

Methodisch werken aan verbinding bij psychische problematiek

Op zoek naar de match



Thijs Beckers
Jessy Berkvens
Bauke Koekkoek
Martijn Kole
Mark van Veen

Inhoudsopgave

Voor Herman, die matchmaker van nature is.

H1	Op zoek naar de match Methodisch samen werken Bauke Koekkoek	5
H2	Methodisch samen werken Basis voor (langdurige) begeleiding Jessy Berkvens & Bauke Koekkoek	9
H3	Samen werken in moeilijke interacties Een methodisch, professioneel perspectief Mark van Veen	18
H4	Samen werken in moeilijke interacties Een reflectief, ervaringsdeskundig perspectief Martijn Kole & Bauke Koekkoek	28
H5	Begeleiding in beperkte tijd met aandacht voor de omgeving Binnen de organisatie Bauke Koekkoek	34
H6	Begeleiding in beperkte tijd met aandacht voor de omgeving Buiten de organisatie Thijs Beckers	40

Personalia van de auteurs

Thijs Beckers (1982) heeft na een start in de klinische ggz en de opleiding tot verpleegkundig specialist ggz gewerkt met verschillende doelgroepen, onder andere als programmaleider ADHD bij volwassenen en als coördinator van een FACT-team. Op dit moment werkt hij in de Basis GGZ (product chronisch) en is hij verantwoordelijk voor de inhoud van de volwassenenzorg van MET ggz. Daarnaast is hij als onderzoeker verbonden aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en de Radboud Universiteit.

Jessy Berkvens (1987) werkte enige tijd als begeleider in een RIBW met zelfstandig of beschermd wonende mensen met psychische problematiek. Na de studie Master Social Work heeft zij als projectleider herstelondersteunende interventies ontwikkeld voor- en vooral samen met- de doelgroep. Op dit moment is zij verbonden aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen als projectleider van Methodisch Samen Werken.

Bauke Koekkoek (1973) werkt als sociaal-psychiatrisch verpleegkundige in de crisisdienst en als lector. Hij is epidemioloog en promoveerde in de sociale wetenschappen op een proefschrift over 'moeilijke patiënten'. Begin 2017 verscheen zijn boek 'Verward in Nederland' over de verhouding tussen psychische problematiek, zorg en samenleving. Hij werkt veel samen met ervaringsdeskundigen, politie, GGD en andere instanties in het sociale en gezondheidsdomein. Zijn belangrijkste missie is het vergroten van de maatschappelijke gevoeligheid en dienstbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg.

Martijn Kole (1971) is al jaren actief binnen de (inter)nationale herstelbeweging en heeft veel ervaring met psychische ontwrichting en het herstellen daarvan. Als grondlegger van het Enik Recovery College in Utrecht zet hij zijn ervaringsdeskundigheid in om zelfhulpomgevingen op te zetten. Daarnaast streeft hij naar een geestelijke gezondheidszorg en samenleving die meer inclusief en herstelondersteunend is. Hij is momenteel bestuursadviseur bij Lister en manager van de Lister Academie.

Mark van Veen (1973) heeft een aantal jaren gewerkt in de acute klinische psychiatrie waarna hij de opleiding tot sociaal-psychiatrisch verpleegkundige afrondde en ging werken bij een crisisdienst. Daarnaast werkte hij binnen poliklinieken met verschillende doelgroepen en was hij teammanager van een intake team. Na afronding van de studie verplegingswetenschappen ging hij enkele jaren later, naast zijn werk bij de crisisdienst, tevens aan de slag als onderzoeker/promovendus bij de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

H1

Op zoek naar de match Methodisch samen werken

Bauke Koekkoek

Inleiding

Deze bundel heeft dezelfde titel als het onderzoeksproject waarop de meeste hoofdstukken gebaseerd zijn: MATCH¹. De Engelse term 'match' laat zich op veel manieren in het Nederlands vertalen: als 'competitie', 'gelijke', 'tegenhanger', 'evenknie' en zelfs als werkwoord - dan betekent het zoveel als 'evenaren'. In spreektaal zeggen we bijvoorbeeld 'er is een match' - waarmee we een 'klik' of passende verbinding bedoelen. Al deze betekenissen van de term 'match' komen in deze bundel aan bod, op het niveau van de match tussen cliënt (en naasten) en hulpverlener.

Dat is relevant omdat kritische geluiden over hoe hulpverleners omgaan met cliënten luid klinken en van alle tijden lijken. Het gaat dan over te veel protocol (of juist teveel wollig gepraat), te veel medicatie (of juist te weinig), te veel bemoeienis (of juist te beperkte betrokkenheid), te veel zorg (of juist niet genoeg), een te professionele houding (of juist te vriendschappelijk), te veel oor voor het verhaal van anderen (of juist te weinig focus op naasten) en meer van deze tegenstellingen. Het is voor 'de zorg' of 'de hulpverlener' blijkbaar niet makkelijk om het goed te doen. En dat is ook zo: mensen en wensen verschillen en hiermee goed om kunnen gaan vraagt om flexibiliteit en professionaliteit.

In deze bundel definiëren we 'professionaliteit' echter niet als heel veel weten over psychische stoornissen, of heel zeker zijn van de 'juiste' aanpak, benadering of oplossing. Professionaliteit is wat ons betreft expertise op het terrein van de 'match', van de interactie tussen cliënt en hulpverlener. Daar stuiten we direct op twee kwesties: wat is dan precies die professionaliteit en hoe leer je die? Als we in trainingen of workshops vragen wie goed is in het afstemmen op de ander steekt negentig procent van de deelnemers de vinger op. Als we vragen wie daar verdere training in wil, of feedback van andere deelnemers op die vaardigheid wil ontvangen, mogen we al blij zijn als tien procent daartoe bereid is.

We zouden dus kunnen concluderen dat (bijna) alle hulpverleners goed zijn in afstemmen, en dat (bijna) niemand er training in of feedback over nodig heeft. Maar dat strookt niet met de omvang en de aard van de kritiek die vaak over 'de zorg' en hulpverleners klinkt, dus ergens klopt er iets niet. Of ligt dat niet aan de hulpverlener maar zijn de verwachtingen van mensen met psychische problematiek en hun naasten of omgeving te hoog gespannen - is 'de zorg' niet in staat alles op te lossen of te verbeteren? Hier lijkt wat in te zitten: niet alleen in hulpverleningscontacten zelf maar ook in de samenleving zijn de verwachtingen hoog. Als iemand met een psychische stoornis iets vreemds (of erger: iets agressiefs) doet in de openbare ruimte is de reactie vaak ongelooflijk: hoe heeft dit kunnen gebeuren, welke hulpverlener of instantie heeft hier gefaald? Het zou ook goed kunnen dat juist die hoge verwachtingen voor hulpverleners verlamdend werken, en resulteren in minder goed slagen in afstemmen.

Enige nadere analyse

De mismatch tussen cliënt/samenleving enerzijds en hulpverlener/zorg anderzijds wordt vaak aangegrepen om van beide kanten voor meer zorg en meer geld te pleiten (bv. tegen wachtlijsten), om de zorg te reorganiseren (bv. voor betere aansluiting) of om nieuwe behandelingen te ontwikkelen (bv. om specifieke problemen op te lossen). In de afgelopen decennia is er echter geen tekort geweest aan geld, reorganisaties of nieuwe behandelingen. Die hebben zeker een en ander opgeleverd, maar toch het gevoel van tekort en mismatch niet kunnen wegnemen. In deze bundel gaan we ervan uit dat de mismatch haar oorsprong vindt in de relatie tussen de cliënt en de professional, en tussen de GGZ en andere professionals, burgers en instanties. Meer geld, reorganisaties of nieuwe behandelingen kunnen mogelijk helpen maar we vragen ons af of we daarmee de essentie raken.

Er lijkt een constant probleem in afstemming te zijn, waarbij regie een centraal (strijd)punt is: het is snel te veel en snel te weinig en het is maar moeilijk dit 'goed' te krijgen. De vraag is wel of dat voor alle cliënt-professional relaties in de zorg zo is, of voor een specifiek deel. In deze bundel nemen we aan dat in specifieke situaties deze problemen zich heviger voordoen: in trajecten die langdurig zijn, die 'moeilijk' zijn en in trajecten die lastig beëindigd of in intensiteit verminderd kunnen worden. We dragen daarvoor handreikingen aan, echter in het besef dat hulpverleners en instanties nooit 'foutloos' zullen worden, net zomin als hun 'matches' (cliënten en samenleving) dat zijn.

Toch verwachten we een soort perfectie van elkaar: iemand die 'in zorg' is mag (van 'de buurt') geen overlast meer veroorzaken en iemand die 'terug naar de wijk gaat' wordt (door 'de zorg') niet geacht om weer terug te vallen in problematisch gedrag. In de bijdrage aan deze bundel komen die wederzijdse verwachtingen regelmatig terug: niet als in beton gegoten feiten maar als constant aandachtspunt in het contact tussen cliënten, naasten en samenleving enerzijds en hulpverleners, instanties en 'de zorg' anderzijds. We denken namelijk dat samenwerking de basis is voor ieder contact tussen cliënt/samenleving en hulpverlener/zorg. Uitgangspunt is daarbij steeds dat mensen veel zelf kunnen, maar niet iedereen evenveel, en niet altijd evenveel. In elk hoofdstuk doen we ons best om de problematiek en de stoornis niet te laten overheersen, maar consequent te focussen op het dagelijks leven en sociale interacties.

Benadering in deze bundel

Hierboven schetsten we al twee kwesties: een professionele en didactische. Op die laatste komen we zo terug. De professionele kwestie is naar ons idee vooral van interactionele aard. Veel professionals voelen de druk van de hoge verwachtingen: cliënten en naasten die hopen op dé oplossing, andere professionals en burgers die ervan uitgaan dat de 'de zorg het nu wel zal oppakken' en de interne druk om in zo weinig mogelijk tijd zoveel mogelijk te doen. De hulpverlener die werkt met mensen met psychische problematiek komt op deze manier snel alleen te staan: hij of zij (of diens instelling) moet het maar oplossen want alle anderen zijn 'er klaar mee'.

Die eenzame positie, als individuele hulpverlener maar ook als team of als instelling, is dodelijk voor de eigen energie en creativiteit: als de hulpverlener 'het moet doen' gebeurt 'het' meestal niet. Bij veel hulpverleners leeft het gevoel dat problemen bij hen 'over de schutting' worden gegooid. Duurzame samenwerking met cliënt, naasten, andere professionals en burgers is noodzakelijk om uit deze eenzame fuik te raken.

Ofwel: de professionaliteit van de hulpverlener zit niet in grote kennis van psychopathologie of in methodes voor wonderbaarlijke genezing maar vooral in de mate waarin het lukt om de 'match' met cliënt en anderen te maken.

Dat vraagt om een andere verhouding, afhankelijk van de situatie en wat past bij de ander. In die verhouding is gelijkwaardigheid het streven maar in de praktijk soms meer en soms minder haalbaar. De hulpverlener moet beseffen dat hij of zij - als professional - weliswaar de rol krijgt toegewezen van degene die 'het weet', die 'ervoor gestudeerd heeft' of die 'zorgplicht heeft' maar dat dit niet wil zeggen dat die rol zonder meer geaccepteerd hoeft te worden. Door consequent met de cliënt en anderen te zoeken naar mogelijkheden blijkt het heel vaak mogelijk om andere deskundigheid te vinden en te benutten. In dat zoeken, doorvragen, samenvatten en weer doorzoeken schuilt de werkelijke professionaliteit van de hulpverlener - die dan hulp aan het geven is door met cliënt en anderen te zoeken naar een uitweg, niet door alles te weten of te kunnen. Daarbij zijn de valkuilen talrijk, bijvoorbeeld door opeens toch 'zeker te gaan weten' als het tegen zit, of toch opeens de stoornis of ziekte centraal te stellen als de cliënt 'niet mee werkt'. En soms is het ook nodig om dwingend in te grijpen, al zijn die situaties - zien we op basis van veel ervaring in acute situaties - toch tamelijk zeldzaam.

In de hoofdstukken in deze bundel staan we voor een didactische uitdaging. Ten eerste, en deze is hiervoor al benoemd: om hulpverleners iets wijs te maken over iets dat ze vinden dat ze al lang kunnen. Ten tweede, om het tastende zoeken naar 'het mogelijke' te koppelen aan een 'hard' methodisch werkproces. Ook wij, de auteurs, hebben daarbij de wijsheid niet in pacht en pogen vooral om impliciete ervaringen expliciet en overdraagbaar te maken, zonder dat we claimen dat deze altijd, overal en voor iedereen werkzaam zijn. Maar in alle bijdragen gaat het om het proces van methodisch zoeken, waarbij we steeds proberen om het afstemmen en samenwerken ('matchen') fundament te maken voor alles dat we doen.

Leeswijzer

De hoofdstukken in deze bundel hangen nauw met elkaar samen. In hoofdstuk 2 introduceren we een basismodel voor methodisch samen werken. Dat model werken we in hoofdstuk 3 en 4 werken uit voor situaties waarin het contact tussen hulpverlener en cliënt/naasten niet soepel loopt. In de laatste hoofdstukken focussen we op een onderschat onderdeel van begeleiding: zorgvuldig afsluiting. Hoofdstuk 5 gaat over besluitvorming in organisaties die begeleiding bieden, hoofdstuk 6 gaat over goede afstemming met andere betrokkenen.

Opbouw per artikel

Eerst beschrijven we een zogenoemde 'praktijkkwestie' die we regelmatig tegenkomen of die zo lastig is dat die veel energie en creativiteit vraagt. Iedere bijdrage start met een andere kwestie maar veelal lijken ze op de dilemma's die in de inleiding hierboven algemeen beschreven zijn. Dan volgt een praktische situatie, in de vorm van casuïstiek, waarin de praktijkkwestie zich concreet voor doet. Vervolgens beschrijven we welke kennis al beschikbaar is of verkregen is uit eigen onderzoek en hoe die toepasbaar is in de dagelijkse praktijk. Die concrete aanpak gebruiken we ook om de casuïstiek verder uit te werken - en te laten zien wat dit voor effect heeft. Ieder hoofdstuk sluiten we af met een korte conclusie.

Woordgebruik in de artikelen

Hoewel we zoveel mogelijk dezelfde taal geprobeerd hebben te gebruiken is dat niet altijd en overal gelukt. Enkele begrippen kunnen vragen oproepen en lichten we daarom iets nader toe hier:

- **hij/zij en hem/haar:** waar het om beiden kan gaan gebruiken we beide vormen.

- **stoornis, ziekte en problematiek:** in dit boek spreken we over een psychische stoornis als die door middel van een diagnostisch proces is vastgesteld, en van psychische problematiek als er wel psychische problemen zijn maar geen gediagnostiseerde stoornis is - wat niet altijd hoeft te betekenen dat 'problematiek' minder lijden met zich meebrengt dan een 'stoornis'. Het begrip ziekte gebruiken we niet omdat we niet zeker weten

- of psychische stoornissen voldoen aan de criteria voor 'ziekte'. We hebben het idee dat dit voor een klein percentage geldt maar voor welk deel en op welke gronden exact weten we onvoldoende.
- **behandeling, zorg en begeleiding:** we gaan ervan uit dat behandeling is gericht op verandering, op 'beter worden' en dat zorg aanvult wat iemand niet meer kan. Begeleiding zit er tussenin: richt zich op het leren omgaan met beperkingen en het benutten van mogelijkheden. In deze definitie is begeleiden dus 'leren omgaan met' of 'leren benutten', hetgeen impliceert dat begeleiding een leerproces is met een doel en een eindpunt.
 - **psychisch en psychiatrisch:** naar ons idee bestaat er alleen iets als een psychische stoornis, en is een 'psychiatrische' stoornis geen aparte of ernstiger vorm daarvan. Psychiatrisch verwijst bij ons alleen naar de zorgsector of de professie die zich met de psychische problematiek of stoornis bezighoudt.
 - **geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie:** het grote deel van de gezondheidszorg dat zich professioneel bezig houdt met psychische problematiek en stoornissen wordt 'geestelijke gezondheidszorg' (GGZ) genoemd, en daarbinnen (of daarnaast) wordt vaak de 'psychiatrie' als apart onderdeel gezien - waarin vooral ziekte behandeld zou worden. Welke problematiek wel of geen ziekte is vraagt een uitgebreide discussie die we hier niet zullen voeren. We gebruiken wel regelmatig de afkorting GGZ om het werkveld aan te duiden, echter in het volle besef dat dat niet de enige plek is waar mensen met psychische problematiek leven en zorg krijgen. En in het besef dat 'psychische gezondheidszorg' eigenlijk een correctere term maar niet erg herkenbaar is².
 - **klinisch en ambulant:** met klinisch bedoelen we 'intramuraal', hulp in een instelling voor verblijven of wonen waar vele uren (vaak 24 uur) per dag hulpverleners aanwezig zijn. Met ambulant bedoelen we alle hulpvormen die niet klinisch zijn.
 - **hulpverlener en professional** (verpleegkundige, sociaalpedagogisch hulpverlener, maatschappelijk werkende, *social worker*): deze bundel is bedoeld voor alle hulpverleners die werken met mensen met psychische problematiek, of ze nu MBO, HBO of academisch opgeleid zijn. We vinden de overeenkomsten tussen de hulpverlenende professies belangrijker dan de verschillen, en dus wordt iedereen steeds met 'hulpverlener' aangeduid. De tekst hebben we geprobeerd zo te schrijven dat die op de verschillende hierboven genoemde opleidingsniveaus te begrijpen is.

Anonimiteit van casuïstiek

Voor alle casuïstiek geldt dat deze is samengesteld uit verschillende praktijksituaties, maar nooit één op één samen valt met iets dat exact zo heeft plaats gevonden of met een bestaande persoon. Zo respecteren we de privacy van mensen met wie samengewerkt hebben, maar hopen ook dicht aan te sluiten bij de werkelijkheid van de lezers van deze bundel.

Referenties en aanbevolen literatuur

Bij iedere hoofdstuk staan maximaal twintig literatuurverwijzingen. De bronnen waarvan wij denken dat ze bijzonder bruikbaar zijn, staan met een sterretje gemarkeerd in de literatuurlijst.

Literatuur

¹ Koekkoek, B., Manders, W., Tendolkar, I., Hutschemaekers, G., & Tiemens, B. (2017). The MATCH cohort study in the Netherlands: rationale, objectives, methods and baseline characteristics of patients with (long-term) common mental disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 26, e1512.

² van der Stel, J. C., Sommer, I. E., & Bakker, P. R. (2016). Psyche, psychisch en 'psycho-'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58, 237-240.

H2 Methodisch samen werken als basis voor (langdurige) begeleiding

Jessy Berkvens & Bauke Koekkoek

Praktijkvraag

Al lange tijd weten we dat de samenwerkingsrelatie tussen cliënt en hulpverlener, ook wel genoemd '(werk)alliantie' of 'therapeutische relatie', belangrijk is en een groot deel van het herstel van de cliënt bepaalt¹. Hoe dit precies in elkaar zit weten we, ondanks het nodige onderzoek, helaas nog niet. Inzet van dezelfde interventies en methoden door verschillende hulpverleners leidt tot verschillende resultaten: zowel succes als een moeizaam contact met mogelijk uitval. Vaak wordt een moeizaam contact of uitval gewijd aan een ontbrekende 'klik', maar wat er zich werkelijk tussen hulpverlener en cliënt afspeelt is niet helder. De wijze waarop iemand met een ander omgaat is blijkbaar een minstens zo bepalende factor als de methode of interventie die een hulpverlener inzet².

De factoren die een succesvolle samenwerkingsrelatie of 'klik' bepalen bevinden zich op verschillende niveaus: op dat van de cliënt, van de hulpverlener, van hun onderlinge interactie maar ook in de context van hun contact. We geven enkele voorbeelden. De cliënt die veel negatieve ervaringen heeft met het vertrouwen van mensen is vaak terughoudend in het aangaan van een band met een hulpverlener. Die hulpverlener kan zelf juist erg doelgericht en snel zijn, en ook op die manier te werk gaan. Wanneer cliënt en hulpverlener onvoldoende aandacht hebben voor deze verschillende ideeën of verwachtingen over de samenwerking, dan ontstaat er niet zomaar een 'klik'. Ook is de context waarin cliënt en hulpverlener contact met elkaar hebben van invloed: is er ruimte om een contact te laten 'groeien', is het mogelijk om - zonder ingewikkelde procedures - een andere hulpverlener in te zetten als één van beiden vindt dat het niet klikt, of is er in een team juist nauwelijks aandacht voor deze match? Niet alle bovengenoemde factoren zijn (makkelijk) beïnvloedbaar door de hulpverlener zelf. Diens eigen houding en de interactie echter wel, net als de context in zekere mate.

Bestaande sociaal agogische en behandelmethodieken bieden vooral veel structuur en houvast die het begeleidingstraject doelgericht inrichten. Maar methodisch en doelgericht werken zonder reflectief te kijken naar de relatie, leidt juist tot een geringe kans op een effectieve samenwerking. Anderzijds wordt de focus op 'een goed contact' soms als hét werkzame bestandsdeel van het hulpverleningsproces gezien, waardoor de hulpverlener met de cliënt vooral investeert in het opbouwen en onderhouden van een vertrouwensrelatie. In deze situaties mist het begeleidingstraject doelen en acties. Het risico van doelloos met elkaar in gesprek zijn ligt op de loer. Er ligt daarom een uitdaging voor hulpverleners om én te werken aan een constructieve werkrelatie, maar tegelijkertijd óók methodisch en gestructureerd te werken naar doelen. Deze twee fundamentele competenties, en balans daarin, zijn cruciaal om methodisch samen te werken.

De Praktijkvraag is dus dat de werkrelatie voor een groot deel bepaalt of het begeleidingstraject slaagt, terwijl hulpverleners vaak onvoldoende weten hoe ze de werkrelatie positief kunnen beïnvloeden en daardoor de samenwerking methodisch

» Hoofdstuk 2

kunnen inrichten. De kans op een geslaagd begeleidingstraject wordt hiermee verkleind. Een moeizame samenwerking belemmert namelijk het herstelproces van de cliënt. Zou daarmee de hulpverlener dan eigenlijk de belemmerende factor voor het herstelproces zijn?

Casus - start

Dhr. Boom is een alleenstaande man van 58 jaar. Ilse begeleidt dhr. Boom sinds drie maanden. Zij werkt voor een organisatie voor die beschermd wonen biedt, door middel van begeleiding aan mensen met psychische problemen in het toewerken naar herstel op levensgebieden zoals wonen, werk en sociaal welbevinden. Meneer Boom komt bijna niet buiten, hij vindt het lastig om onder de mensen te zijn dus zit hij liever voor de tv en achter de computer. Hij gaat ook niet graag naar de supermarkt waardoor hij bijna nooit eten in huis heeft. Hij bestelt vaak eten dat bezorgd wordt. Dhr. Boom hecht geen waarde aan uiterlijke verzorging, douchen vindt hij niet prettig en doet hij zelden. Zijn wasmachine is kapot en hij heeft geen geld voor een reparatie (dat gaat allemaal op aan eten). De lege pizzadozen stapelen zich op en inmiddels lopen er ook muizen rond in huis. Dhr. Boom zegt geen familie, vrienden of bekenden te hebben waar hij nog contact mee heeft. Hij mist het contact met zijn dochter maar de band herstellen lijkt geen goed idee. Zijn dochter heeft hem namelijk al een aantal keren bestolen of op andere wijze misbruik van hem gemaakt. Ilse heeft grote moeite om met Dhr. Boom in contact te komen en te blijven. Hij doet de deur meestal niet open, vaak ligt hij nog in bed. Telefonisch is hij moeilijk te bereiken. De keren dat er contact is, hebben Ilse en hij een vriendelijke omgang met elkaar. Ze praten dan over allerlei zaken zoals tv-programma's en het weer, dat vindt dhr. Boom wel prettig. Ilse probeert wel eens iets te zeggen over het huishouden en zijn uiterlijke verzorging, maar daar heeft hij geen boodschap aan. Hij brengt het gesprek dan snel op voor hem veilige gespreksthema's. Dhr. Boom geeft aan dat hij de bezoeken van Ilse wel fijn vindt, dan heeft hij even iemand om tegen te praten.

Ilse maakt zich zorgen om de situatie en weet niet hoe ze hiermee om moet gaan. Ze is bang dat ze het summiere contact dat er nu is op het spel zet wanneer ze de, in haar beleving, schrijnende situatie ter discussie stelt. Ze maakt zich zorgen over de steeds ongezondere leefomgeving van Dhr. Boom en de wijze waarop hij zich isoleert van anderen. Soms krijgt ze hem wel in actie door samen wat huishoudelijke taken uit te voeren. Er gebeurt dan in ieder geval iets.

Beschikbare kennis over deze praktijkvraag

Uit de inleiding en bovenstaande casus blijkt al wel dat het heel eenvoudig klinkt om een goede werkrelatie te krijgen en aan doelen te werken, maar dat die twee in de praktijk niet altijd makkelijk samen gaan. Frustraties, onbegrip en uiteindelijk vastlopende contacten liggen dan op de loer bij zowel client als hulpverlener. Om dat te voorkomen stellen we hier Methodisch Samen Werken (MSW) voor. MSW is een doorontwikkelde en tegelijkertijd vereenvoudigde versie van Interpersoonlijke Sociaal Psychiatische Begeleiding, afgekort ISPB3 (zie ook hoofdstuk 3): een begeleidingsmethode specifiek bedoeld voor 'moeilijke' interacties. Na een aantal implementatietrajecten van ISPB en vele trainingen bleek dat de kern hiervan voor meer dan alleen 'moeilijke' interacties bruikbaar is. Deze kern is daarom in MSW verder uitgewerkt. Als onderlegger voor methodisch samenwerken kent MSW drie generieke elementen, namelijk: bouwstenen voor een gesprek, bouwstenen voor het faseren van het begeleidingstraject en bouwstenen voor (meta)communicatie.

Basishouding

Voor gebruik van de bouwstenen van MSW is voorwaarde dat de hulpverlener een basishouding heeft van 'niet-wetend' zijn en willen leren van de ander(en). Alleen zo kan een hulpverlener op een onderzoekende manier onderwerpen bespreken, zonder oordeel. Het vraagt openheid naar die ander te luisteren, te kijken en samen te analyseren. De hulpverlener is dan in staat om te leren van die ander, ook wel genoemd 'learning from one step behind'⁴. Deze basishouding is alleen mogelijk als er sprake is van *beseft, zelfreflectie en lef* bij de hulpverlener. Met besef bedoelen we het vermogen om te ontdekken wat het eigen aandeel is in een interactie. Met zelfreflectie bedoelen we het kunnen analyseren welke eigen (voor)oordelen en (pijnlijke) gevoelens van invloed zijn op de werkrelatie. Met lef bedoelen we het aandurven om de werkrelatie ter sprake te brengen en daarin ook kwetsbaar durven zijn. Effectief methodisch samenwerken lukt alleen wanneer een hulpverlener besef, zelfreflectie en lef inzet in het begeleidingstraject.

Deze basishouding geldt niet alleen voor de samenwerking met de cliënt, maar ook voor de samenwerking met naasten. In het contact met naasten kunnen eigen (voor)oordelen en (pijnlijke) gevoelens vaak onbewust leiden tot een ineffectieve samenwerking of een situatie waarbij (effectieve) samenwerking uitblijft. Dit terwijl de sociale context van een cliënt, en nauw betrokken personen (of het gemis daaraan) in het leven van een client juist van grote invloed kan zijn⁵. Hieronder bespreken we stapsgewijs de drie typen 'bouwstenen'.

Toegepaste kennis

Bouwstenen voor een gesprek

MSW biedt een methodische opbouw van een gesprek met cliënt en naasten. Deze bouwstenen helpen om een gesprek op een voorspelbare manier vorm te geven, waardoor er meer aandacht kan zijn voor de inhoud. De regie voor het gebruik van de bouwstenen ligt aanvankelijk bij de hulpverlener, maar verschuift zo veel en snel mogelijk naar de cliënt, hulpverlener en (indien fysiek aanwezig) naasten samen. Belangrijke gespreksonderwerpen komen cyclisch terug in gesprekken waardoor korte termijn (gespreksonderwerpen van vandaag) verbonden wordt aan langere termijn (doelen of wensen voor toekomst).

Aan het begin van het gesprek wordt door de hulpverlener gevraagd welke onderwerpen belangrijk zijn om te bespreken. De traditionele 'hoe gaat het?'-vraag wordt niet gesteld omdat die kader geeft aan het gesprek (maar wel veel vrijheid aan de cliënt). Het hier-en-nu kan gaan overheersen waardoor er te weinig aandacht is voor de lange termijn doelen. De bouwstenen voor het gesprek helpen met het bouwen aan een doelgerichte samenwerking zodat ook 'letterlijk' binnen gesprekken ruimte ontstaat voor reflectie op de werkrelatie. Hieronder beschrijven we de bouwstenen voor een gesprek met een aantal voorbeeldvragen:

Bouwstenen gesprek	
Terugblik	Gesprekspartners blikken terug op vorige gesprek & op (langer) lopende gespreksonderwerpen/thema's. → "Welke onderwerpen van de vorige keer of lopende thema's wil je terug laten komen in dit gesprek?"
Inventarisatie	Gesprekspartners inventariseren en formuleren de gespreksonderwerpen voor vandaag. Iedere gesprekspartner voegt zijn of haar eigen thema's toe aan de agenda. → "Wat is belangrijk om het vandaag over te hebben?"
Prioritering	De gespreksonderwerpen worden met elkaar geprioriteerd. Gesprekspartners onderhandelen over de prioritering en hebben aandacht voor de tijd. → "Wat doen we eerst? En hoeveel tijd hebben we daarvoor/voor dit gesprek?"
Bespreking	De gespreksonderwerpen worden inhoudelijk besproken. Tijdens dit onderdeel van het gesprek staat zowel de inhoud als de sociale context centraal. → "Welke anderen zijn, of voelen zich hierbij betrokken?"
Evaluatie van gesprek en band	Het gesprek wordt geëvalueerd. Tijdens deze evaluatie is er ook aandacht voor de band met elkaar en hoe de interactie tussen elkaar verloopt. → "In welke mate hebben we alles besproken?" → "In welke mate waren we op elkaar afgestemd?"
Vooruitblik	Gesprekspartners blikken vooruit. → "Wat onthouden we voor de volgende keer?" → "Wie nemen er de volgende keer deel aan het gesprek?"

(bewerking en uitbreiding van eerdere tabel⁵)

Bouwstenen voor het faseren van het begeleidingstraject

Naast de bouwstenen voor het gesprek zijn er ook bouwstenen die de fases in het traject weergeven. De gesprekspartners leren verschillende fases te herkennen en ernaar te handelen. Deze fases zijn: de contactfase, ambitiefase en werkfase.

Tijdens de contactfase zoeken gesprekspartners samen naar overeenstemming over de persoonlijke band en de manier waarop zij met elkaar omgaan. In de contactfase:

1. vindt afstemming plaats over hoe de samenwerking vormgegeven wordt;
2. worden kaders vastgesteld over omgang met elkaar in praktische zin: hoe vaak spreken we elkaar? Wat doen we als een afspraak niet door kan gaan? Maar ook in persoonlijke zin: wat vinden we belangrijk in dit contact?
3. wordt de mate van 'klik' herhaaldelijk besproken en is er overeenstemming over de 'wil' om met elkaar

- samen te werken. Hiermee wordt zoveel mogelijk ruimte gecreëerd om open en eerlijk te zijn tegen elkaar en deze ruimte ook te ervaren in het contact;
4. wordt het sociaal netwerk in kaart gebracht met een ecogram (of vergelijkbare methode)⁶ en wordt inzichtelijk welke anderen betrokken zijn binnen welke context en hoe belangrijk of steunend dit contact is. Wanneer er voor gesprekspartners voldoende afstemming is op de bovenstaande onderdelen ontstaat er ruimte voor de ambitiefase.

In de ambitiefase wordt duidelijk of er bij de verschillende thema's sprake is van een behoefte (gevoel van, soms onbewust verlangen dat vaak niet concreet of vervangbaar is), een vraag (een thema waar direct iets mee moet gebeuren of antwoord op moet komen) of een wens (iets om naar uit te kijken/iets wat hopelijk ooit gebeurt). Tijdens deze fase reflecteren client en hulpverlener samen op het verschil tussen deze drie dingen. De hulpverlener vraagt door op de thema's, op hoe sterk de ambitie in het realiseren van de behoeften, vragen en wensen. Het gaat dus om de ambitie om daadwerkelijk dingen te realiseren en hoe dat in kleine stappen te doen. Omdat een behoefte vaak een onbewust gevoel is, bestaat het risico dat een hulpverlener zelf in de behoefte gaat voorzien zonder dit te beseffen. Behoeften zijn soms te vertalen in doelen zoals bij behoefte aan veiligheid, dan kan een vertrouwd vangnet een concrete doel zijn. Vragen kunnen vaak via een tussenstap worden vertaald in doelen. Wensen kunnen vaak met kleine stappen worden vertaald in doelen. Vervolgens wordt concreet overeenstemming gezocht naar waar gesprekspartners naartoe werken.

In de ambitiefase:

1. worden haalbare doelen opgesteld³;
2. worden acties opgesteld die nodig zijn om het doel te behalen;
3. worden afspraken gemaakt over de samenwerking met elkaar en anderen in het behalen van de doelen;
4. wordt duidelijk geformuleerd wanneer de acties behaald zijn.

Tot slot wordt er door de gesprekspartners in de werkfase overeenstemming gezocht met elkaar over de taak, dus zij:

1. stemmen samen af hoe en wanneer taken uitgevoerd worden;
2. kennen hun rol en taak en zijn in staat om deze te vervullen;
3. evalueren regelmatig over de acties en doelen en stellen die indien nodig in overleg bij.

Bouwstenen voor (meta)communicatie

Naast deze praktische methodische handvatten is er ook ruimte nodig voor afstemming op elkaar om werkelijke samenwerking te kunnen ontwikkelen⁷. Om dat te kunnen doen moeten de gesprekspartners zich bewust raken van de manier waarop zij met elkaar interacteren. Wanneer het gesprek vooral gericht is op inhoud en dus het betrekkningsniveau niet of onvoldoende bespreekbaar is, gaat energie verloren aan afstemmen op elkaar en het proberen te begrijpen van elkaar. Gesprekspartners werken hard en lopen wellicht op hun tenen, maar komen niet verder in het begeleidingstraject. Het opbouwen en in stand houden van een werkrelatie vraagt daarom om een zekere mate van directheid van de hulpverlener, door bespreekbaar te maken wat de hulpverlener en wellicht ook die ander, bezig houdt tijdens het contact. Vaak is dat de onderlinge relatie. Wanneer directheid in het contact vermeden wordt door de hulpverlener lopen gesprekspartners het risico op schijnsamenwerking. Er lijkt dan sprake te zijn van een goede afstemming terwijl echt contact uit de weg wordt gegaan⁸.

Metacommunicatie is een manier om direct te kunnen zijn naar elkaar. Metacommunicatie betekent dat gesprekspartners naar elkaar uitspreken wat een inhoudelijke boodschap teweegbrengt. Wat iemand

» Hoofdstuk 2

inhoudelijk zegt betekent iets op betrekkningsniveau, oftewel 'hoe' de boodschap gebracht wordt en overkomt. Vaak is het betrekkningsniveau te herkennen aan intonatie of aan non-verbale signalen. Uit de boodschap blijkt hoe de gesprekspartners tegenover elkaar staan en wat ze van elkaar vinden. Wat er tegen elkaar wordt gezegd heeft vaak als doel om invloed op de ander uit te oefenen. Deels is dit openlijke informatie, maar deels is dit ook impliciete/verborgen informatie. Er is pas sprake van begrip als een boodschap in grote lijnen op dezelfde manier wordt ontvangen als die is verzonden. Immers, veel misverstanden in interactie met elkaar blijven onopgemerkt en onuitgesproken⁷. Bijvoorbeeld wanneer de cliënt de indruk heeft dat de hulpverlener niet goed luistert en daarom steeds in herhaling valt, wat bij de hulpverlener tot ergernis leidt. De ergernis wordt niet uitgesproken waardoor de cliënt en hulpverlener steeds minder met elkaar verbonden (willen) zijn.

De hulpverlener kan invloed uitoefenen op het contact door adequaat te reageren op (mogelijke) misverstanden: namelijk door het benoemen van discrepanties tussen wat er gezegd wordt en wat er aan de hand is of lijkt te zijn. Om te kunnen metacommuniceren is het nodig dat de hulpverlener dus opmerkt 'hoe' iets gezegd wordt. De discrepanties tussen wat gezegd wordt en wat er mogelijk bedoeld of gesignaleerd wordt, kan besproken worden op in ieder geval drie manieren:

Voelen

De hulpverlener bespreekt het gevoel dat hij of zij krijgt door hoe die ander iets zegt of doet. De hulpverlener verwoordt zijn of haar eigen gevoelens. Dit gevoel zegt vaak iets over die ander, maar ook over de hulpverlener zelf. Een voorbeeld hiervan: *"Ik merk dat ik het lastig vind om begrip voor dit verhaal op te brengen, vooral omdat ik de indruk krijg dat je mij niet alles vertelt. Klopt dat?"*

Verkennen

De hulpverlener denkt een incongruente boodschap te signaleren of merkt non-verbale signalen op, en bespreekt deze waarneming. Een voorbeeld hiervan is: *"Ik zie dat je steeds wegstapt, vind je het misschien niet zo belangrijk om hierover te praten?"*

Verbinden

De hulpverlener bespreekt wat er gebeurt in de onderlinge interactie en verbindt dit aan situaties met anderen (indirecte reflectie). Een voorbeeld van een indirecte reflectie: *"Het valt me op dat je in de verdediging schiet als ik dit zeg, hoe gaat dit wanneer je in gesprek bent met je vriend?"* Of de hulpverlener bespreekt wat er opvalt in de interactie tussen gesprekspartners, zoals moeder en zoon tijdens een gesprek (directe reflectie). Een voorbeeld van een directe reflectie: *"Ik zie dat je iets positiefs probeert te zeggen, maar dat je meteen daarna ook kritiek uit naar hem. Jullie krijgen vervolgens ruzie omdat hij alleen reageert op het kritiekpunt en niet meer op het positieve deel van de feedback."*

Bij voorkeur spreken gesprekspartners dit op het moment zelf uit, maar als die reflectie nog onvoldoende ter plekke plaatsvindt kunnen ze er ook op teruggekomen in een volgend gesprek. De hulpverlener kan na afloop van een gesprek reflecteren op de samenwerking en zich dan realiseren dat de afstemming niet optimaal verliep. De hulpverlener reageerde bijvoorbeeld erg bot op de cliënt die wederom schulden had gemaakt. De hulpverlener heeft dan voldoende lef nodig om te ontdekken wat hem/haar daadwerkelijk frustrereert en dat vervolgens ook in een gesprek uit te spreken. Bijvoorbeeld in deze situatie dat de hulpverlener merkbaar te snel resultaat wil zien in de werkfase, terwijl de cliënt onvoldoende eigen motivatie voelt om de schulden echt aan te pakken.

Casus - vervolg

Hoe MSW er in de praktijk uit kan zien wordt uitgewerkt in de casus. De casus begint met reflectie op de basishouding, zoals die van de hulpverlener verwacht wordt. Daarna volgt er interactie tussen de hulpverlener en cliënt, waarbij de bouwstenen in omgekeerde volgorde doorlopen. Hoewel niet helemaal volgens hiervoor beschreven, was het in deze situatie nodig om eerst afstemming tussen hulpverlener en cliënt te bereiken, zodat de bouwstenen daadwerkelijk ondersteunend kunnen zijn in het begeleidingstraject.

Basishouding

Ilse heeft overleg gehad met haar collega over de situatie van dhr. Boom. De zorgen van Ilse over zijn leefsituatie waren aanleiding om te reflecteren op haar gevoel. Ilse realiseert zich tijdens dit gesprek dat ze bang is om dhr. Boom te confronteren. Door het hierover te hebben met haar collega ontdekt ze wat die angst is: ze communiceert graag op een vriendschappelijke wijze omdat ze bang is om niet aardig gevonden te worden. Ze onderzoekt waar de moeite met confrontatie zich in uit en ontdekt dat ze juist bij mensen die een beroep doen op een vriendschappelijke/maatjesachtige omgang, geneigd is om 'gezellig' te doen. Hierdoor wordt het lastig om open te zijn over zorgen die ze heeft over de situatie. Ze lijkt daarmee de, in haar ogen problematische, situatie in stand te houden. Met dit zojuist verworven inzicht gaat Ilse weer naar een afspraak met dhr. Boom.

Bouwstenen voor (meta)communicatie

Dhr. Boom verwelkomt Ilse. Ze gaat op de bank zitten en krijgt een kopje koffie aangeboden. Hij begint te praten over een programma op tv van gisteravond. Ze hebben even een geanimeerd gesprek over dat programma omdat Ilse het toevallig ook had gezien. Vervolgens zegt Ilse: "De afgelopen tijd hebben we vooral gesproken over tv-programma's. Soms deden we dit tijdens de afwas of een andere huishoudelijke taak. Soms had je daar geen zin in en bleven we zitten op de bank. Als ik eerlijk ben dan voel ik dat ik op eieren loop."

Dhr. Boom vraagt: "Hoezo dan, we hebben toch altijd wel leuke gesprekken?"

Ilse: "Dat is ook het punt, ik ben bang dat je de deur niet meer open doet voor mij als ik ga bespreken hoeveel zorgen ik me maak over je leefsituatie."

Dhr. Boom staat op en gaat buiten een sigaretje roken. Ilse blijft zitten en wacht tot hij terug is. Dhr. Boom zegt: "Je hoeft je geen zorgen te maken." Ilse zegt: "Wat me nu opvalt is dat je wegloopt terwijl ik iets zeg dat belangrijk is, althans voor mij. Dit is lastig voor me en precies de reden waarom ik bang ben om iets te zeggen dat confronterend kan zijn en daarmee het contact met je te verliezen."

Dhr. Boom kijkt Ilse aan en fronst. "Tja, zo ben ik nou eenmaal. Dat zei mijn ex-vrouw ook altijd. Ik heb dat gewoon nodig. Ik moet even weglopen en nadenken. Maar ik kom weer terug toch?"

Ilse: "Je bent inderdaad terug en dat kon ik niet goed inschatten toen je opstond. Voor mij is het onduidelijk wat je gaat doen en wat je nodig hebt, speelde dat ook bij je ex-vrouw?"

Dhr. Boom: "Ja dat was wel zo. En dan werd ze een potje giftig op mij. Ik probeerde dat altijd uit de weg te gaan. Als jij zo gaat beginnen, ja dan wil ik ook weg."

Ilse: "Oké, dat is voor mij belangrijke informatie. Meestal begrijp ik niet hoe het voor je werkt, daardoor ga ik zelf de confrontatie uit de weg door het niet te vragen. Wat maken we het onszelf moeilijk hè?"

Dhr. Boom lacht: "Ja inderdaad, je lijkt wel op mijn ex-vrouw." (gelach)

Ilse: "Dit gesprek helpt wel om elkaar beter te begrijpen. Hoe is het voor je om dit zo met mij te bespreken?"

Dhr. Boom: "Eigenlijk wel goed, ik sta er nooit zo bij stil hoe ik overkom of zo. Ik vind het ook lastig want ik zie bijna niemand. En ik ben blij om even met jou te kunnen praten. Dat is eigenlijk genoeg."

» Hoofdstuk 2

Ilse: “Wat zie je dan als doel dat ik hier kom?”

Dhr. Boom: “Ja dat dus. Dat mis ik toch wel. Deed ik vroeger altijd met mijn dochter. Mijn dochter zou zich wel zorgen maken als ze mij zo zou zien zitten, tussen de pizzadozen.”

Bouwstenen voor een gesprek

Ilse en dhr. Boom spreken af dat ze meer gaan uitspreken naar elkaar. Ook gaan ze de gesprekken anders indelen. Ze hebben afgesproken dat dhr. Boom als voorbereiding op een afspraak een aantal punten opschrijft waar hij het over wil hebben en wat hij wil gaan ‘doen’. Ilse doet hetzelfde.

Ze bespreken nu ook wekelijks hoe ze de samenwerking ervaren. Tijdens een afspraak maken ze samen een planning voor dat uur. Ze gebruiken de bouwstenen van de gespreksagenda om de afspraken vorm te geven.

Bouwstenen voor het faseren van het begeleidingstraject

Ilse en dhr. Boom hebben samen twee prioriteiten gesteld, het huishouden op orde krijgen en sociale contacten opdoen. Ze beginnen met het maken van een planning voor het huishouden en onderzoeken samen hoe het netwerk eruit ziet om vervolgens te onderzoeken of er naasten zijn die zich ook betrokken voelen. Ook hebben ze gesprekken over het verloren contact met zijn dochter. Ze ontdekken verder dat ze op een vriendschappelijke basis met elkaar omgaan, wat de behoefte van dhr. Boom raakt vanuit een gevoel van eenzaamheid. In plaats van dat Ilse de behoefte onbewust opvult, maken ze de behoefte onderwerp van gesprek.

Conclusie

Een hulpverlener kan in gesprek zijn met diens gesprekspartner(s) op een wijze die ondersteunend is in het aangaan van een effectieve werkrelatie én tevens methodisch van aard is. Het artikel biedt praktische handvatten die door mbo en/of hbo opgeleide hulpverleners in de praktijk gebracht kunnen worden, zonder dat daar per definitie een (systeem)therapeutische opleiding voor nodig is. In de kern vraagt MSW van hulpverleners om het besef dat samenwerken met een cliënt en naasten geen onbewust (on)bekwame activiteit is. Bewust bekwaam methodisch samenwerken is enkel mogelijk wanneer er vanuit besef, zelfreflectie en lef geïnteracteerd wordt met de ander. In interactie vraagt dit van de hulpverlener een basishouding van niet-wetend zijn en willen leren van een ander, want een hulpverlener mag immers nooit een belemmerende factor voor het herstelproces van de cliënt zijn en zou zichzelf deze vraag geregeld en consequent mogen stellen.

Literatuur

- ¹ Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55, 316-340.
- ² Thomas, S.L. (2006). The Contributing Factors of Change in a Therapeutic Process. *Contemporary Family Therapy*, 28, 201-210.
- ³ Koekoek, B. (2011). *Praktijkboek sociaalpsychiatrische begeleiding; Methodisch werken met ernstige en langdurige problematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.*
- ⁴ De Shazer, S. & Dolan, Y. (2008). *Praktijkboek oplossingsgerichte therapie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- ⁵ Klaassen, H.W. (2014). *Bondgenoten; hoe familieleden en hulpverleners in de psychiatrie kunnen samenwerken*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- ⁶ Kruijswijk, W., Peters, A., Elferink, J., Scholten, C., & Bruijn, I., de. (2013). *Mantelzorgers en vrijwilligers in beeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- ⁷ Schulz von Thun, F. (2010). *Hoe bedoelt u? Een psychologische analyse van menselijke communicatie*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.*
- ⁸ Colijn, S., Snijders, J.A., & Trijsburg, R.W. (2003). *Leerboek integratieve psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.

* = aangeraden literatuur over dit onderwerp

Samen werken in moeilijke interacties

Een methodisch, professioneel perspectief

Mark van Veen

Praktijkwestie

Van de honderdduizenden mensen die ambulante zorg krijgen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is ongeveer driekwart na een jaar weer uit zorg. Het andere kwart ontvangt langer dan een jaar zorg. Van langdurige zorg wordt gesproken bij een duur van twee jaar of meer en als mensen ook op sociaal en maatschappelijk terrein in de problemen raken¹. Veel van deze mensen (60%) hebben psychotische problematiek (zoals schizofrenie) maar de andere 40% heeft niet-psychotische problematiek, zo blijkt uit Nederlandse² en internationale cijfers³. Onder die laatste noemer vallen o.a. persoonlijkheidsproblematiek, depressies, angst en verslavingen. Deze cliënten hebben doorgaans al langere op genezing gerichte behandeltrajecten gehad (zoals psychotherapie) en worden bij onvoldoende behandelresultaat doorverwezen naar andere vormen van zorg. Vaak zijn het HBO-hulpverleners (sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, sociaal pedagogische hulpverleners, maatschappelijk werkers).

Deze zorg kan in duur variëren van enige maanden tot vele jaren. De meest gangbare termen voor deze vorm van zorg of begeleiding is sociaal psychiatrische begeleiding of steunend, structurerende begeleiding. Het komt regelmatig voor dat er nauwelijks doelen worden gesteld om aan te werken en dat de gesprekken structuur missen⁴. De persoonlijke band tussen hulpverlener en cliënt lijkt voorop te staan, waarbij de hulpverlener denkt dat de cliënt niet zonder hem kan en de cliënt afhankelijk wordt van de hulpverlener. Het niet (meer) werken aan doelen kan er echter ook voor zorgen dat de relatie tussen de cliënt en hulpverlener onder druk komt te staan en bij beiden voor frustraties zorgt door het gebrek aan resultaat of vooruitgang. Ondanks het feit dat een groot deel van het effect van de begeleiding voortkomt uit de therapeutische relatie⁵, geldt dit pas als er ook inhoudelijk gewerkt wordt binnen de begeleidingsgesprekken. Het niet structureren van de gesprekken en niet of nauwelijks werken aan doelen (maar de hier-en-nu-situatie centraal stellen), maakt dus dat de gesprekken richting missen en dan weinig effectief blijken.

Casus - start

Mevrouw de Bonte is doorverwezen via de huisarts naar de GGZ met de vraag om behandeling opnieuw te starten. Ze is een 46-jarige vrouw die gescheiden is sinds vier jaar en met haar ex-man drie kinderen heeft in de leeftijd van 18, 16 en 14 jaar. Met haar ex-man heeft ze een moeizaam contact, met haar kinderen is het contact beter maar alle drie wonen bij hun vader, zij ziet hen om het weekend één dag. Ze werkt momenteel halve dagen als bibliothecaresse. Ze lijdt aan chronische depressies, een autismespectrumstoornis en gebruikt wiet. Volgens de huisarts blijft ze vastlopen op sociaal gebied, uit ze zich regelmatig suïcidaal maar kan ze ook erg vasthoudend en rigide overkomen. Ze wordt aan een HBO-hulpverlener toegewezen

na een intakegesprek dat door een collega is gedaan. De afspraak is om haar volgens de methode interpersoonlijke sociaal psychiatrische begeleiding (ISPB) te begeleiden. Ze heeft als hulpvraag om zichzelf beter te begrijpen en wil daarvoor intensieve gesprekken. Ook wil ze assertiever worden en minder snel boos zijn. Over haar wietgebruik is ze ambivalent: soms wil ze minderen, dan vindt ze dat weer onzin. Op lichamelijk gebied speelt er insulineafhankelijke diabetes.

Beschikbare kennis over deze praktijkwestie

Sociaal psychiatrische begeleiding is niet gericht op het genezen van mensen of verminderen van symptomen, maar gaat vaak om het leren omgaan met de beperkingen die voortkomen uit een psychische stoornis. De volgende doelstelling wordt vaak gehanteerd: een effectievere omgang met beperkingen ten gevolge van psychiatrische problematiek, en benutten van eigen mogelijkheden, wat resulteert in een verbeterd interpersoonlijk en sociaal functioneren³. In dit artikel wordt een relatief nieuwe begeleidingsmethode beschreven vooral voor mensen met langdurige niet-psychotische psychiatrische problematiek.

Toegepaste kennis

ISPB is ontwikkeld door middel van onderzoek onder cliënten, experts in de sociale psychiatrie en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en effectieve ingrediënten uit andere behandelingen.⁶ ISPB bestaat uit vier elementen: (1) structuur tijdens het contact: vaste elementen in het gesprek, (2) structuur tijdens de begeleiding: fasering, (3) gespreksmethoden per fase en (4) aandacht voor het interpersoonlijk contact en het sociaal systeem. Hieronder worden ze nader toegelicht.

Structuur in het contact: vaste elementen per gesprek

ISPB bestaat uit steeds terugkerende elementen, die de structuur van afzonderlijke gesprekken en de begeleiding als geheel bepalen. In ISPB is een aantal elementen zeer nuttig gebleken om de rode draad vast te houden gedurende de begeleiding van de cliënt, zoals het samen maken van een agenda, het terugblikken op de tijd tussen het vorige gesprek en het huidige, en het invullen van een Session Rating Scale (SRS)⁷. Dit laatste is een kort feedbackformulier, in te vullen door zowel hulpverlener als de cliënt, waarin het gesprek geëvalueerd wordt aan de hand van een aantal items. Ook houdt de hulpverlener een ISPB-rapportageformulier bij⁸, waarop wordt bijgehouden welke vaste onderdelen en welke gespreksmethoden er werden gebruikt tijdens het gesprek.

Gespreksmethoden

In ISPB worden gespreksmethoden gebruikt om de cliënt te helpen om zelf problemen op te lossen. De hulpverlener neemt niet de positie in van de expert die weet hoe dingen in elkaar zitten, maar probeert de cliënt zelf op het spoor te zetten van verandering.

Validatie

De basishouding bij ISPB is de validatie, die in grote lijnen inhoudt dat de hulpverlener oordeelvrij waarneemt wat er gebeurt en wat een cliënt vertelt of doet, zonder daarbij informatie van anderen te gebruiken⁹. De hulpverlener laat zien dat hij zich wil verdiepen in de cliënt en hem wil begrijpen. Hij benoemt het gedrag als begrijpelijk in de situatie van dat moment en geeft er geen persoonlijke mening over.

» Hoofdstuk 3

Relatiemanagement

In het verlengde hiervan ligt relatiemanagement. Het idee achter relatiemanagement is dat de hulpverlener niet automatisch een helpende houding aanneemt en daardoor ander (effectiever) gedrag bij de cliënt uitlokt. Sommige cliënten reageren namelijk niet effectief op een helpende houding van de hulpverlener¹⁰. In goed uitgevoerd relatiemanagement let de hulpverlener goed op zijn/haar eigen handelen: het tempo van het gesprek is laag, de hulpverlener reageert niet op "speldenprikken" van de cliënt, houdt de cliënt verantwoordelijk en bespreekt gespreksonderwerpen openlijk zonder in een helpende rol te schieten.

Motiverende gespreksvoering

Een veelgebruikte gespreksmethode binnen ISPB is motiverende gespreksvoering. Motiverende gespreksvoering is een directieve en tegelijkertijd cliëntgerichte gespreksvorm, waarin discrepantie wordt vergroot en de ambivalentie van de cliënt wordt onderzocht en zo mogelijk wordt opgelost. Discrepantie verwijst naar het verschil tussen twee kanten van een situatie, bijvoorbeeld regelmatig te veel drinken om lol te hebben versus op het werk minder goed functioneren door een kater¹¹. Belangrijkste aandachtspunten hierbij: open vragen stellen, samenvatten, reflecteren en reacties uitlokken.

Oplossingsgerichte gespreksvoering

Oplossingsgerichte therapie gaat sterk uit van de waarde van het praten over de oplossing in plaats van over het probleem. De methode houdt rekening met de veranderingsbereidheid van de cliënt en bepaalt op basis daarvan de relatie tussen cliënt en hulpverlener¹². De methode maakt gebruik van vragen en opdrachten, bijvoorbeeld naar de vraag of er momenten zijn waarop een probleem minder aanwezig is. Als dat zo is, dan volgt de vraag hoe dat voelt voor cliënt en wat cliënt dan doet. Ook kan worden gevraagd hoe ernstig een probleem is op een schaal van 1 tot 10. De bedoeling is om cliënt genuanceerder te laten denken over zijn probleem. Een ander veelgebruikte techniek is het stellen van de wondervraag: "Wat zou er veranderd zijn als er in je slaap een wonder gebeurt?". En wat zou de cliënt dan anders denken, doen en/of voelen dan normaal.

Gedragsanalyse

Gedragsanalyses vormen een belangrijk onderdeel van cognitieve gedragstherapie (CGT), vooral in vormen die gericht zijn op het veranderen van langdurig ineffectief of zelfs schadelijk gedrag. Volgens CGT-principes wordt gedrag voorafgegaan door bepaalde gevoelens en bepaalde gedachten, waarbij gevoelens sterk bepaald worden door gedachten¹³. Het algemene inzicht dat de cliënt kan krijgen door gedragsanalyse zal hem/haar helpen het effect van gedrag te begrijpen - met name de interactie tussen mensen. Daarnaast kan de cliënt inzicht krijgen in de belangrijke rol die gedrag kan spelen in (mis)communicatie en bij (voorkomen van) conflicten. Bij gedragsanalyse is het belangrijk om goed uit en door te vragen.

Clinical casemanagement

Het idee van clinical casemanagement is dat de hulpverlener de cliënt actief helpt om zijn of haar leven op orde te krijgen. Doorgaans is op gebieden als werk, wonen, inkomen en relaties een coachende rol weggelegd voor de hulpverlener. Als er veel praktische zorgbehoeften zijn, is clinical casemanagement de aangewezen methode¹⁴. De hulpverlener helpt de cliënt actief mee om zijn/haar leven weer op orde te krijgen, soms meer coachend, soms meer bemiddelend.

Fasering

Een fasering van de begeleiding geeft zowel de cliënt als de hulpverlener de ruimte om differentiatie aan te brengen in de begeleiding. Zo kunnen sommige fasen sneller of intensiever verlopen en andere minder snel of vrijblijvender. In ISPB wordt gewerkt met drie fasen: de contactfase, de doelenfase en de werkfase.

Contactfase

In de eerste fase (contactfase) richt de hulpverlener zijn/haar aandacht, en die van de cliënt, op de werkrelatie. In deze fase moeten cliënt en hulpverlener overleggen over de manier waarop ze met elkaar willen omgaan, verwachtingen naar elkaar uitspreken en grenzen in het contact vaststellen ('wat kan er wel en wat kan er niet'). Deze aspecten bepalen dus de vorm van de sociaal psychiatrische begeleiding. Relatiemanagement en motiverende gespreksvoering zijn goede gespreksmethodes om in te zetten in deze fase.

Doelenfase

In de tweede fase (doelenfase) gaat het over wat cliënt en hulpverlener samen gaan doen, ofwel over de inhoud van de sociaal psychiatrische begeleiding. Die inhoud ontstaat door het formuleren van doelen. Ook bij het formuleren van doelen speelt vaak mee dat de cliënt (nog) niet precies weet waar hij of zij heen wil, wat haalbaar is en wat er nodig is om doelen te bereiken. De hulpverlener moet dus ook in deze fase actief rekening houden met ambivalentie van de cliënt ten aanzien van deze doelen - en zijn/ haar handelen daarbij aanpassen door het inzetten van verschillende gespreksmethodes. Het doel van deze fase is om te komen tot een aantal goed doordachte, gezamenlijk overeengekomen doelstellingen voor de begeleiding. Relatiemanagement, motiverende gespreksvoering en oplossingsgerichte gespreksvoering zijn goede methodes om in deze fase te gebruiken. Bij een cliënt die moeite heeft met agressieregulatie kan een doel bijvoorbeeld zijn: "Over een half jaar ben ik bij meningsverschillen niet meer dreigend en minder verbaal agressief naar anderen. Ik zal dat dan merken aan de reacties van anderen op mij en aan het feit dat ik dan geen contacten meer heb met politie en justitie".

Werkfase

In de derde fase (werkfase), wordt ervan uitgegaan dat cliënt en hulpverlener op basis van geformuleerde doelen in actie kunnen komen. Mocht er toch onduidelijkheid of onenigheid (bijvoorbeeld over het aantal te roken joints per dag) ontstaan over de doelen of de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de werkrelatie, dan moeten cliënt en hulpverlener een stap terug doen naar de tweede of eerste fase. Doel van deze derde fase is het gezamenlijk kiezen en uitvoeren van interventies die aansluiten bij de in de tweede fase geformuleerde doelen. In deze fase zijn naast relatiemanagement en motiverende gespreksvoering, ook gedragsanalyse en casemanagement goed te gebruiken.

Het is mogelijk om een fase terug te gaan maar het is niet de bedoeling om fasen over te slaan. Immers, als de cliënt en hulpverlener niet van elkaar weten hoe ze met elkaar zullen omgaan en wat ze van elkaar mogen verwachten (fase 1, de contactfase), komt er geen effectieve begeleiding tot stand. Als er geen gezamenlijke doelen zijn opgesteld, dan is de begeleiding zonder richting (doelloos) of gaan de cliënt en hulpverlener verschillende kanten op (als ze het bijvoorbeeld in niet met elkaar eens zijn). De hulpverlener moet de cliënt informeren over de fasen, zodat de cliënt weet wat het idee achter de begeleiding is en medeverantwoordelijk kan zijn voor het verloop ervan.

Sociaal systeem

Eén van de uitgangspunten van sociaal psychiatrische begeleiding is dat de sociale situatie waarin de problematiek zich voordoet, vaak een belangrijke rol speelt in het ontstaan, maar ook in het verminderen van de problemen. Het betrekken van één of meerdere mensen uit het sociale netwerk geeft belangrijke informatie en mogelijk nieuwe gezichtspunten in de begeleiding.

ISPB in de praktijk

Er is naar deze begeleidingsmethode een pilotstudie verricht¹⁵ en een grotere effectiviteitsstudie binnen drie ggz-instellingen wordt momenteel afgerond. De aanname is dat ISPB effectiever is dan de gebruikelijke zorg in het voorkomen of verminderen van het door hulpverlener beoordelen van cliënten als ‘moeilijk’. Bovendien, zo is de verwachting, worden met ISPB doelen bereikt tegen lagere kosten dan met de gebruikelijke zorg¹⁶. De resultaten van dit onderzoek worden in de loop van 2019 verwacht.

Uit de eerdere pilotstudie kwamen positieve effecten in een aantal begeleidingsuitkomsten naar voren. De therapeutische relatie werd echter, hoewel niet significant, als minder sterk ervaren door de cliënten. Een recent kwalitatief onderzoek naar de therapeutische relatie tijdens ISPB laat zien dat ISPB vooral invloed heeft op het taakgerichte en het doelgerichte aspect van de therapeutische relatie en geen invloed (positief noch negatief) op de kwaliteit van de persoonlijke band met de hulpverlener, aldus cliënten. Vooral de gespreksstructurering, de samenwerking en de eigen regie van de cliënt spelen een rol¹⁷. Er wordt inmiddels al een aantal jaren les gegeven in een verkorte vorm van ISPB (focus op de gespreksstructuur en stellen van doelen) aan verschillende opleidingen.

Casus - vervolg

Contactfase

In het eerste gesprek richt de hulpverlener zich op werkrelatie tussen hem en mevrouw de Bonte. Hij gebruikt de vaste elementen om direct structuur en houvast voor zowel hem als de cliënt te bieden.

Agenda: mevrouw wil bespreken hoe ze beter kan begrijpen en minder snel boos kan worden. De hulpverlener wil het volgende bespreken: omgang met elkaar waaronder u of jij zeggen, uitleg structuur van de gesprekken, ziekmelding, afzegging.

Terugkijken: hoe was het intakegesprek gegaan? Hoe is daarna gegaan? Mevrouw heeft het intakegesprek als prettig ervaren. Ze wil graag met zichzelf aan de slag.

Doelen en gespreksonderwerpen: de afspraak wordt gemaakt om ‘jij’ tegen elkaar te zeggen. De hulpverlener legt uit welke vaste elementen tijdens elk gesprek zullen worden gehanteerd. Ook maken ze afspraken indien de hulpverlener ziek is of mevrouw ziek is of niet op een afspraak kan komen. Deze afspraken worden vastgelegd in het dossier en later in haar begeleidingsplan. Ze accepteert de samen gemaakte afspraken, maar er is enigszins weerstand. Als de hulpverlener dit benoemt wordt mevrouw kribbig en zegt al vele hulpverleners te hebben gehad. Ze vindt de afspraken overdreven en neemt een nonchalante houding aan. De hulpverlener voelt zich aangevallen, alsof hij iets niet goed doet. Hij is bewust van deze gevoelens en probeert op metaniveau te komen door uit te spreken dat hij het gevoel heeft dat ze niet op een lijn zitten.

Gespreksmethode: relatiemanagement. De hulpverlener leunt wat achterover, blijft even stil.

Mevrouw pakt de draad van het gesprek op door te zeggen dat zij diepgaande, intensieve gesprekken wil, geen geneuzel over structuur en afspraken. De hulpverlener knikt en zegt nog niets. Mevrouw wil een reactie van de hulpverlener en vraagt zich af of de hulpverlener het niet snapt. Die antwoordt dat hij haar probeert te begrijpen: zij had andere verwachtingen bij binnenkomst. Het is dus goed om de verwachtingen te bespreken. Mevrouw wil gesprekken over haar problemen en elk gesprek praten over haar houding om zichzelf te begrijpen. De hulpverlener probeert een doel te formuleren maar dit werkt averechts. Mevrouw vindt dat zij eerst meer moet vertellen over zichzelf.

Terugkijken op gesprek: mevrouw geeft aan dat zij het gesprek wel als erg strak heeft ervaren. Ze wil graag haar verhaal vertellen zonder allerlei poespas. De hulpverlener geeft toe dat het gesprek wat star kan overkomen maar dat dit onderdeel van de werkwijze is.

SRS invullen: de hulpverlener heeft de neiging nog geen SRS te laten invullen, uit angst voor opnieuw veel weerstand en afhaken van behandeling - maar bedenkt zich, het kan juist goed zijn voor de werkrelatie deze wel in te vullen. Hij legt de SRS uit en geeft haar de ruimte om aan te geven wat ze wel en niet prettig heeft ervaren. Mevrouw voelt zich in relatie/contact met de hulpverlener niet begrepen. De hulpverlener vult de SRS ook in en ziet dat hij te snel aan doelen wil werken. Ze maken samen de afspraak om eerst elkaar beter te leren kennen.

Doelenfase

In de vervolggesprekken ligt de focus op het maken van doelen. In de contactfase heeft de hulpverlener samen met mevrouw de Bonte al eerder getracht doelen te maken. Toen ging de hulpverlener te snel en neigde oplossingen te bedenken. Het contact liep hierdoor soms vast doordat er onderliggend nog geen sprake was van een echte werkrelatie.

Agenda: mevrouw wil over de verziekte maatschappij praten en dat zij wil stoppen met leven.

Terugkijken: tussen het vorige gesprek en nu heeft zij hoogoplopende ruzie gehad met haar ex-man.

Doelen en gespreksonderwerpen: terugkijkend op de vorige gesprekken komt de verziekte maatschappij wekelijks terug op de agenda. Ook uit zij zich regelmatig suïcidaal. Beide onderwerpen bespreken ze uitgebreid. Ze beginnen met de ruzie met haar ex-man en relateren dit aan haar visie op de maatschappij. In haar ogen gaat de wereld kapot, iedereen is laks en egocentrisch en de overheid doet hier niets aan. Zij als burger probeert hiertegen te vechten door normale omgangsregels aan haar buurman uit te leggen, zoals het niet boren om acht uur 's avonds en geen luide muziek. Ze begrijpt niet waarom niemand ingrijpt en ze heeft het gevoel dat zij als enige hiertegen aan het vechten is. De burens aan de andere kant hebben schijnbaar nergens last van. Ze is levensmoe en wil niet meer verder leven.

Gespreksmethode: motiverende gespreksvoering. Mevrouw heeft enerzijds levensenergie om te vechten, anderzijds niet meer. De hulpverlener probeert met empathie te kijken wat de voor- en nadelen zijn van deze verschillende houdingen. Mevrouw wordt tijdens het afwegen boos en weet het ook niet meer. De hulpverlener probeert mee te bewegen met haar boosheid en weerstand. Dit helpt om haar te ondersteunen in wat zij misschien wel anders wil. Het gevoel een buitenbeentje te zijn maakt haar

» Hoofdstuk 3

emotioneel. Het is een eenzame strijd en ze wil graag steun. Samen komen ze tot het volgende doel: het vergroten van haar steunsysteem. Met dit doel komt er veel ellende van vroeger los. Ze heeft zeer weinig contact met haar zussen en broer en dit raakt haar. Hierdoor heeft zij extra het gevoel van mislukt te zijn. Haar zussen en broer hebben het voor elkaar met een gezinsleven. Zij is gescheiden en ziet haar kinderen weinig. Mevrouw zou graag weer in contact willen komen met haar broers en zussen. Dit voegen ze aan haar eerste doel toe.

Terugkijken op gesprek: mevrouw vond het een prettig gesprek en voelde zich gesteund. Zij wil graag werken aan haar doelen.

SRS invullen: Ze vullen beide de SRS in en komen overeen dat ze het allebei een prettig en nuttig gesprek vonden. Mevrouw voelde zich gehoord en begrepen.

Verder verloop doelenfase

Motiverende gespreksvoering is een belangrijke houding om mevrouw in beweging te krijgen in plaats van alleen 'spuicontacten' te creëren. De hulpverlener merkte dat het lukte om mevrouw te doen bewegen en doelen formuleren. De volgende gesprekken blijven wisselend lopen, mede door de ambivalente houding van mevrouw om aan haar doelen te werken. Hierdoor voelt de hulpverlener zich soms vastzitten. Het helpt om terug te gaan naar de vorige fase, de contactfase. De hulpverlener gaat op metaniveau zitten en focust op de relatie: neutraal, begripvol maar ook strak in tijd en gericht op de vaste elementen. Haar boosheid in de gesprekken maakt hij bespreekbaar. Hij legt uit dat hij soms wat bang van haar wordt. Met deze kwetsbaarheid raakt hij mevrouw. Zij wil zelf minder snel boos worden. Naast het weer zinvol contact willen hebben met haar broers en zussen, wordt het minder snel boos worden een tweede doel. Ze vullen allebei de CANSAS in, een lijst waarin door client en hulpverlener zorgbehoeften worden geïnventariseerd. De grootste zorgbehoefte bij mevrouw zit op het gebied van drugs en lichamelijke gezondheid en relaties. Ze relateren deze zorgbehoeften aan haar doelen in het kader van een steunsysteem opbouwen en de familieband herstellen en komen tot een derde doel: het verminderen van wietgebruik. Mevrouw denkt dat wanneer zij meer steun voelt zij minder wiet nodig zal hebben. Op het gebied van lichamelijke gezondheid is de diabetes een aandachtspunt. Samen hebben ze haar begeleidingsplan ingevuld. Er is overeenstemming over de doelen en er kan worden overgegaan naar fase drie, de werkfase.

Werkfase

De focus in de vervolggesprekken is gericht op het kiezen en uitvoeren van interventies.

Agenda: mevrouw wil haar verrotte leven bespreken, ze voelt zich mislukt en dempt dit gevoel met wiet.

Terugkijken: mevrouw heeft op straat ruzie gehad over een Red Bull-blikje dat een vrouw op straat gooide, en is slaags geraakt met haar. Ze baalt hiervan maar geeft de ander de schuld.

Doelen en gespreksonderwerpen: mevrouw voelt zich rot, geeft de schuld aan de vrouw die haar uitschold voor "zeikwijf". Ze wordt dan boos en gaat slaan. Weet niet waardoor dit komt. Om tot rust te komen rookt ze een voorgedraaide joint.

Gespreksmethode: gedragsanalyse. Om erachter te komen wat er precies in het contact tussen haar en de vrouw is gebeurd, past de hulpverlener gedragsanalyse toe. Ze staan uitgebreid stil bij het incident en proberen de aanleiding te onderzoeken. De trigger lijkt te zijn dat de vrouw zomaar een blikje op straat gooide, terwijl dat niet hoort. Zoiets doe je niet, en dat hoort iemand te weten vindt mevrouw. Aangezien de vrouw meteen begon te schelden kon zij alleen nog maar reageren door te gaan slaan. De vraag is of er haar gedrag effectief was en wat zij anders had kunnen doen. Samen zetten ze de schakels aan elkaar en komen erop uit dat mevrouw wil proberen om de volgende keer alleen te schelden, zonder fysiek geweld te gebruiken. Een volgende stap zou kunnen zijn om uit te zoeken hoe ze de boodschap op een andere manier kan overbrengen.

Terugkijken op gesprek: mevrouw geeft aan dat de hulpverlener haar het gevoel geeft dat hij haar agressieve houding afkeurt. Hij formuleert dat hij alleen probeert te helpen om ander gedrag in te zetten.

SRS invullen: mevrouw vult de SRS op het gebied van aanpak en werkwijze met "ontevreden" in. Ze kreeg het gevoel dat hij haar te veel vragen had gesteld. Hij gaat niet in de verdediging, neemt de boodschap aan en ze spreken af dat ze de gedragsanalyse voorlopig niet meer gebruiken.

Verder verloop werkfase

In de vervolggesprekken wordt stilgestaan bij haar wietgebruik. Mevrouw begint steeds meer verband te leggen tussen haar verslaving en onderliggende pijn. De hulpverlener gebruikt als gespreksmethode motiverende gespreksvoering, en staat stil bij pijnlijke gebeurtenissen in haar leven en haar rouwproces. Tevens legt hij de focus steeds meer op het sociale systeem. Met wie trekt zij veel op en wie kan zij in vertrouwen nemen? Ook kijken ze samen naar haar doel om weer in contact met familie te komen, uiteraard heel voorzichtig om teleurstellingen te voorkomen. Mevrouw blijft star in haar houding, de hulpverlener probeert zijn houding zo neutraal mogelijk te houden. Soms is er een wederzijds goed bevonden gesprek, het andere moment kraakt ze de hulpverlener af. Na verloop van tijd komt er steeds meer vertrouwen waardoor ze de doelen kunnen gaan realiseren. Dit is wel pas ruim een half jaar na start van het hulpverleningstraject en een moment om het behandelplan er bij te pakken, de doelen te evalueren en zo nodig bij te stellen.

Resultaat

Door de gestructureerde, doelgerichte begeleiding waarbij veel aandacht voor de interpersoonlijke relatie is, ontstaat heel langzaam bij mevrouw de Bonte meer vertrouwen in de hulpverlening en kunnen voorzichtige begeleidingsdoelen worden opgesteld om mee aan de slag te gaan. De hulpverlener heeft een aantal verschillende gespreksmethoden gehanteerd zoals: relatiemanagement, motiverende gespreksvoering en gedragsanalyse. Indien de hulpvragen van mevrouw de Bonte meer op het gebied van huisvesting, financiën en zelfzorg hadden gezeten, had hij de gespreksmethode casemanagement ingezet en mogelijk al in een eerder stadium andere vormen van hulpverlening ter ondersteuning voorgesteld.

» Hoofdstuk 3

Conclusie

In dit artikel zijn de hoofdlijnen geschetst van een gestructureerde, methodische begeleiding van mensen met wie het contact complex verloopt, de ISPB-methodiek. ISPB kan worden ingezet binnen de langdurige psychiatrische zorgverlening, geboden door HBO-hulpverleners, die doorgaans wordt aangeduid als "steunend, structurerend"-contact en die weinig methodisch en doelgericht te werk gaat. ISPB heeft als doel om de kwaliteit van zorg aan deze groep cliënten te verbeteren en ervoor te zorgen dat hulpverleners hun vak methodischer en doelgerichter kunnen uitvoeren en niet in een "begeleidingsimpasse" terechtkomen. Door tevens aandacht te schenken aan de limitering van de geboden zorg door regelmatige evaluaties kent deze vorm van zorg geen open einde, maar moet er effectief nagedacht worden over het afsluiten of overdragen van de zorg aan bijvoorbeeld de Basis GGZ of POH-GGZ.

Literatuur

- ¹ Delespaul, P. en de consensusgroep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 427-438.
- ² Dieperink, C.J., Pijl, Y.J., Mulder, C.L., Van Os, J., and Drukker, M. (2008). Langdurig zorgafhankelijke patiënten in de ggz: Samenhang met verstedelijking. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 761-769.
- ³ Koekkoek, B., van Meijel, B., Tiemens, B., Schene, A., and Hutschemaekers, G. (2011). What makes community psychiatric nurses label non-psychotic chronic patients as "difficult": patient, professional, treatment and social variables. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 1045-53.
- ⁴ Hellenbrand, I., Tiemens, B., and Appel, T. (2007). Lange behandelingen ontberen scherpe behandeldoelen. *Psychopraxis*, 9, 84-87.
- ⁵ Lambert, M.J., Burlingame, G.M., Umphress, V., Hansen, N.B., Vermeersch, D.A., Clouse, G.C., and Yanchar, S.C. (1996). The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 249-258.
- ⁶ Koekkoek, B. (2011). *Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding : Methodisch werken met ernstige en langdurige problematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.*
- ⁷ Duncan, B.L., Miller, S.D., Sparks, J.A., Claud, D.A., Reynolds, L.R., Brown, J., Johnson, L.D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary Psychometric Properties of a "Working" Alliance Measure. *Journal of Brief Therapy*, 3, 3-12
- ⁸ Koekkoek, B., Van Meijel, B., Schene, A., Smit, A., Kaasenbrood, A., and Hutschemaekers, G. (2012). 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*, 49, 549-559.
- ⁹ Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press
- ¹⁰ Dawson, D., and MacMillan, H.L. (1993). *Relationship management of the borderline patient: From understanding to treatment*. New York City: Brunner/Mazel.
- ¹¹ Rollnick, S., Miller, W.R., Butler, C.C., and Aloia, M.S. (2008). Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 5, 203-203.
- ¹² De Jong, P. and Berg, I.K. (2004). *De kracht van oplossingen : handwijzer voor oplossingsgerichte gesprekstherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger
- ¹³ McCullough, J.P. (2003). Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP). *Journal of Psychotherapy Integration*, 13, 241-263.
- ¹⁴ Stel, J. van der (2002). De effectiviteit van casemanagement voor de rehabilitatie van psychiatrische patiënten. *Praecox*, 34.
- ¹⁵ Koekkoek, B., van Meijel, B., and Hutschemaekers, G. (2010). Community mental healthcare for people with severe personality disorder: narrative review. *The Psychiatrist*, 34, 24-30.

- ¹⁶ van Veen, M., Koekkoek, B., Mulder, N., Postulart, D., Adang, E., Teerenstra, S., Schoonhoven, L., and van Achterberg, T. (2015). Cost effectiveness of interpersonal community psychiatric treatment for people with long-term severe non-psychotic mental disorders: Protocol of a multi-centre randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15, 100.
- ¹⁷ Peters, A. (2017). 'Ik wil vooruit!'. Kwalitatief onderzoek naar de therapeutische relatie tijdens Interpersoonlijke Sociaal Psychiatrische Begeleiding. Afstudeerscriptie Master Advanced Nursing Practice. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

* = aangeraden literatuur over dit onderwerp

H4

Samen werken in moeilijke interacties Een reflectief, ervaringsdeskundig perspectief

Martijn Kole & Bauke Koekoek

Praktijkwestie

Wie last heeft van psychische problematiek zoekt meestal hulp, maar niet altijd.

Die hulp sluit meestal goed aan, maar ook weer niet altijd. Als de cliënt echt geen hulp wil maar anderen vinden dat die hulp wel hard nodig is, wordt soms vanuit professioneel perspectief, 'bemoeizorg' ingezet. Voor hulp aan iemand die tegelijkertijd wel en geen hulp wil, hebben we geen nette professionele term maar wel woorden die een bepaald gevoel van machteloosheid of hopeloosheid uitdrukken. Hulpverleners spreken van 'moeilijke patiënten' die 'ongemotiveerd zijn' of 'niet meewerken'.

Het is heel goed mogelijk dat onder die ambivalentie vragen liggen die maken dat mensen niet bewegen of niet aangeven dat zij het moeilijk hebben. Het kan ook zijn dat wat hulpverleners aanbieden niet is wat mensen zoeken of waar zij zich in herkennen - en zij dus 'zorgvuldige zorgzoekers' zijn. Bij sommige problematiek, zoals bv. psychoses of manieën waarbij de persoon soms heel erg de weg kwijt is, vinden hulpverleners het 'niet meewerken' tot op zekere hoogte acceptabel - ze zien het als onderdeel van de stoornis. Als zulke problematiek niet overduidelijk of niet in ernstige mate aan de orde is, maar de persoon stelt zich toch 'dwars', 'afhankelijk' of 'gehospitaliseerd' op, dan wordt dit gedrag snel aan de persoon zelf geweten. Onder hulpverleners valt dan al snel de term 'persoonlijkheidsstoornis', of het verwijt dat de cliënt een vervelend karakter heeft.

Wat een 'vervelend karakter' is, is zeer subjectief. Er bestaan natuurlijk, in alle lagen van de bevolking, mensen die met iedereen ruzie krijgen en door velen 'moeilijk' worden gevonden. Toch zou 'vervelend karakter' of 'persoonlijkheidsstoornis' niet de eerste reactie van een hulpverlener moeten zijn. Hoewel het een menselijke reactie is (het ligt aan de ander, niet aan mij), is die zelden effectief. We mogen er namelijk best vanuit gaan dat onder mensen die hulp bij psychische problematiek zoeken, relatief meer mensen zijn die moeite hebben met contact maken en communiceren in verschillende contexten dan in de algemene bevolking. We kunnen alleen maar hopen dat onder hulpverleners juist relatief meer mensen zijn die heel goed in contact maken en communiceren zijn - al zijn dat niet altijd de redenen voor mensen om hulpverlener te worden. Van hulpverleners mogen we verwachten dat hun eerste reactie bij een moeilijk verlopend contact met een cliënt is om te onderzoeken of dat ligt aan de interactie tussen hen beiden of aan henzelf - naar de ander kijken kan altijd nog.

Er bestaan namelijk ook 'moeilijke' hulpverleners. Onderzoek laat zien dat er hulpverleners zijn die consequent slechtere resultaten halen dan anderen en sommigen krijgen veel klachten/tuchtzaken aan hun broek (al is dit ook vaak vanwege positief bedoeld bemoeizuchtig hulpverlenerschap). Eigenschappen van 'moeilijke' hulpverleners zijn o.a.: slecht luisteren/aansluiten, constant confrontaties zoeken of alle confrontatie vermijden, vasthouden aan het eigen verklaringsmodel/aanpak/protocol en ongelijkwaardigheid

uitstralen/uitdragen. Zeker weten hoe het zit (dus 'zeker weten' in plaats van 'niet-weten', zie hoofdstuk 2) en als 'expert' steeds verantwoordelijkheid overnemen (zie ook hoofdstuk 3) horen daar ook bij. En hulpverleners die afspraken niet nakomen en zo dus onbetrouwbaar zijn maken het hun cliënten natuurlijk ook niet bepaald makkelijk.

In deze bijdrage focussen we vanuit een ervaringsdeskundig perspectief op wat hulpverleners kunnen doen om een uitweg te vinden uit moeizame contacten met cliënten. Daaraan gaat een basishouding vooraf, waarop een aantal principes komen die deels vergelijkbaar met die we in andere hoofdstukken al bespraken:

- reflecteren (op je eigen zijn en handelen)
- exploreren (in plaats van escaleren)
- verbinden (met persoon en netwerk)

Casus - start

Als ik (Martijn) naar een afspraak toe fiets dan moet ik mezelf steeds tot de orde roepen. Ik heb dan bijvoorbeeld afgesproken met een collega bij iemand, en vaak zijn daar ook mensen uit diens netwerk bij aanwezig - dat kunnen vrienden of familie zijn, maar ook burens of een wijkagent. Op de fiets zit ik dan al te denken: wat zou er aan de hand kunnen zijn, wat zouden we kunnen gaan doen, waar zit de oplossing? Voor ik het weet maak ik een plaatje in mijn hoofd van 'hoe het zit'. En als ik gejaagd, onrustig of op een andere manier niet helemaal in evenwicht ben, ga ik dat meer doen. Ik ben dan op zoek naar houvast, duidelijkheid en overzicht. Dit maakt dat ik minder open sta voor datgene wat cliënten en hun netwerk mij willen vertellen. Mijn eigen gedachten en gevoelens nemen de ruimte in en kruipen naar voren en kleuren dan sterk datgene wat ik denk te horen. Dit maakt het moeilijk om echt getuige te zijn van wat er zich aandient.

Ondertussen ben ik zover, een soort van mindful, dat ik al tijdens dit gehypothetiseer over de werkelijkheid mezelf tot de orde kan roepen. Mij bewust te worden (reflecteren) wat er in mij leeft en ruimte te maken voor datgene wat zich in het contact met de cliënt en zijn netwerk aandient zodat ik in staat ben om daar passend op te reageren. Zodat ik hen opmerk, hoor en zie. Ik dwing mezelf om die ballast te parkeren door me bewust worden van alles wat er in mij leeft en hoe de ander(en), zijn/hun verhaal, situatie resoneert in mij en wat dit bij mij oproept. Soms vertrek ik wat eerder naar de afspraak, zodat ik nog even op een bankje kan stil staan bij wat er in me om gaat.

Soms denk ik dat het bij dit proces gaat over veiligheid, schaamte of wanhoop. Veiligheid om de kwetsuren onder ogen te komen, in contact met mensen die optimaal jouw autonomie en belangen behartigen. Veiligheid in de relatie met hulpverleners en naasten, om samen hetgeen onder ogen te komen dat jou niet lukt, de pijn die jij hebt. Maar ook wat je omgeving ervaart door jouw gedrag, wat jij daar zelf in doet, in welke patronen jullie gevangen zitten. En dat de strategieën die lang hebben gewerkt nu misschien vooral ellende veroorzaken. Ook veiligheid om aandacht voor schaamte toe te laten. Voor mogelijk, dieper gewortelde gevoelens van wanhoop. Door eerder opgelopen trauma, het erg moeilijk vinden mensen te vertrouwen of je veilig te voelen in contact met anderen. Maar dat velen ook een zesde zintuig hebben voor de oprechtheid, veiligheid en betrouwbaarheid van anderen - of het gebrek daaraan. Wil je bovenstaande zaken op tafel krijgen dan begint het met een ongeconditioneerd omarmen van alles wat "is" in ieder uniek mens. Dit betekent niet dat alles geaccepteerd wordt. Ik denk dat wat wij als mensen ten diepste willen is om opgemerkt, gezien en gehoord te worden, dit met alles er op en eraan. Niet zozeer

» Hoofdstuk 4

zitten te wachten op allerhande oplossingen, raad en advies (doelgericht). Dat is soms ook nodig en handig maar vaak erg overschat. We zoeken mensen die naast ons staan wanneer wij onszelf proberen te redden, die het proces begeleiden. Ons opmerken in alle kwetsbaarheid en veerkracht. Wij denken al snel dat wij mensen echt opmerken, horen en zien, maar is dat echt zo?

Praktische kennis: basishouding en voorbereiding

Heel vaak stappen hulpverleners haastig in een gesprek en belanden met cliënten dan makkelijk in zichzelf versterkende patronen. Ze hebben of ervaren een tekort aan tijd, terwijl ze misschien eerder werkelijke aandacht missen. Heel vaak zitten twee of meer hulpverleners in gesprek met een cliënt en/of anderen zonder dat ze elkaar vooraf even hebben gesproken of met elkaar hebben afgestemd - via vragen als: hoe zit je erbij, welke rol wil jij innemen, waar zie je tegenop, waar kijk je naar uit? Hulpverleners vinden het belangrijk om - als ze iemand nog niet kennen - 'het dossier' gelezen te hebben, waarin o.a. diagnose, eerdere hulpverlening en huidige problemen staan beschreven. Ze worden daarin regelmatig bevestigd door cliënten, vooral zij die al lang hulpverlening hebben of er veel van verwachten, die geïrriteerd reageren als de dossierkennis van de hulpverlener te kort (b)lijkt te schieten. De hulpverlener die zegt graag enigszins blanco te beginnen, wordt al snel gezien als slecht voorbereid en (bewust) onwetend over alle moeite die al gedaan is. Dat is niet geheel onterecht want de hulpverlener die het grootste deel van het gesprek gebruikt om vragen te stellen die de cliënt al eerder uitgebreid heeft beantwoord, is inderdaad slecht voorbereid. Maar dossierkennis kan de hulpverlener ook belemmeren om onbevooroordeeld te kijken en zich te verwonderen over waar mensen mee komen.

Reflecteren

Reflecteren kan op verschillende niveaus: in jezelf en met/tussen anderen. Eerder (in hoofdstuk 2) is al een en ander gezegd over opmerkzaam zijn op eigen gevoelens en daarnaar handelen in een gesprek - dus zowel interne reflectie als interpersoonlijke reflectie. Dit kan tijdens het gesprek met de cliënt en haar/zijn netwerk. Reflecteren kan ook met collega's: voor of na een gesprek over hoe het proces verliep. Dat is iets anders dan praten over de uitkomst (bijvoorbeeld: 'het liep goed en hij leek wel tevreden') of over de cliënt ('hij was er niet bij met zijn gedachten maar we hebben ons punt wel duidelijk gemaakt'). Echt reflecteren gaat over hoe het liep: wie wanneer wat zei, wat dat voor effect had, wat cruciale momenten in het gesprek waren én wat dit proces mogelijk te maken heeft met de hulpverleners zelf. Als de één sterk normatieve uitspraken deed (bijvoorbeeld: 'dit gedrag moet stoppen!'), wat is daarvan de reden: wellicht irritatie, bezorgdheid of een sterk gevoel van verantwoordelijkheid voor de lastige situatie? Welke eigen gevoelens of eerdere ervaringen staan in de weg om onbevangen nieuwsgierig te zijn en te verkennen wat de ander drijft? Wellicht het meest belangrijk is de vraag of deelnemers aan het gesprek het gevoel hadden in contact met elkaar te zijn.

Exploreren

Als een hulpverleningscontact niet gaat zoals we hadden gehoopt of gewenst hebben hulpverleners een sterke neiging te 'escaleren': een ander kader te zoeken waarin iets wel 'werkt'. Deze rituelen kunnen het gevolg zijn van het elkaar al in een veel eerder stadium kwijt geraakt zijn, of van de moeite om openheid te creëren (over jezelf en naar de ander) waardoor niet besproken is wat er echt toe deed. Sociaal werkers verwijzen door naar meer gespecialiseerde zorg, verpleegkundigen schakelen de psychiater in en als niemand het meer weet is er altijd nog de (gesloten) kliniek waar iemand kan worden opgenomen. Deze donkere schaduw van verdere specialisatie, mogelijk resulterend in dwang en vrijheidsbeneming,

hangt altijd boven hulpverleners en cliënten die moeilijke dingen bespreken. Een goed voorbeeld is het praten over suïcidaliteit: veel cliënten weten dat veel hulpverleners hierop vaak met escalerend gedrag reageren: nauwgezet uitvragen, een risicotaxatie maken, anderen inschakelen om te 'beoordelen' en mogelijk overgaan tot 'beschermen' door iemand op te nemen.

Wie als cliënt zoekt naar die bescherming van de instelling of zelfs de kliniek, zal suïcidaliteit mogelijk juist niet ter sprake brengen. Wie die escalatie niet wil, zal zwijgen over suïcidale gedachten of gevoelens uit angst voor de gevolgen. In beide gevallen ontstaat er geen gesprek over waarom iemand suïcidaal is, over de pijn die de wanhoop veroorzaakt en wat daaraan - eventueel - te doen is. Toch is dat wat exploreren behelst: onderzoeken hoe het zit, zonder snelle oordelen te vellen of verantwoordelijkheid over te nemen. Exploreren is nieuwsgierig zijn, zonder een oordeel, etiket of actie klaar te hebben. Exploreren vraagt dus om weerstand bieden aan de neiging tot escaleren: niet zeggen of denken 'dit gaat zo niet langer' maar doorvragen en doorzoeken naar de verbinding met de ander en de thema's waar het echt om gaat. Exploreren is verbreden in plaats van versmallen tot dat wat niet loopt of waarop het contact vastloopt. Als dat de hulpverlener en cliënt samen niet lukt hoeft er niet gelijk een meer gespecialiseerde hulpverlener te worden ingeschakeld: een collega uit hetzelfde team kan ook betrokken worden en meedenken, of meedoen om andere ingangen te zoeken (en zo dus nieuwe terrein te exploreren).

Casus - vervolg 1

Je moet beseffen: praten over hoop en herstel is gevaarlijk. Cliënten en hun netwerk kunnen onbewust strategieën toepassen om risico's op meer verlies te voorkomen. Want als de ander weer hoop krijgt en die hoop komt niet uit ben je nog meer kwijt. En voor het netwerk geldt vaak hetzelfde: als het nu 'goed' gaat, waarom dan iets veranderen? Dat 'goed' gaan is vaak beoordeeld vooral vanuit het perspectief van betrokkenen: de cliënt is stabiel, er vinden geen grote crisissen plaats en er is een soort consensus over dat 'dit is wat het is'. De cliënt zelf kan zijn diagnose zijn geworden, en voelen er niks aan te kunnen doen. Zich bijvoorbeeld erg hebben vereenzelvigd met zijn of haar diagnose: ik ben autist, ik ben schizofreen of ik ben borderliner. De stoornis is dan de identiteit geworden, en het is veiliger om te foeteren op de hulpverlening dan zelf stappen te zetten. Want als dat mislukt is dat weer een extra kwetsing. Het vraagt veel moed en vertrouwen om het bekende los te durven laten en nieuw perspectief te omarmen, nieuw gedrag aan te leren, verantwoordelijkheid te nemen voor het eigen leven en met elkaar te bewegen naar een gezonder evenwicht.

Dus als ik (Martijn) in een gesprek zit met een cliënt, een collega en een groter netwerk dan ben ik niet bezig met doelen die bereikt zouden kunnen worden, niet als een dulle stier op weg naar 'herstel'. Ik ga niet zomaar vragen wat de ander zou willen - want mijn vragen kunnen de ruimte dicht drukken. Uit eigen leven weet ik maar al te goed wat er op het spel kan staan: als ik weer dingen ga willen kan ik ook falen of door anderen afgerekend worden op mijn wensen of doelen. Ik begin zo'n gesprek steeds met de vraag 'hoe zouden jullie dit gesprek willen gebruiken? En dan gaan we verkennen wat er speelt: nodig ik mensen uit om dingen te zeggen. Ik let enorm op wat er letterlijk gezegd wordt, en op de non-verbale communicatie. Ik probeer niet te interpreteren, niet zelf conclusies te trekken, niet teveel aan het woord te zijn. Dat vraagt om discipline en om voortdurende zelfreflectie. Om te zijn en blijven bij 'de plek der moeite'. Ik probeer niet om dingen heen te lopen maar vraag door waar pijn zit, waar angst voor verandering zit en waarom. Hierbij maak ik ook bespreekbaar wat het gedeelde verhaal/situatie met mij doet En dat moet respectvol gebeuren: ik kan niet bepalen of iemand het contact met een broer of zus zou moeten

» Hoofdstuk 4

herstellen. Dat kan heel verstandig lijken vanuit mijn perspectief maar het kan zomaar te groot zijn, of mijn wens en niet die van de ander. Of dat zo is kom je alleen maar echt te weten door voorzichtig door te vragen, of ruimte te maken door de laatste woorden te herhalen. Ik probeer heel bescheiden te zijn. Ik probeer diversiteit te omarmen en me heel bewust te zijn van mijn waarden, mijn pijn en mijn verdriet - die regelmatig de kop opsteken in een intens gesprek.

Verbinden

De hierboven beschreven benadering, zowel in de tekst als in de casus, rust op de fundamentele aanname dat de mens een sociaal wezen is. Mensen hebben dus een sociaal netwerk nodig waarmee ze zich duurzaam verbinden: samen betekenis geven, van betekenis zijn voor anderen, relaties vormen en geborgenheid en inbedding vinden. Een netwerk kan naasten (bv. familie en vrienden) omvatten maar kan ook bestaan uit een enigszins betrokken buurvrouw en verder alleen hulpverleners. Hoe dan ook is dat netwerk cruciaal voor verbinding met de rest van de wereld - en dus ook cruciaal voor de hulpverlener die bij een cliënt of netwerk betrokken is. Verbinding is dan ook meer dan alleen een contact tussen hulpverlener en cliënt, want niemand leeft in een volledig sociaal vacuüm (zie ook hoofdstuk 6).

In onze, sterk op het individu gerichte, samenleving en zorgsystemen kost het vaak moeite om aan het werk te gaan met een netwerk. Het is soms lastig dat netwerk op te sporen, ermee in gesprek te raken en aandachtig te luisteren naar wat er speelt bij de mensen in dat netwerk. Mensen in een netwerk rond iemand met ernstige problematiek hebben vaak al veel mee gemaakt en geloven soms meer in een stabiele status quo dan in een risicovol veranderproces. De eenvoudige gedachte dat het netwerk (of 'mantelzorg') wel 'wat meer kan doen', die ten grondslag lijkt ligt te liggen aan de politiek ingezette beweging richting een participatiesamenleving, staat haaks op een echte verbinding met netwerken. Dat wil niet zeggen dat alleen professionele zorg een antwoord kan zijn op behoefte aan hulp en ondersteuning, wel dat hulpverleners mensen in netwerken rondom hun 'officiële cliënten' veel meer als 'cliënt' zouden mogen beschouwen. Netwerken om cliënten heen zijn niet zelden zelf overbelast en in een overlevingsmodus. Het ondersteunen van het netwerk als geheel kan het welzijn van het gehele netwerk en daarmee de draagkracht bevorderen. Herstelprocessen kunnen vaak niet los gezien worden van de context.

Casus - vervolg 2

We komen er vaak nog veel te laat bij en dan gaan we escaleren: als het de persoon zelf en het netwerk of de betrokken woonbegeleiders niet lukt, worden de FACT-hulpverleners van de GGZ gebeld en als ook die er niet uitkomen moet de crisisdienst komen. En dan moet die persoon in gesprek met mensen die hij of zij niet kent, waar geen verbinding, relatie en vertrouwen mee bestaat.

Het lukt ons nog te weinig om als een gemeenschap te werken waarbij hulpverleners tijdig extra ondersteunen wanneer dat nodig is. Om dat voor elkaar te krijgen heb je dus een verbinding met het netwerk nodig, om te horen wat ze kunnen en wat ze niet kunnen. Dit vraagt flexibiliteit en betrouwbaarheid. Om te snappen wat er aan de hand is, om ze pijn te helpen verdragen maar ook te kunnen helpen als het niet gaat, en ongezonde patronen te helpen herkennen en doorbreken. En hoe dat allemaal zit, dat weet ik dus vooraf niet.

Er is geen handleiding voor hoe het standaard werkt bij mensen, hoe een netwerk functioneert. Daarvoor verschillen mensen simpelweg teveel. We kunnen er wel dichterbij komen als we ons focussen

op het proces, en niet alleen op de 'ziekte' of 'de uitkomst'. Dat procesmatig werken vraagt andere vaardigheden. Luisteren, reflecteren, spanning verdragen, bij de plek van de moeite durven zijn, aftasten, navragen, bijstellen en meer.

En dat klinkt heel mooi maar natuurlijk lopen hulpverleners daarbij tegen grenzen aan, en tegen persoonlijke en professionele waarden en normen. Het is een kunst om te weten wanneer te laten en af te wachten en wanneer door te pakken en door te zetten. En het helpt om daarin heel dicht bij jezelf te blijven en dus ook weer reflectief te zijn, door iets te zeggen als: "Het is toch heel lastig voor me om goed naar je te blijven luisteren, omdat de manier waarop je nu tegen je broer praat me kwaad maakt" (zie ook hoofdstuk 2 voor een nadere uitwerking hiervan).

Conclusie

In dit hoofdstuk bespraken we drie strategieën: reflecteren, exploreren en actief de verbinding zoeken met anderen - zowel in het netwerk rond de cliënt, als in het eigen professionele netwerk. We hebben geprobeerd te beschrijven hoe verbinding te krijgen met mensen met wie die verbinding moeizaam of afwezig is. De basisgedachte is dat die nodig is om met elkaar te kunnen werken. Voor sommigen is de verbinding zelf al heel betekenisvol en daarmee helpend, voor anderen is het een voorwaarde om vervolgens andere dingen (zoals bv. toekomstdoelen, individuele behandeling, werk) toe te voegen. Een fundamenteel uitgangspunt is daarbij dat meer nodig is dan alleen een verbinding tussen cliënt en hulpverlener: leven in de samenleving behelst meer dan alleen een huis, inkomen en een contact met een hulpverlener. Rondom een cliënt zijn veel meer verbindingen nodig, zoals die in een netwerk zitten waarin ook knooppunten voorkomen waar mensen meer contact hebben.

Dit hoofdstuk vindt zijn oorsprong in het gedeelde gedachtengoed van de twee auteurs. Beiden hebben - op verschillende manieren - langdurige ervaring met het werken met mensen en (hopelijk) met het verbinden volgens deze principes. Tegelijkertijd beseffen we dat dit niet te leren valt vanaf papier. Deze bijdrage is dus vooral een vertrekpunt, geen eindpunt. Om dit consequent toe te passen in werk en leven, zijn constante reflectie nodig. Ook dat kan een individu niet alleen doen en organiseren - werken op deze manier vraagt dus net zo hard om een ondersteunende context en netwerk.

Begeleiding in beperkte tijd met aandacht voor de omgeving binnen de organisatie

Bauke Koekkoek

Praktijkwestie

De Nederlandse zorg zucht onder tekorten en wachtlijsten. Cijfers laten zien dat in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) behandelingen langer worden en wachttijden stijgen¹. Ondanks het bestaan van in tijd gelimiteerde trajecten per probleem/stoornis (DBC's), is het mogelijk om behandelingen langer te laten doorlopen door een nieuw traject te starten. Er zijn echter grote verschillen in de gemiddelde behandelduur tussen verschillende instellingen en dat roept de vraag op of behandeling of begeleiding wel altijd zo lang moet duren². Een belangrijke oorzaak van die verschillende behandelduren is dat er geen eenduidig eindpunt is voor een begeleidingscontact³. Geen meting of score die onomstotelijk aantoont dat iemand 'hersteld' of 'nog niet hersteld' is. Of iemand minder klachten heeft, weer functioneert of zich hersteld voelt, is afhankelijk van veel verschillende factoren en vooral van de inschatting van betrokkenen zoals de cliënt zelf, de hulpverlener en mensen in de omgeving van de cliënt. Als niet overduidelijk vast staat 'hoe het zit', dan wordt besluitvorming over hoe het zit - in dit geval wanneer begeleiding kan worden beëindigd - extra belangrijk. In dit hoofdstuk kijken we hoe die besluitvorming plaats vindt tussen cliënt en hulpverlener en hulpverleners onderling en wat dat betekent voor het wel of niet beëindigen van begeleiding/behandeling.

Casus - start

Casus 1: Hulpverlener Antoinette maakt een eerste afspraak met mevrouw Berndsens. Zij is al lang in begeleiding bij de instelling, Antoinette is de vervanger van een ambulante hulpverlener die met ontslag is gegaan. De problematiek waarmee mw. Berndsens zich jaren geleden aanmeldde was somberheid en piekeren. De kennismaking tussen beiden loopt niet erg soepel. De hulpverlener vraagt mevrouw wat ze wil bereiken met de gesprekken, waarop zij korzelig reageert. Ze wil helemaal niet iets bereiken, ze wil een 'intelligente praatpaal' waarbij ze haar verhaal kwijt kan. De hulpverlener vindt dit lastig: mevrouw Berndsens lijkt niet erg te lijden onder haar problematiek en wil er niet mee aan de slag, terwijl er ondertussen een forse wachtlijst is van mensen met problematiek die ernstiger lijkt dan die van deze cliënte. In het dossier is bovendien te lezen dat deze situatie eigenlijk ook bij de vorige twee begeleiders speelde.

Casus 2: In een multidisciplinair team van o.a. psychologen, verpleegkundigen en artsen in de GGZ vindt iedere week een behandelplanbespreking plaats die anderhalf uur duurt. Het is de bedoeling dat lopende behandelingen daarin geëvalueerd worden, minimaal één keer per half jaar. Dat lukt echter nooit want er zijn altijd 'acute zaken' die moeten worden besproken: twee teamleden brengen iedere week wel één of meer 'complexe situaties' in die lang worden besproken - zo lang dat er nauwelijks tijd overblijft voor de 'reguliere' bespreking. De 'acute zaken' worden zeer uitgebreid beschreven, onduidelijk blijft wat de rol en functie van de teamleden zou moeten zijn

(want adviezen worden vaak afgedaan als niet-haalbaar) en doorgaans valt er geen duidelijke beslissing aan het einde van de discussie. Er blijft zeer weinig tijd over voor een hele grote groep mensen die dus niet worden besproken. Als het wel lukt om één van de 'niet-acute zaken', bijvoorbeeld de afsluiting van een contact, te bespreken gebeurt enigszins hetzelfde: er ontstaat een warrig gesprek waarin alle teamleden allerlei vragen stellen en de conclusie vaak is dat het misschien beter is toch nog maar even door te gaan.

Kennis uit onderzoek

Een observatief onderzoek in een aantal teams in drie instellingen, met verschillende problematiek en verschillende behandelduren, laat zien dat er veel geworsteld wordt met besluitvorming. Zonder een duidelijk eindpunt voor begeleiding kiezen hulpverleners bepaalde strategieën om tot besluiten te komen⁴

De meest voorkomende strategie, hoewel geen heel bewuste, is te reageren op wat de cliënt aangeeft. Wil hij of zij de behandeling beëindigen, dan komt dat onderwerp op de agenda en gaan cliënt en hulpverlener er op een hopelijk gelijkwaardige manier over in gesprek. 'Zomaar' stoppen zou vreemd zijn want de begeleiding is ook niet 'zomaar' begonnen: een gesprek over waarom stoppen verstandig of nodig is, moet gevoerd worden. Voors en tegens van stoppen komen dan aan bod waarbij de autonomie van de cliënt in principe leidend is, maar goed hulpverlener-schap vereist ook dat de hulpverlener vragen stelt bij te veel optimisme. In veel instellingen en begeleidingscontacten wordt er 'stilzwijgend verlengd' waardoor de omgekeerde situatie, namelijk dat de cliënt expliciet zegt door te willen met de begeleiding, veel minder voor de hand liggend is. Bewust doorgaan is dus minder gebruikelijk, en dat is spijtig. Het is ook mogelijk dat de hulpverlener aangeeft met de begeleiding te willen stoppen, waarbij zijn of haar eigen inschatting dat de cliënt hersteld is vaak een belangrijke drijfveer is.

Als de cliënt zegt te willen stoppen zal de hulpverlener in eerste instantie de eigen inschatting als instrument gebruiken - gebaseerd op kennis en ervaring, en aangevuld met informatie uit een gezamenlijk gesprek hierover. De eigen inschatting kan echter nogal vertekend zijn door de context: als cliënt en hulpverlener elkaar alleen in de spreekkamer van de instelling zien dan is dat slechts een (hele specifieke) momentopname. Hetzelfde geldt voor het huisbezoek: als het huis van een cliënt een troep was bij de start van de begeleiding en dat nog steeds is, geeft dat een bepaalde indruk van het bereikte succes (op dat vlak). De hulpverlener kan de situatie te somber of juist te rooskleurig inschatten door alleen af te gaan op wat er in hun contact gebeurt. Iemand die het (twee)wekelijkse contact gebruikt om emotioneel stoom af te blazen kan een veel slechtere indruk maken dan iemand die zich graag goed voordoet maar er nauwelijks in slaagt zijn of haar leven te leiden.

Een vervolg is vaak te pogen met de cliënt samen tot consensus te komen over wat er moet gebeuren. Dit wordt een soort onderhandeling over wat nodig en passend is. Die is echter niet eenvoudig want cliënt en hulpverlener hebben verschillende uitgangspunten, belangen en verantwoordelijkheden die niet altijd met hun contact maar vaak ook met andere factoren te maken hebben. Zo kan de hulpverlener belang hebben bij het afsluiten van het contact om ruimte te maken voor andere cliënten, of juist gebaat zijn bij het voortzetten van een aangenaam contact met een 'stabiele' cliënt. De cliënt kan door willen gaan vanwege een gebrek aan goede gesprekspartners buiten de hulpverlener, ook al heeft hij of zij geen 'echte' psychische klachten meer. Of de cliënt wil juist stoppen vanwege schaamte over het 'in behandeling zijn' tegenover anderen, terwijl hij of zij er eigenlijk wel behoefte aan heeft. Maar het gaat ook over verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid: een cliënt die zich weggestuurd voelt kan een klacht indienen bij de instelling. En als een cliënt iets

» Hoofdstuk 5

schadelijks of strafbaars doet nadat de begeleiding beëindigd is, zorgt dat voor slechte publiciteit voor de instelling en mogelijk een onderzoek naar het handelen van de hulpverlener.

Als cliënt en hulpverlener het eens zijn is er niet zo veel aan de hand: de hulpverlener kan de aanstaande afsluiting dan als hamerstuk in het multidisciplinaire team brengen. En als er geen consensus is dan kan dat ook, maar dan als punt ter bespreking. Maar zo makkelijk blijkt het niet: bij bespreking in het team gebeurt er vaak van alles. Collega's gaan allerlei vragen stellen en suggesties doen die - zo blijkt uit teamobservaties - heel vaak gericht zijn op het in zorg houden van de cliënt. Moet er toch niet nog iets worden geprobeerd? Is er wel aan dit of dat gedacht? Maar andersom gebeurt het ook: moeilijk lopende of langdurige behandelingen worden te abrupt afgesloten want 'het wordt toch niks' en 'het is nu wel lang genoeg geweest' (zie ook hoofdstuk 3 en 6). Vaak valt er geen duidelijk besluit en is de impliciete conclusie dat de hulpverlener nog maar even moet doorgaan met de cliënt. Het is dus maar de vraag wat de hulpverlener nu precies aan de bespreking in het team heeft: vaak levert die iets heel anders op dan waarop werd ingezet, tenzij de hulpverlener zelf heel duidelijk en vastbesloten is.

Uit onderzoek en praktijkervaringen blijkt dat hulpverleners moeite hebben zich te focussen op de besluitvorming over het wel/niet afsluiten van begeleidingscontacten⁵. De aandacht ligt steeds bij 'de inhoud', namelijk dat waarover de begeleiding gaat, dat wat cliënt en hulpverlener bespreken. Daarbij wordt het hoe, wanneer en waarom van de begeleiding snel vergeten, zoals we ook al in enkele andere hoofdstukken in deze bundel lieten zien. Hulpverleners vinden het vaak storend dat er regelmatig evaluaties met de cliënt moeten worden gedaan, omdat die volgens hen afleiden waar het 'werkelijk om gaat' en 'veel tijd kosten'. Dat kan zo zijn maar de vraag is of de tijd besteed aan de voortgang van het begeleidingsproces echt verspilde tijd is. Overeenstemming hebben en houden over waar cliënt en hulpverlener samen mee bezig zijn, en het steeds opnieuw aandacht hebben voor aansluiting zijn cruciale dingen in begeleiding - wellicht zelfs de meest cruciale (zie ook hoofdstuk 4).

Toegepaste kennis

Het lijkt nuttig en nodig om cliënten en vooral hulpverleners te helpen bij het aandacht hebben voor het proces. Die aandacht kan helpen om afsluiten op een goede manier op de agenda te krijgen. Hieronder maken we onderscheid tussen aandacht voor het proces van cliënt en hulpverlener, en aandacht voor het proces tussen hulpverleners.

Proces van cliënt en hulpverlener

Aandacht voor het proces is niet alleen aan begin of eind belangrijk maar constant. De hulpverlener is hiervoor primair, maar niet alleen, verantwoordelijk: we mogen van hem of haar verwachten dat hij of zij het voortouw neemt in het monitoren van het proces. Dat kan bijvoorbeeld op de volgende manieren:

- **verwachtingen met elkaar bespreken vooraf:** wat hoopt de cliënt te bereiken, in welke mate denkt de hulpverlener daaraan te kunnen bijdragen (zie ook hoofdstukken 2 en 3 voor uitgebreidere aandacht daarvoor).
- **betrekken van het netwerk van de cliënt:** we zagen eerder dat het begeleidingscontact geen afspiegeling hoeft te zijn van het dagelijks leven van de cliënt. De hulpverlener is in feite slechts een passant, mensen die met de cliënt samen leven of dichtbij staan zijn de 'blijvers'. Hun visie op of en hoe begeleiding loopt, of die helpt en of er op zeker moment kan worden afgesloten is erg belangrijk. Sterker: het is heel goed mogelijk dat zij zelf behoefte hebben aan contact en informatie met een hulpverlener en wel wat afstemming en hulp kunnen gebruiken.
- **evaluatiemomenten afspreken na een x-aantal sessies:** uit veel onderzoek blijkt dat er meer voortuitgang

wordt geboekt als cliënt en hulpverlener afspreken na een aantal contacten te zullen evalueren.

Die evaluatie gaat niet over het resultaat of de uitkomst (dus niet over of het 'beter' gaat) maar over het proces (of cliënt en hulpverlener samen 'goed' bezig zijn). De vrijblijvendheid van beiden om 'wel te zien' wordt minder en er ontstaat sneller beweging. Afspreken te evalueren betekent niet dat er daarna (dus) wordt afgesloten. Sommige mensen hebben veel tijd nodig om in beweging te komen maar ook in die situaties is het nuttig om regelmatig met elkaar te bespreken of cliënt en hulpverlener samen op de juiste koers zitten.

- **evaluatiemomenten belangrijk maken:** cliënt en hulpverlener moeten pas doorgaan met hun gesprekken als de evaluatie echt gedaan is en er een volgend evaluatiemoment is afgesproken. Het is heel verleidelijk voor hulpverleners (en cliënten) om evaluatiemomenten over te slaan. Men is 'net zo lekker bezig' en wie weet komen er vreemde dingen uit de evaluatie. Dat is echter precies de bedoeling: gaat het inderdaad lekker dan kan dat door beiden worden bevestigd en kan verder gewerkt worden. Komen er rare dingen uit de evaluatie dan is ook dat juist belangrijke informatie en een basis voor aanpassing van de begeleiding. Vanzelfsprekend worden de bevindingen uit de evaluatie weer samen besproken en, bij voortzetting, vertaald in een koers voor de komende periode tot de volgende evaluatie.
- **een 'externe' evaluator laten meekijken:** het is niet zo eenvoudig voor een cliënt en hulpverlener om een proces waar ze beiden middenin zitten, van enige afstand te bekijken. Zeker als het contact heel goed of juist heel slecht is, zijn 'vreemde ogen' nodig voor enige objectiviteit en 'frisheid'. In (multidisciplinaire) teams is dit vrij makkelijk te organiseren, al geldt ook hier dat er enige schroom kan zijn in het toelaten van anderen in een contact/evaluatie - de ervaring leert dat dit juist zeer verstandig is.
- **een inhoudelijke focus op vragen en doelstellingen, niet op gebeurtenissen en behoeften:** dit is een specificatie van de algemene voortdurende focus op het proces, niet slechts op inhoud - in hoofdstuk 2 verder uitgewerkt. De begeleiding van iemand die 'behoefte heeft aan een gesprekspartner' is in principe oneindig. De hulpverlener die denkt dat deze behoefte hetzelfde is als een concrete vraag of wens (bijvoorbeeld: 'meer betekenisvolle sociale contacten opbouwen') komt van een koude kermis thuis.

Proces hulpverleners onderling

Om tijdige afsluiting (of onderbouwde voortzetting) van begeleiding mogelijk te maken moeten ook hulpverleners onderling, met name in hun teamvergaderingen, zich focussen op het proces - met name gedisciplineerd vergaderen en komen tot duidelijke besluitvorming⁶. De onderstaande stappen kunnen helpen bij het gedisciplineerd met elkaar overleggen.

- **een procesmatige voorzitter aanstellen voor de behandelplanbespreking/teamvergadering:** het is niet eenvoudig om een groepsproces zoals een vergadering tot een goed einde (concreet: een besluit) te brengen en tegelijkertijd inhoudelijk mee te denken over begeleidingskwesties die worden besproken. Het is dus nodig om een teamlid aan te stellen als voorzitter, zodat hij of zij alleen hoeft te letten op zaken als tijdsbewaking, reageren op elkaar (i.p.v. achter elkaar steeds nieuwe dingen zeggen), aansluiten bij de vraag van de hulpverlener die de kwestie inbrengt e.d.
- **afspraken over tijd en prioriteit:** het helpt om te weten hoeveel tijd er besteed kan en mag worden aan 'acute kwesties', en hoeveel aan 'lopende behandelingen'. Het is raadzaam de acute kwesties niet eerst te doen omdat deze altijd de tijd voor de andere kwesties dreigen op te souperen.
- **afspraken over hoe iets in te brengen:** het helpt ook om in het team af te spreken hoe de hulpverlener een kwestie introduceert en duidelijk benoemt wat hij/zij van het team verwacht. Dat kan alleen een akkoord zijn (dan is de kwestie dus eigenlijk een mededeling), of antwoord op een concrete vraag (dus eigenlijk een vraag) of een inhoudelijke bespreking/discussie (alleen dan is het een kwestie waarover een deel van of het

» Hoofdstuk 5

gehele team zich echt inhoudelijk moet buigen).

- **afspraken over hoe een kwestie te bespreken:** als het een team lukt om constructief op elkaar af te stemmen tijdens de teambespreking dan helpt dat individuele hulpverleners dat ook in hun contact met cliënten te doen. Lukraak vragen stellen of oplossingen aandragen die bij teamleden opkomen is vaak niet helpend voor de inbrenger. Gezamenlijk zoeken naar de juiste richting en daarop verder doorgaan als die gevonden is wel helpend.
- **afspraken over hoe beslissingen te nemen:** een uitwisseling die doodbloedt zonder conclusie is vaak verloren tijd geweest. Het team moet zich committeren aan het komen tot een conclusie die uiteindelijk door de voorzitter of - liever - de inbrenger verwoord wordt. Die conclusie is altijd een beslissing over wat er verder gaat gebeuren.

Casus - vervolg

Casus 1: In het contact tussen mevrouw Berndsen en eerdere hulpverleners blijkt nooit echt aandacht voor het proces te zijn geweest. De huidige hulpverlener brengt dit wel ter sprake: wat is de aard en de bedoeling van de begeleiding? Dit leidt tot veel ongemak bij cliënte: zij heeft geen doel en wil ook geen doelen stellen maar wel gesprekken voeren. Suggesties van de hulpverlener, dat als het haar om goede gesprekken gaat ze mogelijk zou kunnen investeren in mensen om haar heen, houdt zij af. Ze heeft slechte ervaringen met andere mensen, en alleen vertrouwen in hulpverleners - hoewel weinig in de huidige, zo zegt ze. Ze komen er samen niet uit. Er lijkt veel pijn schuil te gaan onder haar wens om niet te investeren in sociale relaties maar die pijn is niet bespreekbaar. Op zeker moment besluit cliënte zelf af te sluiten omdat ze geen doel kan bedenken en zich ergert aan de focus daarop van de hulpverlener. Wat dat betekent op lange termijn is onzeker: zal ze (verder) vereenzamen? Zal ze toch meer investeren in niet-hulpverleners? Zal ze op zoek gaan naar een hulpverlener die wel een praatpaal wil zijn? En heeft de hulpverlener het goed aangepakt? Het proces is besproken maar niet op een heel bevredigende wijze, wellicht was meer geduld of een andere benadering beter geweest? Maar de druk van de wachtlijst en het gebrek aan duidelijke criteria voor specialistische zorg bij deze cliënte maken de afsluiting ook niet onlogisch.

Casus 2: In het multidisciplinaire team wordt een vaste voorzitter aangesteld, die - niet toevallig - goed is in het focussen op groepsprocessen en gespreksvoering. Op tafel komt een belletje dat ieder teamlid kan laten rinkelen als het proces de verkeerde kant op gaat, bijvoorbeeld door lange verhalen van een teamlid, of niet-aansluitende vragen/opmerkingen van anderen. Ook spreekt het team af dat het altijd eerst de acute kwesties bespreekt en zich daarbij strikt aan de daarvoor afgesproken tijd houdt - waardoor dus vooraf al bekeken moet worden hoeveel kwesties er te bespreken zijn en hoeveel tijd per kwestie nodig lijkt. De hulpverlener die iets inbrengt zal vooraf zelf bedenken of het een mededeling, vraag of kwestie is - en dit ook zo benoemen als hij of zij het verhaal begint. Dat 'verhaal' moet ook een beetje voorbereid worden, zodat het geen opsomming is van allerlei gebeurtenissen rond een cliënt maar een weergave van de huidige stand van het begeleidingsproces. Dit blijkt in de praktijk allemaal best heel moeilijk maar het 'belletje' is voor velen een tastbaar en herkenbaar middel om de aandacht te blijven vestigen op het proces. Het team zoekt daarnaast laagfrequente begeleiding van een externe coach bij het volhouden van dit proces. Hiermee zijn de voorwaarden om - op niveau van het proces - goed met elkaar samen te werken gecreëerd. Vervolgens is het belangrijk om ook inhoudelijk reflectief met elkaar te gaan werken, een niet-wetende houding aan te kunnen nemen en van elkaar te gaan leren (zie ook hoofdstukken 2 en 4 voor een aantal suggesties hoe dat kan).

Conclusie

In dit artikel hebben we gepoogd een aantal handvatten te geven voor het bewust handelen rond het afsluiten van langdurige begeleidingscontacten. Net als in veel andere hoofdstukken in deze bundel ligt daarbij de nadruk steeds op 'het proces'. Dus niet wát er precies in de begeleiding gebeurt maar hóe dat gebeurt en in welke mate dat aansluit bij dat wat de cliënt zoekt, wat de hulpverlener kan bieden, en wat past in het kader van de hulpverlening die de hulpverlener/de instelling kan en mag bieden.

Daarmee is 'afsluiten' niet iets dat pas aan het einde van een begeleiding relevant wordt. Het is voortdurend van belang, ook of zelfs vooral aan het begin. Afstemming over verwachtingen, verbinding en netwerk en dus ook afsluiten moet voortdurend gebeuren - vaak klein (een korte vraag, of een observatie van iets non-verbaals) en soms groter (evaluaties).

Literatuur

- ¹ Vektis (2015). Transparantie in de geestelijke gezondheidszorg. Zorgthermometer. Zeist: Vektis.
- ² Oberjé, E., Tanke, M., Jeurissen, P. (2016). De relatie tussen behandelduur en behandelingsucces in de GGZ. Nijmegen: Celsus Academie voor betaalbare zorg.
- ³ Koekkoek, B. (2006). Eindeloos helpen: erger dan de kwaal? Langdurige begeleidingscontacten in de GGZ. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 61, 603-613.
- ⁴ Koekkoek, B., Meijel, van B., Perquin, A., Hutschemaekers, G. (under review). Decision making on (dis)continuation of long-term treatment in mental health services is an interpersonal negotiation rather than an objective process: qualitative study
- ⁵ Pijnenburg, H. (1996). Psychodiagnostic decision-making within clinical conferences: exploring a domain. Nijmegen: Radboud University.
- ⁶ Meehl P. (1973). Why I do not attend case conferences. In: Meehl P. (ed.). Psychodiagnosis: Selected papers, p. 225-302. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Begeleiding in beperkte tijd met aandacht voor de omgeving buiten de organisatie

Thijs Beckers

Praktijkvraag

Mensen met ernstige psychische aandoeningen krijgen in Nederland vaak zorg van een FACT-team. FACT staat voor Flexible Assertive Community Treatment en in deze teams worden met hulpverleners van verschillende disciplines verschillende niveaus van intensiteit van zorg geboden: minder intensief als het kan en intensiever wanneer nodig^{1,2}. Binnen deze teams is het echter niet duidelijk wanneer mensen kunnen worden verwezen naar minder intensieve zorg. Vaak krijgen mensen daardoor nog jarenlang behandeling met een lage intensiteit, zonder dat de behandeling wordt overgedragen naar bijvoorbeeld Basis GGZ (BGGZ), praktijkondersteuner ggz of huisarts (zie kader voor meer uitleg over intensiteit van zorg)³.

Verskillende niveaus van intensiteit van zorg

We kennen in de Nederlandse zorg grofweg drie niveaus van zorg voor psychische problematiek. De minst intensieve zorg wordt geboden door de huisarts, eventueel ondersteund door een praktijkondersteuner ggz (ook wel poh-ggz genoemd). Bij de huisarts krijgen mensen een of enkele gesprekken die generalistisch van aard zijn. Mensen die intensievere zorg nodig hebben kunnen terecht in de generalistische Basis GGZ (BGGZ) voor een traject van één tot twaalf sessies, meestal bij een psycholoog en vaak ondersteund met e-health. Voor mensen met een ernstige psychische aandoening is er in de BGGZ een variant ('product chronisch') waar ze per jaar maximaal 12 gesprekken kunnen hebben met meestal een verpleegkundige of verpleegkundig specialist ggz.

De meest intensieve ambulante zorg voor mensen met psychische problematiek is de specialistische ggz (SGGZ). In de SGGZ zijn een veelvoud van behandelingen mogelijk, die in de regel multidisciplinair van aard zijn en waarbij verpleegkundigen, psychologen en artsen betrokken (kunnen) zijn. De frequentie van contacten ligt gebruikelijk op eens per één tot vier weken. Binnen de SGGZ is er voor mensen met een ernstige psychische aandoening zorg vanuit FACT-teams. Deze teams bieden zorg die bij uitstek multidisciplinair is en waarbij behalve verpleegkundigen, psychologen en artsen ook bijvoorbeeld ervaringsdeskundigen en arbeidsdeskundigen betrokken zijn. De frequentie van contacten kan in een FACT-team verschillen van enkele keren per jaar tot enkele keren per week.

Ongeveer 1,7 procent van de mensen in Nederland heeft een ernstige psychische aandoening⁴.

We rekenen mensen tot deze groep als ze voldoen aan een aantal criteria, namelijk^{4,5}:

- ze hebben een psychische stoornis die behandeling noodzakelijk maakt;
- de psychische stoornis zorgt voor ernstige beperkingen in het sociale en/of maatschappelijke functioneren;
- de beperking is oorzaak en gevolg van de psychische stoornis;
- de stoornis is niet van voorbijgaande aard;
- gecoördineerde zorg van meerdere hulpverleners is noodzakelijk.

Er zijn twee redenen waardoor het niet wenselijk is dat mensen jarenlang in behandeling blijven als dat niet nodig is. De eerste reden is dat langdurige behandeling door een FACT-team ervoor kan zorgen dat mensen afhankelijk worden van deze (intensieve) zorg. Zoals mensen in een psychiatrisch ziekenhuis kunnen hospitaliseren (zoveel verlies van zelfstandigheid tijdens een opname in een ziekenhuis dat functioneren buiten het ziekenhuis niet meer lukt), kan dat ook in ambulante zorg gebeuren. Door mensen deze intensieve zorg te lang te blijven bieden, 'psychiatriseren' we ze en brengen we hun persoonlijk herstel in gevaar.

Persoonlijk herstel is het individuele proces waarin iemand die een aandoening heeft zijn waarden, gevoelens, levensdoelen, vaardigheden en rollen aanpast aan de nieuwe situatie die is ontstaan door het krijgen van deze aandoening⁶. Persoonlijk herstel kent vijf aspecten: sociale steun, hoop voor de toekomst, identiteit, levensdoelen en empowerment⁷, maar persoonlijk herstel wordt ook bemoeilijkt door problemen zoals bijvoorbeeld de aandoening die iemand heeft⁸. Juist vanwege de grote hoeveelheid zorg en de alomvattendheid ervan in een FACT-team, kunnen mensen afhankelijk raken van hulpverleners en daardoor hun eigen mogelijkheden weinig benutten. Een FACT-team waarin veel aandacht is voor ziekte, symptomen en het beheersen van risico's kan dit proces in negatieve zin versterken. Deze omgeving nodigt weinig uit tot ontwikkeling, autonomie, het dragen van verantwoordelijkheid voor het eigen leven en dus persoonlijk herstel⁹.

De tweede reden dat het niet wenselijk is om behandeling in een FACT-team lang te continueren is van maatschappelijke en financiële aard. Zorg door een FACT-team is duurder dan minder intensieve zorg in de BGGZ of bij een huisarts. De middelen voor zorg zijn schaars, zeker voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Daarom is het belangrijk dat mensen de juiste hoeveelheid zorg krijgen: niet te weinig, maar ook niet te veel. Daarnaast is het zo dat doordat een aantal mensen onnodig lang in het FACT-team blijft, terwijl de capaciteit van het FACT-team niet verandert, de hulpverleners in het team het te druk hebben om nog met nieuwe mensen aan de slag te gaan. Deze mensen staan dus vervolgens op de wachtlijst, mogelijk leidend tot toename van lijden en problematiek, en het ontstaan van crisissituaties^{10,11}.

Casus - start

Casus 1: Dhr. de Vries (24 jaar) heeft vijf jaar geleden een psychose gehad. Hij is destijds enkele maanden gedwongen opgenomen geweest en daarna verwezen naar het FACT-team waarvan hij nu nog steeds zorg krijgt. Dhr. de Vries is niet vrij van symptomen: op stressvolle momenten is hij achterdochtig naar de mensen om hem heen. Ook neemt hij weinig initiatief en beleeft hij weinig aan het leven. Hij gebruikt al jaren een antipsychoticum, de laatste twee jaar in een relatief lage dosering. Dhr. de Vries gebruikt cannabis: naar eigen zeggen enkele keren per week, volgens zijn familie en vrienden (naasten) meer. Na enkele jaren waarin hij geen daginvulling had, werkt hij nu bij de lokale supermarkt. Hij is met hulp van het FACT-team aan deze baan gekomen en doet dit nu al bijna twee jaar zonder jobcoach. Hij woont ook alweer anderhalf jaar op zichzelf, waarbij het hem lukt om met twee keer in de week hulp (individuele

» Hoofdstuk 6

begeleiding bij praktische problemen gefinancierd door de gemeente) een eigen huishouden te runnen. Zijn vader helpt hem met de financiën. In het weekend gaat dhr. de Vries graag vissen met enkele vrienden. Omdat het al zo lang stabiel gaat, zou hij eigenlijk met minder zorg af moeten kunnen. Zowel dhr. de Vries, zijn familie als de hulpverleners in het FACT-team vinden het echter erg spannend om de huidige begeleiding te stoppen en verder te gaan met minder intensieve begeleiding binnen de BGGZ.

Casus 2: Anneke werkt als sociaal psychiatrisch verpleegkundige in een doorsnee FACT-team. Het team zorgt met 16 teamleden voor zo'n 245 cliënten in een werkgebied van ongeveer 45.000 inwoners. Toen Anneke zes jaar geleden in het team kwam werken, hadden ze 175 cliënten in begeleiding. Het lukte toen goed om naar ieders tevredenheid zorg te bieden. In de laatste jaren kwam er echter bijna elke week wel een cliënt bij en er zijn maar weinig cliënten uitgeschreven. Enkele mensen zijn overleden, een aantal is verhuisd, maar de anderen zijn gebleven. Aanvankelijk was dit niet echt een probleem, maar inmiddels lukt het dit team niet meer om begeleiding te bieden zoals dit van hen verwacht wordt door cliënten en naasten, en zoals is vastgelegd in richtlijnen. Dit zorgt voor een hoge werkdruk, minder plezier en voldoening in het werk en twee collega's die met burnout-klachten thuis zitten. Het is de teamleden duidelijk dat het zo niet verder kan, maar dat ze ook geen extra personeel hoeven te verwachten. Verandering zal dus vanuit het eigen team moeten komen.

Beschikbare kennis over deze praktijkvraag

Onderzoek naar het afsluiten of verminderen van begeleiding is relatief schaars. Op dit moment zijn er door onze onderzoeksgroep drie studies afgerond naar:

- het besluitvormingsproces rondom het continueren van zorg bij mensen met ernstige psychische aandoeningen;
- de visie van verschillende typen hulpverleners op verminderen van zorg;
- een experimentele pilot.

Hoe beslissen hulpverleners?

Elders in dit boek (hoofdstuk 5) wordt dit onderwerp uitgebreider beschreven. Duidelijk is in ieder geval dat het bespreken van afsluiten van zorg met cliënten complex is en meestal ongestructureerd verloopt³. Hulpverleners en teams vinden het moeilijk om beëindiging van zorg (gestructureerd) te bespreken en om tot een beslissing te komen. Hierbij speelt mee bij langdurige begeleiding vaak niet duidelijk wanneer mensen 'voldoende' hersteld zijn, of zij zich niet altijd hersteld voelen. Door het ontbreken van een objectieve maat maken hulpverleners op ervaring gebaseerde inschattingen - maar die blijken onbetrouwbaar, zeker als het om risico-inschatting gaat. Bij onduidelijkheid is het zoeken naar overeenstemming over beëindiging met cliënt en/of team. Als die overeenstemming niet met de cliënt wordt gevonden, bijvoorbeeld omdat hij/zij zich niet voldoende hersteld voelt, blijkt overeenstemming in het professionele team moeilijk te vinden. Zonder duidelijk besluit om te stoppen is het continueren van zorg vaak het resultaat. Ook de organisatie is vaak niet ingericht op veranderingen van intensiteit van zorg. Meer verloop binnen een team is arbeidsintensiever en geeft risico op gaten in de agenda, doordat er wellicht ineens minder aanmeldingen zijn of mensen niet verschijnen bij een afspraak.

Wat vinden hulpverleners?

Door hulpverleners buiten de specialistische GGZ (SGGZ) wordt vaak anders aangekeken tegen de aard en noodzaak van hulp door een FACT-team dan door hulpverleners binnen de SGGZ. Huisartsen zien bijvoorbeeld de zorg van een FACT-team regelmatig als de standaard voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Het is echter de vraag of FACT-zorg wel de standaard moet zijn voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Een andere belangrijke vraag is wat volgens deze hulpverleners de belangrijkste kenmerken zijn die bijdragen aan een succesvolle verwijzing vanuit de FACT-teams naar minder intensieve zorg. Om daarachter te komen hebben we via concept mapping informatie verzameld bij huisartsen, praktijkondersteuners ggz, ervaringsdeskundigen en leden van sociale wijkteams⁹. Door het gebruik van deze methode hebben we niet alleen informatie over welke kenmerken van cliënten belangrijk zijn voor een succesvolle overstap naar minder intensieve zorg, maar kunnen we deze kenmerken ook overzichtelijker maken in thema's en kunnen we bepalen welke kenmerken en thema's het belangrijkste zijn.

De kenmerken die door de hulpverleners belangrijk worden gevonden, zijn in vijf thema's op te delen:

1. cliëntgerelateerde kenmerken
2. kenmerken gerelateerd aan het informele steunsysteem
3. kenmerken gerelateerd aan de sociale situatie
4. kenmerken gerelateerd aan de organisatie van zorg
5. kenmerken gerelateerd aan de betrokken hulpverleners

De cliëntgerelateerde kenmerken zijn het meest talrijk en hebben de grootste voorspellende waarde voor succes volgens de participanten van het onderzoek. Kenmerken gerelateerd aan het informele steunsysteem en aan de sociale situatie van de cliënt worden als tweede en derde genoemd en dus belangrijker gevonden dan kenmerken als de organisatie van zorg. Dat het informele steunsysteem als meer voorspellend wordt genoemd dan de organisatie van zorg zou kunnen betekenen dat de beperkte tijd die hulpverleners hebben wellicht zinvoller kan worden besteed aan de cliënt en diens naasten (bijvoorbeeld door het goed regelen van een individuele verwijzing), dan aan het organiseren van samenwerkingsverbanden tussen diverse organisaties.

Hoe gaat het in de praktijk?

Ook uit de praktijk zijn lessen te leren. Zo hebben we 32 mensen met een ernstige psychische aandoening die de overstap maakten van een FACT-team naar de huisarts en praktijkondersteuner een jaar gevolgd¹². Na dit jaar waren 27 (84%) van deze cliënten nog steeds bij de huisarts/praktijkondersteuner in behandeling. Vier mensen waren teruggegaan naar de FACT-teams en één had op eigen verzoek helemaal geen zorg meer. Na dit jaar hebben alle betrokken hulpverleners (drie huisartsen, twee praktijkondersteuners ggz en de psychiater die geconsulteerd kon worden) en vier cliënten meegedaan aan interviews in focusgroepen.

Na analyse van deze interviews werden drie thema's en acht subthema's gevonden (zie tabel 1). Als belangrijk cliëntkenmerk voor succesvolle overgang van een FACT-team naar minder intensieve zorg werd stabiliteit genoemd. Hierbij werd genoemd dat iemand niet (meer) suïcidaal kan zijn, geen crisis in het recente verleden kan hebben gehad, maar ook dat er geen actieve veranderingsgerichte behandeling (zoals bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie of het instellen op medicatie) meer gaande kan zijn. Daarnaast werd genoemd dat mensen die complexe medicatie gebruiken (bv. lithium of clozapine) moeilijk bij de huisarts behandeld kunnen worden vanwege relatief grote risico's bij onvoldoende controleren van bloedwaarden.

Kenmerken van cliënten die verwijzingen een grotere kans op succes geven	Voordelen van verwijzing voor de cliënt	Nadelen van verwijzing voor de cliënt
Stabiliteit	Meer mogelijke zelfredzaamheid	Meer opgelegde zelfredzaamheid
Sociale steun	Lagere drempel om hulp te vragen	Minder contacten per jaar
	Behandeling dichterbij huis	Patroon van gesprekken bij vaste hulpverlener wordt doorbroken
	Minder stigma	

Tabel 1: thema's en subthema's bij evaluatie van verwijzing mensen met ernstige psychische aandoeningen naar huisarts en praktijkondersteuner ggz

Een ander thema dat duidelijk terugkwam is sociale steun. Hierbij viel op dat er meningsverschil bestond tussen de huisartsen aan de ene kant en de praktijkondersteuners en psychiater aan de andere kant. De huisartsen beschreven een voorkeur voor informele steun (van familie, vrienden, burens, enz.), terwijl de praktijkondersteuners en psychiater een voorkeur meldden voor professionele begeleiding, bijvoorbeeld vanuit de gemeente (via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning). Wel waren alle bevroegde cliënten en professionals het met elkaar eens dat het belangrijker is dat er meer sociale steun verwacht kan worden van een bekend en vertrouwd netwerk dan van een groot netwerk is.

Een van de opvallendste thema's die besproken werden, was hoe het patroon van gesprekken bij een vaste hulpverlener doorbroken wordt. Voor veel mensen met een ernstige psychische aandoening is dit geen probleem: zij kunnen wennen aan en vertrouwen krijgen in een nieuwe hulpverlener. Enkele cliënten kunnen deze verandering echter niet aan, met crisis en terugverwijzing naar het FACT-team als gevolg. In dit onderzoek betrof het slechts één cliënt, maar de huisartsen beschreven aan de hand van andere voorbeelden dit probleem vaker te zien.

Verder onderzoek

Zoals wellicht al duidelijk is geworden in bovenstaande alinea's, speelt het sociale netwerk en sociale steun een grote rol bij het succesvol verwijzen naar minder intensieve zorg, zoals de BGGZ of de huisarts. Verder onderzoek richt zich dan ook op de invloed van het sociale netwerk op het zorggebruik van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Toegepaste kennis

Uit de bovenstaande kennis kunnen we vier handvatten destilleren die in de praktijk bruikbaar zijn om mensen met een ernstige psychische aandoening effectief te verwijzen naar minder intensieve zorg. Deze vier punten worden hieronder besproken.

Sociaal netwerk

Zoals eerder al besproken zijn het sociaal netwerk en sociale steun essentieel voor een succesvolle overstap van een FACT-team naar minder intensieve zorg. Een sociaal netwerk zorgt voor stabiliteit en vroege signalering van eventuele problemen. Er zijn verschillende methodes beschikbaar om naasten meer te betrekken en sociale steun te verbeteren. Een aantal van deze methodes en bijbehorende aandachtspunten zijn beschreven in de generieke module 'Samenwerking en ondersteuning van naasten van mensen met psychische problematiek'¹³.

Een praktisch voorbeeld van een methode om de sociale steun te verbeteren is het werken met resource groepen¹⁴. Een resource groep is een groep mensen die de cliënt om zich heen verzamelt om te werken aan zijn doelen (of om zijn stabiliteit te behouden). Dit kunnen zowel mensen uit het informele steunsysteem als professionele hulpverleners zijn. De resource groep komt op een regelmatige basis bij elkaar om te bespreken hoe het proces verloopt en eventueel aanpassingen te doen, zoals het bijstellen van doelen of interventies. De leden van de resource groep kunnen verschillen naarmate het proces vordert, maar de cliënt zal altijd zelf de regie houden over de resource groep.

Persoonlijk herstel

Een verwijzing van vanuit een FACT-team naar minder intensieve zorg heeft een grotere kans van slagen wanneer een cliënt verder is in zijn persoonlijk herstel. Gezien de moeite die FACT-hulpverleners hebben om zich naast symptoomreductie bezig te houden met herstel, vraagt dit om een forse inspanning. Behalve een herstelondersteunende grondhouding, zijn er goed bruikbare methodes om als hulpverlener actief het persoonlijk herstel van cliënten te bevorderen¹⁵. Daarnaast is het uiteraard essentieel dat ervaringsdeskundigen, als experts op het gebied van persoonlijk herstel, betrokken zijn bij de behandeling. Deze ervaringsdeskundigen zijn door hun kennis, perspectief, vaardigheden en ervaring met psychische klachten als geen ander geschikt om te steunen bij persoonlijk herstel, bijvoorbeeld door interventies op het vlak van acceptatie, hoop voor de toekomst of rolvervulling.

Communicatie tussen hulpverleners

Het lijkt wellicht vanzelfsprekend, maar het is voor een succesvolle verwijzing vanuit een FACT-team naar minder intensieve zorg essentieel dat de betrokken hulpverleners goed samenwerken. Daarvoor moeten ze elkaar kennen en elkaar kunnen bereiken. Deze onderlinge samenwerking is op dit moment nog onvoldoende geregeld en moet verbeterd worden¹⁶. Op teamniveau kan hieraan gewerkt worden door belangstelling te tonen in hulpverleners met wie regelmatig samengewerkt wordt (of kan worden). Daarbij is het nodig om elkaar ook in praktisch opzicht goed te kunnen bereiken. Zorg er bijvoorbeeld voor dat (lieft directe) telefoonnummers bekend zijn en dat het team zelf ook bereikbaar en beschikbaar is.

Denk bij bereikbaarheid niet alleen aan telefonische bereikbaarheid, maar ook aan technische middelen zoals beveiligde email of deelname aan eCommunity's. Rondom de individuele cliënt valt te denken aan een warme overdracht (een gezamenlijk gesprek met de verwijzende hulpverlener, ontvangende hulpverlener, cliënt en zijn naasten), maar ook aan het maken van concrete afspraken over terugverwijzing bij crisis.

Praktisch goed geregeld

Een goed geregelde verwijzing voorkomt problemen rondom de overgang van zorg. Hierbij zijn twee zaken essentieel: informatieoverdracht en planning¹⁰. Het is gebruikelijk dat bij een verwijzing enige informatieoverdracht plaats vindt. Wanneer deze overdracht kwalitatief onvoldoende is, levert dit een

» Hoofdstuk 6

verhoogd risico op wanneer cliënt in een lastige situatie terechtkomt. De nieuwe hulpverlener heeft het dan onnodig moeilijk met het inschatten van de situatie en kan interventies niet afstemmen op eerdere ervaringen.

Bij een kwalitatief onvoldoende overdracht van informatie is de eerste gedachte waarschijnlijk aan te summiere informatie. Het tegenovergestelde is echter ook mogelijk. Denk bijvoorbeeld aan een vuistdik dossier dat wordt gescand en gefaxt. Alle informatie staat er waarschijnlijk in, maar door de hoeveelheid, de slechte leesbaarheid en het gebrek aan ordening is de kans groot dat de nieuwe hulpverlener niet de informatie paraat heeft die op het moment van een crisis nodig is. Het is dan ook gepast om bij een verwijzing een voor dat doel geschreven brief te maken, waarin alle relevante informatie staat, ook over signalen van decompensatie en hoe dan te handelen (bijvoorbeeld in de vorm van een signaleringsplan). Voor de volledige voorgeschiedenis kan vervolgens (een deel van) het dossier worden meegestuurd, maar dan is de belangrijkste informatie in elk geval goed toegankelijk.

Een tweede risico is het niet adequaat regelen van de verwijzing. Als een cliënt na het stoppen van de behandeling in een FACT-team nog drie maanden moet wachten voor hij/zij bij de nieuwe hulpverlener terecht kan, verhoogt dat het risico op een crisis. Terwijl een verwijzing al een kwetsbaar moment is, ontbreekt gedurende die wachttijd namelijk een hulpverlener om een signaal van cliënt of diens naasten op te merken.

Casussen - vervolg

Casus 1: Zoals besproken zijn er vier punten die bij de overstap van een FACT-team naar minder intensieve zorg belangrijk zijn: het sociale netwerk, voorbereiding van overstap, contact tussen de hulpverleners en een praktisch goed geregelde verwijzing. Deze punten zijn ook bij de overstap van dhr. de Vries vanuit het FACT-team naar de BGGZ belangrijk. Het sociale netwerk van dhr. de Vries is relatief sterk: hij heeft steun van zijn ouders, hij heeft vrienden die hij regelmatig ziet en er is een werkgever die weet van de klachten van dhr. de Vries. Dit sociale netwerk maakt de kans op een succesvolle overstap groter, zeker als deze sociale contacten weten van de situatie en bereid zijn om steun te leveren.

Om steunend te kunnen zijn, moeten de leden van dit sociale netwerk en de betrokken professionals elkaar wel kennen en kunnen bereiken indien nodig. Hiervoor is een praktische oplossing om een bijeenkomst te organiseren waarin de betrokken hulpverleners (in dit geval het FACT-team en twee begeleiders die individuele begeleiding bieden bij praktische problemen) samen met dhr. de Vries en zijn naasten de overstap van het FACT-team naar de BGGZ bespreken. Hierbij moet ook aandacht zijn voor hoe om te gaan met situaties als het even wat minder gaat met dhr. de Vries. Als een dergelijke bijeenkomst wordt georganiseerd is de overstap ook gelijk praktisch goed geregeld. Dit is belangrijk omdat bijvoorbeeld een wachttijd voor BGGZ nadat het FACT-team al heeft afgesloten het risico op een (mogelijk te voorkomen) crisis van Dhr. de Vries vergroot.

Casus 2: Zoals beschreven is het voor het team duidelijk dat het zelf voor verandering moet zorgen. Om het aantal cliënten omlaag te krijgen (en passende begeleiding weer haalbaar te maken) moeten er óf minder cliënten worden aangemeld, óf meer cliënten worden verwezen. Op het aantal aanmeldingen heeft het team nauwelijks invloed, dus zullen er meer cliënten moeten worden verwezen. Maar het team wil dit wel graag doen op een manier waar het achter kan staan, ze willen de cliënten niet de dupe laten worden van dit probleem.

Wat het team in dit geval zou kunnen doen sluit weer aan bij de vier hierboven genoemde punten. Om de cliënten voor te bereiden op een verwijzing naar minder intensieve zorg (zoals BGGZ of de huisarts), kunnen ze inzetten op interventies die het persoonlijk herstel verbeteren. Denk hierbij aan de inzet van ervaringsdeskundigen of het organiseren van de cursus 'herstellen doe je zelf' voor cliënten¹⁷. Daarnaast kunnen hulpverleners extra aandacht hebben voor het betrekken van naasten en voor het verbeteren van het sociale steunsysteem van de cliënten. Daarnaast kunnen ze zorgen dat ze de ontvangende verwijzers kennen en dat ze elkaar onderling goed kunnen bereiken in de toekomst. Wanneer er vervolgens daadwerkelijk een verwijzing gaat plaatsvinden is het van belang om die goed te regelen. Denk hierbij vooral aan een goede overdracht van informatie en aan het afstemmen van de stop van het FACT-team en de start van de nieuwe begeleiding.

Conclusie

Het afsluiten van langdurige begeleiding is complexer dan soms wordt gedacht en verdient daarom meer aandacht. De complexiteit wordt veroorzaakt doordat het niet altijd duidelijk is wanneer iemand voldoende is hersteld en door de complexe interacties tussen de cliënt, de hulpverlener en het team. Wel is er steeds meer kennis over welke cliënten verwezen zouden kunnen worden naar minder intensieve zorg. Naast direct aan de cliënt gerelateerde factoren, zijn de sociale omgeving en de informele steun belangrijk, meer zelfs dan de organisatie van zorg en hulpverlener-factoren. Uit praktijkonderzoek blijkt de noodzaak van een stabiel sociaal netwerk, maar ook het risico van het doorbreken van een patroon van gesprekken met een vaste, voor de cliënt bekende hulpverlener.

Hoewel verder onderzoek nodig is, zijn er al wel lessen voor de dagelijkse praktijk te trekken. Denk bijvoorbeeld aan het aandacht besteden aan het sociale steunsysteem, bijvoorbeeld door naasten meer te betrekken bij de behandeling. Daarnaast kan de communicatie tussen hulpverleners in verschillende delen van de gezondheidszorg (vaak ook in verschillende organisaties) verbeterd worden en kunnen verwijzingen praktisch gezien beter geregeld worden. Een laatste les is om meer aandacht te besteden aan het persoonlijk herstel van de cliënt, naast de al aanwezige focus op symptomatisch herstel.

Literatuur

- ¹ Nugter, M. A., Engelsbel, F., Bähler, M., Keet, R., & van Veldhuizen, R. (2016). Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. *Community Mental Health Journal*, 52, 898-907.
- ² Remmers van Veldhuizen, R., Bähler, M., Polhuis, D., & Os, J., van. (2008). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.
- ³ Koekkoek, B., Meijel van, B., Perquin, A. & Hutschemaekers (under review). Decision making on (dis)continuation of long-term treatment in mental health services is an interpersonal negotiation rather than an objective process: qualitative study.
- ⁴ Delespaul, P. H. en de consensusgroep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 427-438.
- ⁵ Parabiaghi, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Lasalvia, A., & Leese, M. (2006). Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 457-463.
- ⁶ Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.
- ⁷ Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452. *
- ⁸ Stuart, S. R., Tansey, L., & Quayle, E. (2016). What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *Journal of Mental Health*, 26, 291-304. *

» Hoofdstuk 6

- ⁹ Beckers, T., Koekkoek, B., Hutschemaekers, G., & Tiemens, B. (2018). Potential predictive factors for successful referral from specialist mental health services to less intensive treatment: A concept mapping study. *PLoS ONE*, 13, e0199668.
- ¹⁰ Hensen, M. J., de Mooij, L. D., Theunissen, J., Dekker, J., Willemsen, M., Zoeteman, J., et al. (2016). Pathways through care of severely mentally ill individuals experiencing multiple public crisis events: a qualitative description. *BMC Psychiatry*, 16, 1-10.
- ¹¹ Kendrick, T., Burns, T., Garland, C., Greenwood, N., & Smith, P. (2000). Are specialist mental health services being targeted on the most needy patients? The effects of setting up special services in general practice. *The British Journal of General Practice*, 50, 121-126.
- ¹² Beckers, T., Koekkoek, B., Hutschemaekers, G., Jaqx, L. & Tiemens, B. (2018). Substituting specialist care for patients with severe mental illness with primary healthcare. Experiences in a mixed methods study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (in press). <https://doi.org/10.1111/jpm.12499>
- ¹³ Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. (2018). Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz.
- ¹⁴ RACT Nederland. (2018). Hoe werken resourcegroepen? <https://ract.nl/over-ract/hoe-werken-resourcegroepen/> (geraadpleegd op 11 december 2018)
- ¹⁵ Staveren van, R. (2018). Hart voor herstel. Utrecht: de Tijdstroom.*
- ¹⁶ Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2018). Toezicht op de ambulante ggz. Utrecht: Inspectie gezondheidszorg en Jeugd.
- ¹⁷ Gestel-Timmermans van, H. (2011). Recovery is up to you: Evaluation of a peer-run course. Tilburg: Universiteit Tilburg.

Dankwoord

Deze bundel kon tot stand komen dankzij financiële ondersteuning van SIA in de vorm van de subsidie voor MATCH (RAAK PRO en TOP-UP), en facilitaire ondersteuning van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Verder danken we graag cliënten, naasten, hulpverleners en collega-onderzoekers - zonder jullie inbreng was deze bundel er niet geweest.

Mensen zoeken in hun leven vaak naar een match met anderen - een klik, een verbinding. Ieder mens heeft zulke verbindingen nodig maar ze ontstaan niet vanzelf. Bij psychische problematiek is die verbinding vaak nog belangrijker maar om verschillende redenen juist moeilijker te maken. Van hulpverleners op het gebied van psychische problematiek wordt verwacht dat ze goed zijn in het vinden van een match. Maar ook voor hulpverleners is niet altijd duidelijk wat helpt om die verbinding te maken - soms lukt het, soms niet.

In deze bundel beschrijven we zo methodisch mogelijk wat kan helpen om de match te vinden. We gaan uit van samenwerking als basis voor een verbinding tussen mensen. Methodisch samenwerken is niet eenvoudig maar valt wel te leren. Hulpverleners en studenten die bereid zijn om echt samen met de ander te zoeken naar de match, en in staat zijn zichzelf steeds kritisch onder de loep te nemen, zullen uiteindelijk meer en betere verbindingen maken met anderen. Dit boekje biedt hulpmiddelen daarbij.

De meeste auteurs maken deel uit van het Kenniscentrum HAN SOCIAAL, en daarbinnen van het lectoraat dat zich richt op de verhouding tussen psychische problematiek, zorg en samenleving.'

