

“De SPV als spiegel voor de patiënt”



Het belang van een behandelrelatie voor patiënten van een FACT-team

Student: Berrith Augustus

Studentennummer: 500671303

Artikelbegeleider: I. van der Padt

Datum: juli 2014

Samenvatting

Om richting te kunnen geven aan je leven heb je als mens actorschap nodig. Dit vereist dat je weet hebt wie je bent, dat er identiteitsontwikkeling heeft plaatsgevonden.

De inspectie voor de Gezondheidszorg neemt het FACT-model als uitgangspunt voor verantwoorde zorg, waarbij stabiele patiënten individuele begeleiding krijgen bij rehabilitatie en herstel. Onderzoek wijst uit dat er weinig aandacht is voor herstelgerichte zorg en er onvoldoende stil wordt gestaan bij de wensen en behoeften van de patiënt. Behandeling binnen FACT blijft veelal aan de oppervlakte, gericht op symptoombestrijding en klachtreductie. Op deze wijze kan een gestagneerde identiteitsontwikkeling niet op gang komen. Protocollen en richtlijnen lijken tegenwoordig leidend, vanwege hooggespannen verwachtingen omtrent onder andere behandeluitkomsten. Ze dragen het gevaar in zich dat de wijze van begeleiding vastligt waarbij wij als behandelaar uitvoerder zijn. Uit onderzoek blijkt dat de behandelrelatie helpt bij herstel. Er is overtuigend empirisch bewijs voor de effectiviteit van de 'Rogeriaanse condities': aandacht, openheid en een positieve blik. Herstel is (opnieuw) positie innemen, verbinding met de buitenwereld aangaan vanuit een nieuw zelfgevoel. Pas dan kan de patiënt in relatie met zijn omgeving vertrouwen, autonomie, initiatief en identiteit ontwikkelen.

Inleiding

Rond het wijkgericht werken is de afgelopen jaren veel aandacht besteed aan het implementeren van het organisatiemodel 'Functie Assertive Community Treatment' (FACT). De Inspectie voor de Gezondheidszorg neemt FACT als uitgangspunt voor verantwoorde zorg. In Nederland bestaat consensus dat FACT een best practice organisatiemodel is (CCAF, 2013).

Stabiele patiënten krijgen volgens FACT individuele begeleiding bij rehabilitatie en herstel door een casemanager, passend binnen herstelgerichte zorg¹.

In mijn visie op zorg is voor herstel actorschap nodig. Actorschap (agency) is het vermogen om richting te geven aan het eigen leven (Bohlmeijer, 2012: 14). Voor actorschap is identiteit nodig, weet hebben wie je bent en wat je wilt. Iets wat je naar mijn mening –en ook vanuit de haptonomische² mensvisie– niet kunt bedenken, maar moet voelen in het contact met de ander. Mijn vraag is hoe we als SPV de behandelrelatie kunnen inzetten in het (weer) op gang brengen van identiteitsontwikkeling om zo actorschap bij patiënten te bewerkstelligen. In de FACT-teams is expertise aanwezig, onder andere bij de discipline SPV. Naar mijn mening wordt deze expertise onvoldoende ingezet.

In dit artikel probeer ik het bovenstaande te onderbouwen aan de hand van literatuuronderzoek, interviews en praktijkvoorbeelden.

¹ Herstelgerichte zorg: zorg en begeleiding die het individuele herstelproces van de patiënt onderkent, centraal stelt en hier nauw op aansluit in attitude, bejegening, maar ook met methodieken. De herstelgerichte behandelaar ziet dit proces als richtinggevend in het begeleidingscontact. (www.participatiezorgenondersteuning.nl)

² Haptonomie: bestudeert en het omschrijft het menselijke gevoelsleven en van datgene wat speelt in affectieve relaties, het relationele vlak in de menselijke interactie en communicatie (Veldman, 2004)

Ik besteed eerst aandacht aan het model en de behandelresultaten van FACT-gericht werken. Hierna beschrijf ik de behandelrelatie en hoe deze zich verhoudt ten opzichte van geprotocolleerd werken. Daarna volgt een beschrijving van het begrip identiteit en identiteitsontwikkeling, waarna het belang van actorschap voor herstel³ staat beschreven. De begeleiding binnen het FACT-model en hoe herstelgerichte zorg hierin vorm kan krijgen komt vervolgens aan de orde. De verbinding wordt gelegd in het onderdeel waar de van belang zijnde elementen van de behandelrelatie voor identiteitsontwikkeling en actorschap worden beschreven. Tot slot volgen de conclusie en aanbevelingen.

Ieder onderwerp begint met een citaat uit een interview met patiënten van het FACT-team, uiteraard met toestemming.

Functie Assertive Community Treatment (FACT)

“Toen ik in rustiger vaarwater zat kreeg ik minder aandacht van mijn SPV, het ging vooral over het behouden van mijn stabiliteit en mijn weekstructuur.”

FACT is een in Nederland ontwikkelde variant op Assertive Community Treatment (ACT). Werken volgens FACT heeft twee belangrijke functies: stabilisatie en rehabilitatie.

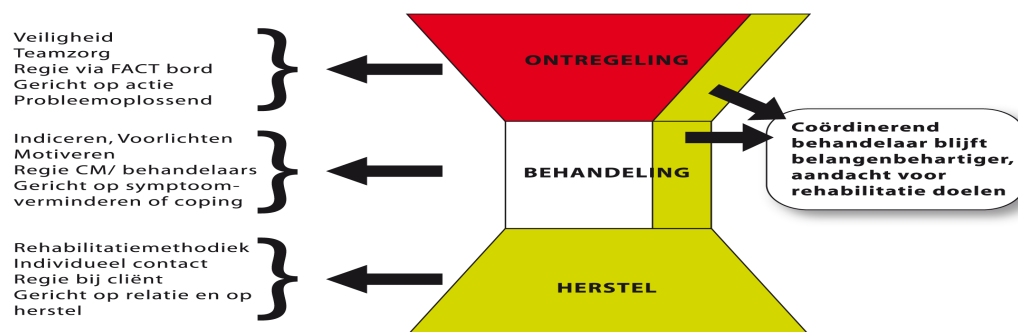
FACT richt zich in een bepaalde wijk of regio op alle patiënten met langdurende en blijvende ernstige psychiatrische aandoeningen buiten het ziekenhuis. Aan de meer stabiele patiënten biedt het team individuele behandeling door een psychiater, psycholoog, SPV en andere deskundigen. In het FACT-team waar ik werk bestaat de caseload uit 144 patiënten, waarvan 70% van de mensen last heeft van schizofrenie of psychotische stoornissen. Het doel is om patiënten met continuïteit te begeleiden, te behandelen en te ondersteunen in hun herstel om zo toe te werken naar een leven buiten de GGZ, met zinvolle dagbesteding, sociale betrokkenheid en meer meedoen in de samenleving (CCAF, 2013). Om bovenstaand doel te behalen heeft FACT-zorg 7 hoofdproducten, ook wel omschreven als de '7 C's':⁴ cure, care, crisisinterventie, community support, cliëntdeskundigheid ondersteunen, controle en check.

De verschillende soorten zorg worden passend bij de drie verschillende fasen van het herstelproces aangeboden. Deze drie fasen volgen elkaar niet chronologisch op maar gaan samen of wisselen elkaar af. Schematisch ziet dit er als volgt uit:⁵

³ Herstel: het persoonlijk proces van mensen met een psychische kwetsbaarheid waarin zij de draad weer oppakken en hun leven nieuwe vorm en inhoud geven. (www.Hee-team.nl, 2013)

⁴ www.zorgvoorinnoveren.nl/.../03-DR-Hfdstk-3-Het-FACT-model.doc

⁵ www.zorgvoorinnoveren.nl/.../03-DR-Hfdstk-3-Het-FACT-model.doc



Tijdens het interview met iemand van de CCAF⁶ kwam naar voren dat het behandelaanbod landelijk sterk wisselend is. Diegene wijst op de meerwaarde van hersteltrainingen waarbij het weer oppakken van zelfregie een belangrijk thema is.

Wat zijn de behandelresultaten van FACT-gericht werken?

Uit onderzoek blijkt dat patiënten aangeven dat er sprake is van (meer) stabiliteit en dat de in het oog springende problemen zijn opgelost; de fase van ontregeling is voorbij. Dit leidt tot meetbare verbeteringen van psychiatrische symptomen en zorgconsumptie (Bak et al., 2008).

“De patiënten klagen over te weinig mogelijkheden voor intieme en seksuele relaties, over voortdurende symptomen en over te weinig geld” (Van Veldhuizen et al, 2006).

Aspecten die binnen de fasen van behandeling en herstel vallen vinden we in de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (Van Alphen et al., 2012) verder in dit artikel afgekort met MDR-S.

Er is onvoldoende evidentie op grond waarvan rehabilitatieprogramma's die erop gericht zijn de sociale contacten van deelnemers te bevorderen, aan te bevelen zijn, hetzij af te raden.⁷

Uit de behandelresultaten van het FACT-team waarin ik werk blijkt dat slechts een gering aantal patiënten werk heeft of uitgeschreven worden vanwege 'aanzienlijke verbeteringen'.

Uit onderzoek van Sprang & Heuvel (2013) blijkt dat patiënten niet tevreden zijn over hun sociale contacten en last hebben van voortdurende symptomen.

Patiënten die ik interviewde voor dit artikel, bevestigen dat de aandacht met name gericht is op stabiliseren, zoals ook uit de gegevens van Sprang & Heuvel (2013) blijkt. Ze missen ondersteuning in hun zoektocht naar en vaardigheden voor een zinvolle dagbesteding. Door deze gegevens kun je je afvragen of van herstel sprake is en of het behandelaanbod dat nu geboden wordt toereikend en passend is.

Mijn vraag is of identiteitsontwikkeling binnen de behandeling, om zo actorschap te bewerkstelligen, ondersteunend kan zijn om de herstelgerichte zorg vorm te geven. En ben ik

⁶ CCAF: stichting Centrum Certificering ACT en FACT

⁷ ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=1839&richtlijn_id=120

“De SPV als spiegel voor de patiënt”

benieuwd welke rol de behandelrelatie hierin kan spelen.

In de volgende paragraaf ga ik daarom eerst in op de behandelrelatie en hoe deze zich verhoudt tot geprotocolleerd werken, om vervolgens terug te komen op de werkwijze en het aanbod vanuit FACT.

De behandelrelatie binnen het geprotocolleerd werken

“Die schema's op het bord en de gekke tekeningen over contact aangaan die je maakte hebben me veel duidelijk gemaakt. Ik vond het fijn dat er ruimte was om het gewoon te hebben over hoe het de afgelopen weken met mij was gegaan en er van de agenda afgeweken kon worden.”

In de begeleiding speelt de relatie die de hulpverlener met zijn patiënt heeft een belangrijke rol. Uit onderzoek blijkt dat er een helende werking uitgaat van de behandelrelatie.

In een vijftal studies waarbij patiënten gevraagd werd naar de meest helpende factoren in de therapie, antwoordden deze consistent dat de relatie met hun therapeut meer helpend was geweest dan de cognitief gedragstherapeutische techniek die was gebruikt. Deze onderzoekers concludeerden dat er overtuigend empirisch bewijs is voor de effectiviteit van de 'Rogeriaanse condities': aandacht, openheid en een positieve blik (Takens, 2012).

Wat is het doel van een behandelrelatie?

Takens (2012) zegt hierover:

- de patiënt een luisterend oor bieden;
- de behandelrelatie gebruiken als ontmoetingsplaats;
- de behandelaar als alter-ego van/voor de patiënt;
- naast, of beter gezegd, in het verlengde van de empathie de patiënt voorzien van feedback;
- samenwerking.

Wat is het doel van geprotocolleerd werken?

Richtlijnen vormen het uitgangspunt van medisch handelen ze beogen de diversiteit van handelen te verminderen en waar mogelijk meer te laten aansluiten op evidence based medicine om daarmee de kwaliteit van zorg te verbeteren.

In protocollen wordt vooral aangegeven hoe in de dagelijkse praktijk gehandeld moet worden. In de praktijk worden lokale protocollen vaak afgeleid van landelijke richtlijnen. Het zorgproces, de verschillende stappen die moeten worden doorlopen en de klinische beslismomenten worden, meer in detail vastgelegd (Van Everdingen et al., 2004).⁸

Volgens Medina (2013) zitten patiënten niet te wachten op een flowchart, maar verwachten van hun behandelaar een persoonlijke benadering en een diepgaande professionele patiënt-behandelaarsrelatie.

⁸ www.venvn.nl/Dossiers/Richtlijnenenprotocollen.aspx

Hoe verhouden de behandelrelatie en geprotocolleerd werken zich tot elkaar?

Volgens Heijst (2005) lopen we het risico door te schieten in het handelen volgens voorgeschreven protocollen en onderschatten we dat zorg voortkomt uit mensen, voor mensen. Dit brengt met zich mee dat er mogelijk te weinig rekening gehouden wordt met de individualiteit van de patiënt. Verhaege (2010) zegt dat de behandelrelatie binnen geprotocolleerd werken geen relatie is, maar een puur instrumentele verhouding. Geprotocolleerd werken draagt naar mijn mening het gevaar in zich dat er doelgericht gewerkt wordt aan klachtreductie en symptoombestrijding. Vanuit een rationeel contact in plaats van echt contact, waarin volgens Colijn (2014) het bieden van empathie, warmte en acceptatie van de ander voorwaarden zijn om de patiënt vertrouwen te geven. "Empathie kan beschreven worden als het innerlijk proces van de psychotherapeut, waarbij deze zich een beeld probeert te vormen van de innerlijke belevingswereld van de patiënt. Hij streeft naar cognitief en naar emotioneel begrijpen" (Baljon, 1999: 305). Alleen op deze wijze kan er een (behandel)relatie ontstaan en kan je spreken van een ontmoeting. Het behandelaspect zit in het gegeven dat de ene mens hulp zoekt bij het vinden van antwoorden op vragen en de andere mens, de behandelaar, hierin *gids* is. Dit proces is van te voren niet vast te leggen in een protocol, maar vergt afstemming op en met elkaar.

Wat is het belang van actorschap en de relatie met herstel?

"Het vertrouwen in anderen is gegroeid en ook mijn zelfvertrouwen. Ik durf risico's te nemen en ga contacten minder uit de weg."

In de narratieve psychologie spreekt men van actorschap als belangrijke voorwaarde voor een zinvol leven. Actorschap begint met het vermogen om een antwoord te formuleren op de vragen wie ik wil zijn en wat mijn belangrijkste intenties zijn. Actorschap omvat het vermogen om deze intenties om te zetten in commitments. Dit is: "het maken van keuzes en daaraan vasthouden" (Bohlmeijer, 2012: 14). Bohlmeijer (2012) pleit in zijn oratie voor een brede opvatting van geestelijke gezondheid, waarbij het investeren in positieve geestelijke gezondheid geen luxe is, maar een goede investering in de zelfredzaamheid van mensen. Hij stelt hierbij dat de zorg zich mede zal moeten richten op intenties, zingeving, waarden en commitments van mensen. In zijn visie op zorg begint geestelijke gezondheid met de vragen: "Wie wil ik als persoon zijn? Wat maakt het leven voor mij zinvol? En vervolgens: Wat kan ik doen om dat te realiseren? Welke talenten kan ik daarbij inzetten? En vervolgens: Wat ik nu doe, past dat bij de persoon die ik wil zijn?" (Bohlmeijer, 2012: 13). Vragen passend in het herstelproces van patiënten van het FACT-team, waarvoor naar mijn mening identiteit nodig is, weet hebben van wie je bent. Boevink verwoordt dit proces als volgt:

"Het moet gaan om die vraag: wat wil je met je leven en welke zorg en steun heb je nodig om je psychische handicaps zo goed mogelijk te hanteren? We zijn geen psychiatrische stoornissen met zorgbehoeften. We zijn personen met een heel leven dat geleefd moet worden, met op onderdelen de noodzaak van professionele zorg of dienstverlening. Het maakt niet uit waar en bij wie we dat halen: in alle gevallen staat voortzetting van ons leven voorop. Een leven zoals wij ons dat wensen."

De zorg is daarbij een middel en niet meer dan dat.” (Boevink, 2012: 2).

Wat is identiteitsontwikkeling en hoe krijgt dit vorm?

“Mijn kern is geraakt, dat was best een beetje eng. Ik heb ervaren wat ik wil en kan dit ook benoemen. Ik heb het gevoel dat ik mezelf word.”

Wat is identiteit en identiteitsontwikkeling?

Identiteit is wie je in diepste wezen bent, het is het unieke en eigene aan iemand. Zonder identiteit zouden we niet meer zijn dan een lichaam. Identiteit is een samenhangend zelfconcept dat tijdens de adolescentie tot ontwikkeling komt (Bohlmeijer, 2012). Boot (2009) geeft aan dat de gehele kindertijd een zoektocht is naar de eigen identiteit, maar dat het in de puberteit meer tot uiting komt. Van belang hierbij is dat de ouders het kind 'gidsen' tijdens deze zoektocht. Verhaege (2010) geeft aan dat er binnen de hedendaagse ontwikkelingspsychologie en hechtingstheorie aangenomen wordt dat '*spiegelingen*' tussen ouder en kind zorgen voor identiteitsontwikkeling en het leren omgaan met spanningen.

McAdams' primaire stelling is dat de kern van onze persoonlijke identiteit een levensverhaal is. Een levensverhaal is een geïnternaliseerd en zich ontwikkelend verhaal over wie we zijn en voorziet ons leven van samenhang en doelgerichtheid (Bohlmeijer, 2012).

Het belang van identiteit(sontwikkeling)

“Binnen de herstelbenadering betekent identiteitsontwikkeling het (her)ontdekken of herdefiniëren van een eigen positieve identiteit en het over de stigmatisering heen groeien (Leamy M. , Bird, Le Boutillier, Williams, & Salde, 2011)” (Storme, 2012–2013: 23). Zoals blijkt uit wat Boevink (2012) zegt: “En in mijn nieuwe leven bepaal ik mijn identiteit en wat ik daarvan onthul.”

Verhaege (2010) spreekt over het belang van identiteitsontwikkeling om op deze wijze te leren omgaan met je eigen affecten. Hiervoor is het nodig om deelgenoot te zijn van stabiele groepen. De ander is een *spiegel*, leert je woorden te vinden voor wat je voelt. Hierdoor leer je jezelf kennen en krijg je weet over wie je bent. Bij gebreken in de ontwikkeling komen identiteitsbeleving en zinverlening op een hellend vlak te staan. We zien identiteitsmoeilijkheden bij mensen met persoonlijkheidsproblematiek en identiteitsverlies bij mensen die depressief zijn. In beide gevallen daaraan gekoppeld een gevoel van zinloosheid en angst (Verhaege, 2010).

Veel patiënten van het FACT-team hebben een psychose (gehad), volgens Romme en Escher (2009) is er bij deze patiëntengroep een grote kans op trauma(ta) in het verleden. Trauma's kunnen de ontwikkeling van identiteit verstoren (Herman, 1993).

Bovenstaande roept bij mij de vraag op *hoe* de behandelrelatie van de SPV gebruikt kan worden om aandacht te besteden aan de mogelijkheid tot identiteitsontwikkeling bij patiënten van het

FACT-team. “De SPV als spiegel voor de patiënt”.

Om deze vraag te beantwoorden besteed ik nu eerst aandacht aan de begeleiding binnen de drie fasen van het FACT-model om vervolgens belangrijke elementen in de behandelrelatie te beschrijven om zo tot een antwoord te komen.

Begeleiding binnen FACT-model

“Het ging altijd maar over het bestrijden van mijn symptomen, mijn drukke gedrag en mijn alcoholgebruik, het raakte niet de kern. Ik heb het gevoel dat ik jaren stilgestaan heb.”

Behandeling, zorg en begeleiding lopen in de langdurige zorg door elkaar. Het handicapmodel staat centraal, maar 'echte' behandeling is misschien mogelijk (Koekkoek, 2011). De aandacht van het FACT-team is vaak gericht op de patiënten in de ontregelingsfase, waarbij oplossingsgericht wordt gewerkt aan de problemen van de patiënt. Wanneer de ontregeling voorbij is wordt behandeling, naar mijn mening gericht op symptoombestrijding, ingezet. Behandeling bestaat veelal uit (deeltechnieken uit) cognitieve gedragstherapie en vaardigheidstrainingen. Als kritische SPV i.o. vraag ik me af in hoeverre er wordt onderzocht wat de wensen en behoeften van de patiënt zijn en of deze een plaats krijgen in de behandeling.

Begeleiding

Begeleiding is het bieden van ondersteuning om op deze wijze de zelfredzaamheid van personen te bevorderen of te behouden. “Het doel van begeleiding is de patiënt in staat stellen tot meedoen in de maatschappij, via dagbesteding of werk, via de buurt of de burens of via lotgenotencontact” (Ploegmakers, 2010: 11). Begeleiding zou op deze manier, en zoals ik begeleiding zie, ondersteunend moeten zijn in het herstel van de patiënt, want “herstellen is een persoonlijk, uniek proces waarin iemand de draad weer probeert op te pakken en zijn leven opnieuw inhoud en richting probeert te geven” (Haan, 2013: 6).

Binnen de begeleiding wordt veelal oplossingsgericht gewerkt aan individuele probleemgebieden. In de gesprekken met Van Onna, psychiater van een FACT-team, kwam naar voren dat slechts een klein aantal behandelaren herstelgerichte zorg biedt en dat de regie (te) snel wordt overgenomen. Dit maakt patiënten afhankelijk van de hulpverleners. Van Onna zegt dat klachten en problemen veelal leidend zijn in de behandeling en er te weinig gekeken wordt naar de wensen en behoeften van de patiënt. Het durven nemen van risico's is naar zijn mening van belang wanneer het gaat om herstelgerichte zorg ook tijdens de ontregelingsfase.

Bij behandeling gaat het om een genezende of helende werking. Momenteel voldoen volgens Koekkoek (2011) nog weinig psychiatrische behandelingen aan het opheffen van de stoornis. In die zin is er dus geen sprake van genezing. Sommige therapieën slagen erin specifieke klachten te verhelpen of de scherpe randjes weg te halen. Onderliggende oorzaken worden niet verholpen. Volgens Verhaege (2010) ontstaan veel van deze oorzaken door een stagnerende identiteitsontwikkeling. Boot (2009) zegt dat bij mensen die niet in staat zijn geweest om een

eigen identiteit te ontwikkelen de angst om een intieme relatie aan te gaan het grootst is. Door het onderzoek dat ik verricht heb voor dit artikel, kreeg ik de indruk dat identiteit bij patiënten van het FACT-team onderontwikkeld is. Wat mij bracht tot de vraag of behandeling gericht op identiteitsontwikkeling nodig is om actorschap te vergroten. Wat, volgens mij, weer nodig is voor herstel. Uit de gesprekken met collega's, klasgenoten en cliënten blijkt dat er (te) weinig aandacht is voor dit thema. Naar mijn mening komt dit door het feit dat de begeleiding aan de oppervlakte blijft en FACT zich vooral richt op symptoombestrijding en klachtreductie en niet zoals gesuggereerd wordt door de '7 C's' op relatie en herstel, zoals passend is binnen de herstelgerichte zorg. Hetgeen door zowel Van Onna, een medewerker van CCAF en het onderzoek van Sprang & Heuvel bevestigd wordt. Het vermoeden dat er over het algemeen te weinig aandacht is voor relatie en herstel wordt door de diverse partijen signaleerd.

“Herstellen is opnieuw positie innemen, de verbinding met de buitenwereld aangaan, vanuit een nieuw zelfgevoel. Dit kan pas nadat er een nieuw evenwicht is ontstaan en er hernieuwd contact met jezelf is waarop je kunt vertrouwen. In deze fase kan de patiënt in relatie met zijn omgeving, zich de psychische vermogens eigen maken die hij in meer of mindere mate was kwijtgeraakt: vertrouwen, autonomie, initiatief, eigen identiteit en de mogelijkheid tot intimiteit” (Boot 2009: 171,9). De professionele begeleiding zou naar mijn mening in deze fase moeten worden afgebouwd. Herstelgerichte trainingen moeten worden ingezet, wat ook bevestigd wordt door de geïnterviewde medewerker van de CCAF en zoals benoemd in de '7 C's'; community support en cliëntdeskundigheid ondersteunen. Het inzetten van Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid (HEE) is aan te bevelen. Het omvat effectieve werkwijzen en strategieën van mensen met psychische kwetsbaarheden om zichzelf te (leren) helpen (www.hee-team.nl).

Welke elementen in de behandelrelatie zijn van belang om identiteitsontwikkeling en actorschap te bevorderen?

“De SPV was betrokken en echt, ik kan het niet anders omschrijven. Ze hield me een spiegel voor.”

In deze paragraaf beschrijf ik de elementen die van belang zijn in de behandelrelatie voor identiteitsontwikkeling en actorschap. In het voorgaande is beschreven dat weet hebben van wie je bent, nodig is om richting en zinsverlening te kunnen geven aan het leven.

Elementen die in de behandelrelatie van belang zijn bij identiteitsontwikkeling

Deelgenoot zijn van stabiele groepen (zoals vrienden, familie en collega's) is van belang omdat de ander, als *spiegel*, je leert woorden vinden voor hetgeen je voelt. Wanneer deze stabiele ander ontbreekt kan de behandelrelatie hierin (tijdelijk) een rol spelen. Op deze manier leert de patiënt zichzelf (weer) kennen na een wellicht heftige emotionele periode. Om als behandelaar te kunnen *spiegelen* is het van belang om: echt, transparant, natuurlijk en spontaan te zijn in het contact. Elementen die Rogers (1967), Takens (2012) en Colijn (2014) beschrijven. Goossensen (2014) zegt: 'om professionele hulp te optimaliseren, is maximale aansluiting bij de innerlijke wereld van de patiënt noodzakelijk.'

De nadruk komt te liggen op een persoonlijke ontmoeting tussen de behandelaar en de patiënt. De behandelaar laat merken wat hij voelt bij hetgeen de patiënt naar voren brengt ('transparantie') en is ook bereid iets van zichzelf te laten zien ('zelf-onthulling') en is als persoon in de behandelrelatie aanwezig (Takens, 2012: 211). Het is belangrijk om de patiënt zijn levensverhaal laten vertellen. Het gaat hierbij om de herinneringen die laten zien wie je bent en hoe je zo geworden bent (Levensverhalenlab, 2014). Boevink laat dit geluid al vele jaren horen: "Waarom vroeg niemand mij: 'Wat is er toch gebeurd dat jij er gek van wordt?'. In de psychiatrie is men niet gewend om dit soort voor de hand liggende vragen te stellen" (Boevink, 2012, 7). Boevink zegt dat behandelaren een waardevolle bijdrage kunnen leveren door patiënten als gelijkwaardige en waardevolle gesprekspartners te accepteren en spreekt niet van een behandelrelatie, maar een samenwerkingsrelatie, waarbij gemeenschappelijkheid betekent een wederzijds horen en gehoord worden.

Samenvattend is het van belang dat de behandelaar:

- (tijdelijk) de stabiele ander is;
- *spiegelt* door: echt, transparant en spontaan te zijn in contact en de patiënt onvoorwaardelijk accepteert;
- als persoon aanwezig is in de behandelrelatie;
- de patiënt zijn levensverhaal laat vertellen;
- aandacht schenkt aan de mogelijke aanwezigheid van trauma's;
- een samenwerkingsrelatie aangaat op basis van hoor en wederhoor.

Elementen in de behandelrelatie die van belang zijn voor actorschap

Volgens zowel Baart (2006) als Bohlmeijer (2012) kan actorschap verhoogd worden door een persoonsgerichte benadering. Hierin is het primaire doel niet het opheffen van lijden, maar het vergroten van het vermogen om een zinvol leven te leiden, passend binnen de herstelgerichte zorg. Volgens het levensverhalenlab⁹ richt een persoonsgerichte benadering zich niet alleen op de klachten van patiënten, maar ook op positieve aspecten, zoals competenties, waarden, zingeving en welbevinden. Bohlmeijer (2012) zegt dat praktische wijsheid synoniem is met zelfredzaamheid en een voorwaarde is voor actorschap. "Praktische wijsheid is geworteld in levenservaringen en het vermogen hierop te reflecteren." Bohlmeijer heeft eerder het belang beschreven van het vertellen van levensverhalen door patiënten in contact met een behandelaar, om zo te leren reflecteren en een toekomstig levensverhaal te kunnen schrijven (de autobiografische reflectie of life-review)¹⁰.

Samenvattend is het van belang dat de behandelaar:

- als persoon aanwezig is in de behandelrelatie;
- zoekt naar competenties, waarden, zingeving en welbevinden van de patiënt;
- minder actief is, een meer achteruitleunende houding aanneemt;
- zelfredzaamheid bevordert door herstelgerichte zorg.

Conclusie en aanbevelingen

⁹ www.levensverhalenlab.nl

¹⁰ www.boomlemmatijdschriften.nl/tijdschrift/KWALON/2009/3/KWALON_2009_014_003_011

Herstel is het persoonlijke proces, waarin mensen met een psychische kwetsbaarheid de draad van hun leven weer oppakken en hun leven opnieuw vorm en inhoud geven. Hiervoor is actorschap nodig, het vermogen om richting te kunnen geven aan het leven. Hieraan ligt ten grondslag dat je weet hebt van wie je bent, er identiteitsontwikkeling heeft plaatsgevonden. Identiteitsontwikkeling komt op gang door *gespiegeld* te worden, een stabiele ander leert je woorden te vinden voor wat je voelt. Veel mensen met een psychische kwetsbaarheid worstelen met hun identiteit en hebben moeite richting te geven aan hun leven, ontberen actorschap. Hiervoor is behandeling gericht op identiteitsontwikkeling nodig, waarbij de behandelaar tijdelijk voor de patiënt de *spiegel* moet zijn. De nadruk in de behandeling komt dan te liggen op de persoonlijke ontmoeting; het aangaan van een (behandel)relatie, waarin het van belang is dat je als behandelaar in het hier en nu ervaart wat de patiënt met je doet en vice versa; 'Hoor en Wederhoor'. Een persoongerichte benadering richt zich niet alleen op de klachten, maar ook op waarden, competenties, zingeving en welbevinden. Het de patiënt laten vertellen van zijn levensverhaal en hierop reflecteren, blijkt hierin helpend zijn. Het vertellen van het levensverhaal voorziet ons leven van samenhang en doelgerichtheid. Het is voor de behandelaar van belang om de patiënt woorden te laten vinden voor hetgeen deze voelt, oftewel, elkaar leren begrijpen.

Dit vereist van de behandelaar echtheid, transparantie, spontaniteit en onvoorwaardelijke acceptatie in het contact met de patiënt. Binnen de behandelrelatie is het van belang de patiënt zowel cognitief als emotioneel te begrijpen, dit proces is niet vast te leggen in een protocol, maar vergt afstemming op en met elkaar. Hiervoor is gelijkwaardigheid van belang, je de behandelrelatie meer moeten zien als een samenwerkingsrelatie.

In de behandelfase van FACT blijkt dat het bovenstaande nog weinig aandacht krijgt en de behandeling gericht blijft op symptoombestrijding en klachtreductie.

Als het vinden van woorden voor wat je voelt op gang komt, identiteitsontwikkeling ontstaat, kan er samen met de patiënt gezocht worden naar het moment waarop voor het *spiegelen* (ook) een andere groepen gebruikt kunnen worden. Ik denk hierbij aan ervaringsdeskundigen, de inzet van hun expertise wordt nog onvoldoende gestimuleerd door de behandelaren, waardoor de patiënt afhankelijk blijft van zorg.

Aanbevelingen

- De behandelrelatie te beschouwen als samenwerkingsrelatie, waarbij echtheid, gelijkwaardigheid, transparantie, spontaniteit en onvoorwaardelijke acceptatie uitgangspunt zouden moeten zijn.
- Zorg dat er binnen de FACT-teams ruimte komt voor behandeling gericht op identiteitsontwikkeling, waarbij de behandelrelatie wordt ingezet om te spiegelen wat er in het hier en nu gebeurt tussen patiënt en behandelaar.
- Zoek naar een passend behandel aanbod om bovenstaande te bewerkstelligen. Mijn advies is life-review of mentaliserend bevorderende therapie, omdat bij beiden het (leren) begrijpen van jezelf in contact met de ander centraal staat. Binnen deze twee kaders staat met name de interactie, de relatie tussen behandelaar en patiënt, op de voorgrond.
- Scholing gericht op het gekozen kader is een voorwaarde.

- Werk in alle fasen van het FACT-model vanuit herstelgerichte zorg.
- Maak gebruik van HEE binnen de herstelfase van het FACT-model.

Literatuurlijst

Alphen, C., van, Ammeraal, M., Blanke, C., Boonstra, N., Boumans, H., Bruggeman, R., Castelein, S., Dekker, F.L., Duin, D. van, Ewijk, W.M., van, Gaag, M., van der, Gool, R., van, Haas, O., de, Henquet, C., Hermens, M.L.L., Ketelaars, T., Knegtering, H., Krans, M.J., Lanssen, M., Lochy, R., Loonen, A.J.M., Meesters, P.D., Meijel, B.K.G., van, Miltenburg, G., Oud, M.J.T., Pater, C.F., de, Peterse, A., Plas, J., van der, Rammers, D., Rentenaar, I.M.F., Santen, G.W., van, Scheewe, T.W., Selten, J.P., Slooff, C.J.A.J., Stoop, C., Vlaminck, P., Vollaard, H., Weeghel, J., van, Wel, T., van, Zon, N., van (2012). *Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie*. Utrecht: de Tijdstroom.

Baart, A. (2006). *Een theorie van de presentie*. Den Haag: Lemma.

Baljon, M. (1999). Cliëntgerichte psychotherapie bij complexe posttraumatische stress-stoornis, *Tijdschrift voor Psychotherapie* 25. 305–321

Boevink, W., (2012). *Herstel: wat helpt en hindert?* Lezing gehouden op het Zesde Vlaams Geestelijk Gezondheidszorgcongres, Antwerpen, 18 september 2012.

Bohlmeijer, E.T. (2012). *Eudaimonia. Voer voor psychologen. Pleidooi voor een heroriëntatie van de geestelijke gezondheidszorg*. Oratie. Universiteit Twente.

Boot, B. (2009). *Haptonomie. en kwestie van gevoel*. Utrecht: Archipel.

Romme, M., Escher, S. (2009). Stemmen Horen. Welke relaties kunnen er zijn tussen de stemmen en de ervaren trauma's. *Sociale psychiatrie, vakblad sociaal psychiatrische verpleegkunde nr. 90*. 9–14

Goossensen, A. (red. 2014). *Mismatch. Een zorgethische visie op evaluatieonderzoek*. Movisie

Haan, E. (2013). *'De herstelspecial'. De route naar herstelondersteunende zorg: wat werkt en wat niet*. Utrecht of Amersfoort: GGZ Nederland in samenwerking met de SWBU.

Herman, J.L. (1993). *Trauma en herstel de gevolgen van geweld van mishandeling thuis tot politiek geweld*. Wereldbibliotheek.

Koekoek, B. (2011). *Praktijkboek sociaalpsychiatrische begeleiding. Methodisch werken met ernstige en langdurige problematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Ploegmakers, M., (2010). *Flexible Assertive Community Treatment (FACT). Databank Effectieve sociale interventies*. Movisie.

Sprang, T., van & Heuvel, J., van der (2013). *FACT actief in de wijk. Evaluerend onderzoek naar de ervaringen van cliënten en werknemers met het wijkgericht werken in FACT-teams te Den Bosch. 's Hertogenbosch: Avans Hogeschool*.

Storme, C. (2012–2013) *Kwalitatief onderzoek naar de kernelementen van het persoonlijk herstelproces van personen met een psychische aandoening: een case study in Villa Voortman*. Universiteit Gent. Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen. Academiejaar 2012–2013.

Takens, R.J. (2007). Procesgerichte psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen: introductie van een behandelingsprotocol. *Tijdschrift cliëntgerichte psychotherapie* 45, 4. 5–17.

Takens, R.J. (2012). Er voor de ander zijn. *Tijdschrift cliëntgerichte psychotherapie* 50, 3. 201–216.

Veldman, F.R. (2004). *In contact zijn. Authentieke haptonomie, een andere kijk op hulpverleners*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

Veldhuizen, J.R. Van, Bähler, M., Teer, W. (2006). Fact: de 'Functie ACT'. *MGV* 61, 2006, 06. 525–534

Verhaege, P. (2010). *Het einde van de psychotherapie*. Amsterdam: de Bezige Bij.

Gebruikte websites (geraadpleegd in laatste kwartaal 2013 en eerste kwartaal 2014)

www.CCAF.nl

www.boomlemmatijdschriften.nl/tijdschrift/KWALON/2009/3/KWALON_2009_014_003_011

www.discura.nl/auteurs/hector-medina-marlon-scheuer/protocollen-destructie-van-onze-professie-of-juist-creatieve-expansie

www.ggzrichtlijnen.nl

www.Hee-team.nl

www.levensverhalenlab.nl

www.participatiezorgenondersteuning.nl

www.trimbos.nl

www.venvn.nl/Dossiers/Richtlijnenenprotocollen.aspx

[www. Ypsilon.org](http://www.Ypsilon.org)

www.zorgvoorinnoveren.nl/.../03-DR-Hfdstk-3-Het-FACT-model.doc

Geïnterviewde mensen, met dank

R. van Onna, psychiater FACT-team GGZ Duin- en Bollenstreek (onderdeel Rivierduinen) locatie Lisse

Voorzitter van de Stichting Centrum Certificering ACT en FACT (wil anoniem blijven)

Gesprekken met mijn teamleden van het FACT-team GGZ Duin- en Bollenstreek (onderdeel Rivierduinen) locatie Lisse

Gesprekken met klasgenoten SPV opleiding SP1 3