krijgt. Een bekend probleem dat een hulpverlener in zijn dagelijkse praktijk ondervindt is dat deze wetenschappelijk gevonden resultaten niet 1-2-3 te vertalen zijn naar het individuele geval van de cliënt die ze helpen of behandelen. Dit komt mede omdat resultaten vaak gevonden worden onder streng gecontroleerde onderzoekscondities waar de dagelijkse praktijk zelden aan voldoet. Echter het grootste probleem is dat in een RCT twee groepen met elkaar vergeleken worden middels een statistische vergelijking tussen groepsgemiddelden. In onderstaand hypothetisch voorbeeld staat als gedachte-experiment een gefingeerde uitkomst van een RCT studie. Stel bijvoorbeeld dat op een school de ene klas een assertiviteitstraining krijgt en een andere niet. Alle kinderen hebben een lijst van 10 dichotome items (ja/nee vragen) ingevuld waarin de hoogte van somscore de mate van zelfvertrouwen aangeeft. Een score van 0 is dus totaal geen zelfvertrouwen, een score van 10 een maximaal zelfvertrouwen.

³ *Mogelijkheden voor therapie-effectonderzoek in de tbs-sector: komen tot een evidence base onder zorgprogramma's*, Edwin de Beurs & Marko Barendregt, WODC, Ministerie van Justitie, 2008.

	Tijdstip 1	Tijdstip 2
Interventiegroep		
Wiebe	3	6
Jelmer	4	3
Gineke	3	7
Sonja	4	4
groepsgemiddelde	3,5	5
Controlegroep		
Buum	3	5
Theo	4	2
Petra	3	5
Rinke	4	2
groepsgemiddelde	3,5	3,5

Uit de tabel is af te lezen dat voorafgaand aan de interventie (T1) beide groepen dezelfde gemiddelde scores hebben, namelijk 3,5. Met andere woorden alle scholieren hebben vooraf aan de interventie ongeveer dezelfde mate van zelfvertrouwen. Na de assertiviteitstraining blijkt dat het gemiddelde zelfvertrouwen van de interventiegroep met 1,5 punt gestegen is terwijl de mate van zelfvertrouwen voor scholieren die geen training hebben gehad gemiddeld gelijk gebleven is. Je zou kunnen stellen dat de interventie geholpen heeft.⁴

Stel dat we nu op persoonsniveau gaan kijken wie er baat hebben gehad bij de training. Bij een nadere inspectie van de tabel blijkt dat van de interventiegroep Wiebe en Gineke echt baat gehad hebben bij de training maar dat de andere twee scholieren (Jelmer en Sonja) een gelijke mate van zelfvertrouwen of zelfs een lichte achteruitgang hebben getoond. Hetzelfde geldt voor de scholieren die geen training hebben gehad; Buum en Petra hebben meer zelfvertrouwen, Theo en Rinke minder. Wat ik met dit gedachte-experiment wil illustreren is dat significante effecten op groepsniveau niet betekenen dat deze effecten standaard gelden voor iedereen die voldoet aan de indicatiestelling.

⁴ In een voldoende groot experiment kan een verschil van 1,5 een significant effect aanduiden.



Wat betekent het bovenstaande gedachte-experiment nu voor een hulpverleningsrelatie? De gedachte achter het evidence-based behandelen is dat een hulpverlener na het stellen van een diagnose die interventie toepast die als effectief bewezen is op groepsniveau. Zoals uit het voorbeeld blijkt, hoeft dit niet altijd effectief te zijn voor het individuele geval. Een impliciete gedachte achter het evidence-based behandelen is dat de hulpverlener niet hoeft te evalueren of de toegepaste interventie effectief is voor de cliënt want dit is immers bewezen op groepsniveau. Gezien de gesignaleerde tekortkomingen van het evidence-based behandelen, stel ik voor dat de behandelaar standaard probeert te meten wat het effect van zijn handelen is op een specifieke cliënt. Ook als deze geïndiceerd is voor een erkende therapie of interventie. Kortom, in een behandelrelatie dient een behandelaar standaard zijn/haar handelen te toetsen. Dit dient natuurlijk te gebeuren op een zo wetenschappelijk verantwoord mogelijke manier. In de volgende paragraaf bespreek ik welke 'tools' een behandelaar nodig heeft om een specifieke situatie voor zijn cliënt op een verantwoorde manier te kunnen evalueren.

N=1 methode

Historisch gezien heeft de intensieve studie naar het individu een prominente plaats gehad in de wetenschapsdomeinen psychologie en psychiatrie.⁵ In de negentiende eeuw werden voornamelijk fysiologische ontdekkingen gedaan met een grote mate van generalisatie. Een voorbeeld is het werk van Paul Broca in 1861. Via een autopsie bij een cliënt met een spraakgebrek, vond hij bijvoorbeeld het spraakcentrum in de hersenen. Dit soort onderzoek overtuigde de wetenschap lange tijd dat belangrijke ontdekkingen via N=1 studies gedaan konden worden. Echter, fysieke of biologische eigenschappen zijn makkelijker via één subject te generaliseren dan sociaal-emotioneel gedrag. Bijvoorbeeld als gips helpt bij een gebroken been bij de ene persoon dan zal dit ook op ongeveer dezelfde wijze helpen bij een ander persoon met een gebroken been. Gedragpatronen zijn echter veel moeilijker te generaliseren vanuit het gedrag van één persoon. De ene persoon reageert nu eenmaal anders op bijvoorbeeld een compliment dan een andere. In het begin van de twintigste eeuw werd als gevolg van het onvermogen tot generalisatie van gedrag binnen één persoon de kwantitatieve statistiek ontwikkeld. Hierdoor veranderde de focus van wetenschappelijk onderzoek van individuen naar groepen. De gedragswetenschappen begonnen een fundamentele zoektocht naar gemiddeld gedrag of kenmerken van een persoon. Deze manier van onderzoek doen, namelijk zoeken naar groepsverschillen om gemiddelde personen te onderscheiden, is heden de main stream in de universitaire gemeenschap. Zo wordt de RCT als de meest

⁵ *Single Case Experimental Designs. Strategies for studying behavior change.* David H. Barlow, Matthew K. Nock & Michek Hersen, 3-rd ed. Pearson Education, Inc, Boston, 2009.

wetenschappelijke methode gezien voor effectstudies. Niettemin heeft de N=1 methodologie zich verder ontwikkeld. Deze werd echter sterk beïnvloed door de fysieke wetenschappen: de zorgverlener dient veel herhaalde metingen van één individu te hebben (bijvoorbeeld dagelijkse metingen) om de ontwikkelde statistische technieken toe te passen.⁶ In de praktijk van de hulpverlening zijn dagelijkse metingen niet werkbaar. Daarom is er door de afdeling Onderzoek van FPC dr. S. van Mesdag een basis N=1 interventie design ontwikkeld die het mogelijk maakt om op een academisch verantwoorde wijze de voortgang van een behandeling te evalueren.⁷

De in de Mesdag ontwikkelde methode gaat uit van een intramurale setting, met enkele aanpassingen is deze werkwijze ook zeer geschikt voor het werkterrein van SPH-ers en Creatief Therapeuten. De basis van deze werkwijze is dat het netwerk van een cliënt gebruikt wordt om een interventie te toetsen. De basiswerkwijze van deze N=1 interventie methodiek gaat uit van de volgende stappen:

1. De behandelaar stelt de problematiek van de cliënt vast (diagnose).
2. De behandelaar beslist op basis van de gestelde problematiek welke hypothese en interventie hij gaat toetsen.
3. De behandelaar kiest met welk instrument hij dit gaat meten en met welke personen uit het netwerk van de cliënt hij dit instrument gaat invullen.
4. De netwerkleiden vullen voor de daadwerkelijke interventieperiode onafhankelijk van elkaar de lijst in.
5. De netwerkleiden vullen na de interventieperiode opnieuw onafhankelijk van elkaar de lijst in.
6. De behandelaar beslist vervolgens op grond van de resultaten of de interventie succesvol is geweest.

Een voorbeeld maakt de werkwijze inzichtelijk. Stel dat Gineke uit het gedachte-experiment meedoet aan een N=1 studie en dat twee leraren en beide ouders gevraagd worden om de mate van zelfvertrouwen met hetzelfde lijstje van 10 items in te vullen (dus de somscores liggen tussen 0 en 10). Ze vullen dit lijstje in voordat de training wordt gegeven (tijdstip 1) en een maand nadat de training is afgelopen (tijdstip 2). In de tabel op de volgende pagina staan de scores.

⁶ Bijvoorbeeld het time series design en de equivalente time series design.

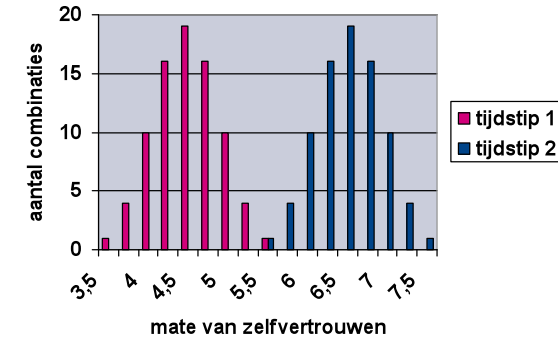
⁷ *Forensic clinical N=1 decision theory: some first steps*, Marinus Spreen, Marieke Timmerman, Paul Ter Horst & Erwin Schuringa, accepted by Journal of Forensic Psychology Practice, 2010.



	Tijdstip 1	Tijdstip 2
vader	4	6
moeder	4	7
leraar 1	5	7
leraar 2	5	6
gemiddelde observatiescore	4,5	6,5

Alle observatoren zeggen dus dat Gineke meer zelfvertrouwen heeft gekregen door de training. Op welke wijze is de gestelde hypothese statistisch te toetsen? Dit kan op vele manieren, maar in deze rede beperk ik mij tot de methode zoals ontwikkeld door Erwin Schuringa⁸ en mijzelf. Zoals in de psychometrie gebruikelijk is gaan we ervan uit dat het meten van concepten niet foutloos gebeurt. In deze benadering gaan we ervan uit dat de vier observatoren met een bepaalde onzekerheid of wel meetfout hun scores geven. We stellen deze zogenaamde individuele meetfout standaard op 1 rond de gegeven score. Dat betekent bijvoorbeeld voor de vader dat zijn score 4 met een even grote waarschijnlijkheid ook een 3 of een 5 had kunnen zijn. Voor leraar 1 had dit 4 of 6 kunnen zijn. Om te toetsen of er vooruitgang is geboekt is er een test statistisch nodig; het gemiddelde van de observatoren is een voor de hand liggende parameter. Het gemiddelde van de observatoren op tijdstip 1 was 4,5. We kunnen nu alle mogelijke gemiddeldes van score combinaties tussen de vier netwerkleden uitrekenen. Stel bijvoorbeeld dat alle observatoren op T1 allemaal 1 meetfout onder hun gegeven scores zaten dan is het gemiddelde voor deze situatie 3,5 (namelijk vader en moeder geven dan een 3 en beide leraren een 4). Indien we al deze mogelijke scoringssituaties in een histogram zetten dan, kunnen we dit beschouwen als het gebied waarin het zelfvertrouwen van Gineke volgens de observatoren kan variëren. Indien we ervan uitgaan dat de training niets tot weinig veranderd heeft in het zelfvertrouwen van de leerling, dan zal het gemiddelde niet veel veranderen en dus ook niet de verdeling van tijdstip 1. De waarschijnlijkheid dat een situatie voorkomt op T1 dat de 4 observatoren een gemiddelde van 6,5 geven aan het zelfvertrouwen is slechts 0,012. Dit is een behoorlijke indicatie dat het zelfvertrouwen significant verbeterd is. In het histogram waarin ook de verdeling van T2 wordt getoond, zie je duidelijk dat er progressie is vertoond.

⁸ Erwin Schuringa is onderzoeker in FPC dr.S. van Mesdag en promoveert op N=1 designs voor behandelbeoordelingen in een tbs-behandeling.



De geschetste N=1 werkwijze staat nog in zijn kinderschoenen en is dan ook onderwerp van mijn eigen methodologisch onderzoek de komende lectoraatperiode. Ik wil bijvoorbeeld de individuele meetfout en simulatiestudies anders specificeren. Ik sluit deze rede af met de implicaties en ook de mogelijkheden die deze N=1 benadering biedt voor de opleidingen SPH en CT en de inbedding van onderzoek binnen Stenden.

Implicaties voor opleiding en kenniskring

In de studiegidsen van het studiejaar 2008-2009 van de opleidingen Sociaal Pedagogische Hulpverlening en Creatieve Therapie staat de volgende omschrijving van het lectoraat.

'Stenden hogeschool heeft een lector voor de opleidingen SPH en CT. Het lectoraat helpt de onderzoeksvaardigheden van docenten en studenten vergroten en levert zo een bijdrage aan de wetenschappelijke fundering van de beroepsopleidingen. Stenden hogeschool wil als internationale hogeschool met de aanstelling van een lector de verdere professionalisering van beide studierichtingen een krachtige stimulans geven. De lector begeleidt een kenniskring bestaande uit docenten SPH en CT en deskundigen uit het werkveld. De lector legt zich daarbij vooral toe op de vergroting van de kennis over organisatie en beleid van de gezondheidszorg, het bevorderen van wetenschappelijk onderzoek en de begeleiding van studenten en docenten. Het lectoraat draagt ertoe bij dat Stenden hogeschool hooggekwalificeerde beroepsbeoefenaren in de zorgverlening aflevert.'

Wat kan de zojuist beschreven N=1 benadering voor het functioneren van het lectoraat en de opleidingen betekenen? In de omschrijving staat dat het lectoraat in het leven geroepen is om onder andere de onderzoeksvaardigheden van docenten en studenten te vergroten. Waarom zijn onderzoeksvaardigheden eigenlijk zo belangrijk in een hbo-opleiding?

In de onderwijsvisie van Stenden hogeschool is het de verantwoordelijkheid van de opleiding de condities te realiseren, waarbinnen de student de gewenste beroeps- en studievvaardigheden kan ontwikkelen, zoals: reflecteren, leervragen formuleren, probleemoplossend handelen, informatie verwerven en verwerken, plannen, evalueren, samenwerken, communiceren en effectief studeren. Wat opvalt is, dat in de stappen van de N=1 benadering eigenlijk min of meer dezelfde vaardigheden voorkomen. Met een beetje fantasie zijn er de volgende overeenkomsten:

- Reflecteren heeft veel overeenkomst met het proces waarin de zorgverlener de problematiek van de cliënt vast probeert te stellen;
- Formuleren van leervragen is een hypothese formuleren;
- Probleemoplossend handelen is het plegen van een interventie;
- Verwerven en verwerken van informatie is gegevens verzamelen en analyseren;
- Plannen is het uitvoeren en de logistiek van de onderzoeksopzet;
- Evalueren is de interpretatie van de analyses;
- Samenwerken gebeurt met de cliënt en met de netwerkleden die beoordelen;
- Communiceren is het (schriftelijk) rapporteren en de terugkoppeling naar de cliënt;
- Effectief studeren is het bijhouden van vakliteratuur.

Met andere woorden de voorgestelde N=1 benadering van onderzoek komt min of meer overeen met de onderwijsvisie van Stenden. In een module 'casus studie', bij beide opleidingen, kunnen studenten en docenten bovenstaande onderzoeksvaardigheden oefenen en toetsen. Op dit idee kom ik later nog terug. Ik wil hier echter wel benadrukken dat de N=1 benadering het lectoraat niet ontslaat van zijn verplichting conventionele kwantitatieve onderzoeksvaardigheden van de docenten en studenten te vergroten. Tenslotte zijn deze kwantitatieve vaardigheden, zoals het uitvoeren van een T-toets voor gemiddelden, zeer nuttig in groepsonderzoek, maar ook in studies waarin een groot aantal N=1 studies worden samengevoegd tot één grote onderzoekspopulatie.

Onderzoek in een hbo-instelling dient in dienst te staan van de mensen die wij opleiden, namelijk onze studenten en de mensen die na hun opleiding als professional aan het werk zijn (onze afgestudeerden). Onze SPH en CT studenten komen waarschijnlijk allemaal hier studeren om als een soort superman of superwoman de problemen

van hun cliënt te lijf te gaan. Natuurlijk hebben ze kennis en vaardigheden nodig om hun toekomstige cliënten effectief te behandelen. Maar ook gereedschap om te bepalen of een behandeling effectief is geweest voor de specifieke situatie van een cliënt is van eminent belang, zowel voor de cliënt als voor de zorgverlener. Onderzoeksvaardigheden dienen standaard tot de gereedschapskist van de SPH-er of CT'er te behoren. Studenten oefenen met de geschetste N=1 benadering deze vaardigheden op een praktische manier.

Ik streef ernaar dat over een aantal jaren onze opleidingen in het land bekend staan als onderscheidend. Het Stenden predikaat staat garant voor een hooggekwalificeerde beroepsbeoefenaar met een 'onderzoeksblik'. Hiermee bedoel ik een nieuwsgierige beroepsbeoefenaar die het vanzelfsprekend vindt om zijn eigen werkpraktijk te onderzoeken en te innoveren. Deze basishouding kan hij alleen maar verwerven als hij uitgerust is met het juiste instrumentarium. In deze zin draagt de N=1 benadering bij aan de wetenschappelijke fundering van de beroepsopleidingen.

Dit is echter alleen mogelijk indien wij, en hiermee bedoel ik de lector, de Dean, de docenten en ook de studenten, met zijn allen bouwen aan een onderzoeksinfrastructuur. Onderzoek aan hogescholen gebeurt meestal door kenniskringen. In een recent artikel stelt Smeesters⁹ vast dat onderzoekers van kenniskringen gebruik maken van dezelfde kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden die aan universiteiten gangbaar zijn. Universitair onderzoek naar allerlei aspecten van zorgverlening kenmerkt zich door een zoektocht naar gemiddelden. Moeten wij dit op een hbo-instelling ook nastreven? Ja, maar op een Stenden manier. Ja, omdat gemiddelde resultaten nu eenmaal generaliseerbaar en bruikbaar zijn voor beleidsdoelinden, voor fundamentele kennisvermeerdering en -overdracht. De Stenden manier bestaat door allerlei inhoudelijke onderzoeksthema's te onderzoeken en door identieke N=1 studies samen te voegen tot een grote onderzoekspopulatie. Met de N=1 benadering, die overigens voldoet aan de kwaliteitscriteria zoals die in de academische wereld gangbaar zijn, ontstaat de volgende contour van een redelijk eenvoudig uitvoerbare onderzoeksinfrastructuur voor de opleidingen SPH en CT:

- De docenten van de opleidingen definiëren een aantal inhoudelijke thema's. Deze thema's kunnen ook in het kader van promotieonderzoeken gedefinieerd worden en door de jaren heen veranderen.
- De docenten verbinden zich aan een inhoudelijk thema.

⁹ *Onderzoek in en door de praktijk en practice based evidence in de lerende organisatie*, Henk Smeijsters, Th@ma,1-09, 4-12, 2009.



- De studenten voeren onder begeleiding van docenten N=1 studies uit op hun inhoudelijke thema. Deze studies kunnen plaatsvinden in het kader van hun Contract Werkstuk (CWS), de eerder voorgesteld casus module of een andere module.
- De docenten, promovendi (of eventueel studenten) analyseren de gestapelde N=1 studies van de studenten.
- De analyses resulteren in publicaties en voordrachten, zowel in- als extern.

In de onderzoeksinfrastructuur ga ik uit van de volgende assumpties:

1. Alle docenten doen mee aan dit systeem, ze begeleiden immers allemaal studenten.
2. Alle studenten doen in hun schoolcarrière minstens één N=1 studie in het kader van een onderzoeksthema.
3. Alle docenten zijn onderzoeker en dus ook lid van de kenniskring.

Over de eventuele inhoudelijke thema's weid ik niet uit; deze is afhankelijk van de input van de docenten.

Omdat ik reeds jaren in de forensisch psychiatrie werk, geef ik tot slot een schets op welke wijze bovenstaande onderzoeksinfrastructuur eventueel kan functioneren. In de tbs-sector werken maatschappelijk werkers in toenemende mate met de Forensisch Sociaal Netwerk Analyse (FSNA). Met deze methode wordt de rol van het netwerk van een cliënt bestudeerd in het kader van risicomanagement of diagnostiek. Een FSNA bestaat uit een interview met de cliënt, interviews met netwerkleden, een analyse doen, een rapport schrijven en dit terugkoppelen aan cliënt en behandelaar. In principe zitten in een FSNA afname alle onderzoeks-vaardigheden en beroepsvaardigheden zoals een SPH-er dient te verwerven. Door de werkdruk in de tbs-klinieken bestaan erop dit moment lange wachtlijsten van FSNA's. Het zou een win-win situatie zijn, als bijvoorbeeld SPH-studenten FSNA's als N=1 studie voor hun opleiding kunnen doen in het kader van een inhoudelijk thema en dat een Forensisch Psychiatrisch Centrum daardoor hun FSNA afname's kunnen waarborgen. Hetzelfde win-win principe kan gelden voor individuele (voortgangs)verslagen in patiëntvolgsystemen in de forensische psychiatrie, onderwijs, jeugd-instellingen, en dergelijke.

De komende vier jaar ga ik onder andere gebruiken om convenanten met instellingen te sluiten waarin SPH en CT studenten van Stenden N=1 studies in het kader van hun opleiding kunnen uitvoeren.

Dank

Aan het einde van een rede is het gebruikelijk om personen te bedanken. Dit doe ik dan ook.

Ik wil mijn dank uitspreken aan het College van Bestuur en de collega's van SPH en CT voor het vertrouwen dat zij mij schenken.

Dank aan al mijn collega's van de Mesdag, die voor mij het voorbeeld zijn van hooggekwalificeerde behandelaars: nieuwsgierig, kritisch en altijd bezig om hun werk te innoveren. Zonder deze algemene grondhouding is onderzoek een stuk moeilijker.

Natuurlijk speciaal dank aan mijn collega's van de Afdeling Onderzoek: Arnold, Erwin, Harma, Marlies, Swanny, Ruud en Lydia (die eigenlijk bij het EFP hoort, maar toch ook een beetje bij ons hoort), voor jullie enthousiasme en constante stroom van ideeën en initiatieven.

Dank ook aan Theo, Rinke en de rest van het Cold Case Team voor de kans die jullie mij bieden om omgevingen van slachtoffers te analyseren en te bestuderen.

Natuurlijk bedank ik ook mijn ouders en schoonouders, en last but not least,

Petra, Wiebe en Jelmer.

In de Smallville episode zegt Clark Kent (Superman voor degenen die dit niet weten): "I stand for Truth, Justiceuhm and other stuff". Dat is mijn tbs-kant. Hier in de Friese hoofdstad zou ik op zijn Gronings zeggen:

"KOP d'r VEUR de komende vier jaar"



Marinus Spreen studeerde sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. In 1999 promoveerde hij op het onderwerp steekproefdesigns voor persoonlijke netwerken bij het Interuniversity Center for Social Science Theory and Methodology (ICS). In de periode 1999-2002 was hij werkzaam bij de vakgroep Methodologie & Statistiek aan de Universiteit Maastricht. Vanaf medio 2002 werkt hij bij de afdeling Onderzoek van Forensisch Psychiatrisch Centrum Dr. S. van Mesdag te Groningen. Zijn belangrijkste onderzoekslijnen zijn de rol en invloed van het systeem op het gedrag van een patiënt en behandelbeoordeling op individueel niveau. Hiertoe ontwikkelde hij samen met andere klinieken de Forensisch Sociale Netwerk Analyse (FSNA) en meetmethoden (N=1 methodologie) voor de evaluatie van individuele behandelingen.

Marinus Spreen is als lector Social Work and Arts Therapies verbonden aan Stenden hogeschool. Daarnaast is hij Hoofd Onderzoek van FPC Dr. S. van Mesdag en regelmatig betrokken als netwerkanalist bij het team Review & Cold Case van de politieregio's Amsterdam Amstelland, Gooi en Vechtstreek en Flevoland.



Stenden
hogeschool