

Van probleem



naar oplossing

Kees van Streepen
Avans Hogeschool
MGZ-GGZ
Mei 2006

Voorwoord

Deze scriptie is geschreven in het kader van de afronding van de opleiding tot sociaal psychiatrisch verpleegkundige aan de Avans Hogeschool Brabant.

Voor de afstudeeropdracht wordt een voor het werkveld of de beroepsgroep relevant probleem gekozen, dat is ontleend aan de sociaal psychiatrisch verpleegkundige beroepspraktijk.

Een woord van dank wil ik richten aan Okko Brunklaus, die mij vanuit de opleiding begeleid heeft. Drs. Herman de Hoogh, GZ psycholoog en oplossingsgericht therapeut, wil ik bedanken voor zijn enthousiaste reactie en het toesturen van artikelen.

Mijn stage begeleiders Jan Arie Bogert en Martin van Roon en collega Egbert Kruithof, wil ik bedanken voor het lezen van de ruwe versie van mijn scriptie en het voorzien van kritische noten.

Mijn partner, kinderen, ouders, familie en vrienden bedank ik voor de ruimte die mij is geboden om deze opleiding te volbrengen.

Ik hoop dat door het schrijven van deze scriptie andere collegae sociaal psychiatrische verpleegkundigen mijn enthousiasme voor het werken met de oplossingsgerichte gesprekstechniek gaan delen.

Inhoudopgave

Voorwoord	2
Inleiding	4
1 Nazorg vanuit de poli Laurenschhof	6
1.1 Polikliniek	6
1.2 Visie op zorgverlening	6
1.3 De rol van de SPV binnen de polikliniek	7
1.4 Herstel van evenwicht	8
1.5 Samenvatting	8
2 Het medisch model, een probleemgerichte benadering.....	9
2.1 Werken vanuit het medisch model	9
2.2 Casus	9
2.3 Van probleem gericht naar oplossingsgericht werken	12
2.4 Samenvatting	13
3 Kijken door een andere bril	14
3.1 Geschiedenis van oplossingsgerichte therapie	14
3.2 Het oplossingsgericht werken in vergelijking met het medisch model.....	14
3.3 De belangrijkste kenmerken van de oplossingsgericht gesprekstherapie	16
3.4 Oplossingsgerichte therapie, het beroepsprofiel van de SPV	19
en het Neuman System Model	19
3.5 Samenvatting	20
4 Theorie en praktijk	21
4.1 Praktijkvoorbeelden van patiënten uit de nazorgpoli	21
4.2 Ervaren knelpunten in het toepassen van de oplossingsgerichte gesprekstherapie..	25
4.3 Kunnen alle patiënten van deze methode profiteren?	26
4.4 Persoonlijke ervaringen met het oplossingsgerichte werken	27
4.5 Samenvatting	28
5 Conclusies en aanbevelingen.....	29
5.1 Conclusies	29
5.2 Aanbevelingen.....	30
Literatuur	32

Inleiding

Als poliverpleegkundige en - in opleiding - als Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV)¹ werk ik binnen het Cluster Algemene psychiatrie, waar de Laurens-hof een onderdeel van is. De Laurens-hof is een afdeling voor acute opname, crisisinterventie, diagnostiek en kortdurende behandeling voor patiënten tussen de 18 en 65 jaar. De afdeling bestaat uit vier gesloten units en een polikliniek voor nazorg.

Psychiatrische patiënten² worden op de Laurens-hof opgenomen als er naast de psychiatrische problematiek sprake is van gevaar voor zichzelf, anderen en/of de omgeving. Een aanzienlijk deel van de patiënten wordt opgenomen in het kader van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). Op de gesloten opnameafdeling is de behandeling gericht op het couperen van crisis.

De poliklinische behandeling is gericht op preventie en resocialisatie. Behandeling kan bestaan uit farmacotherapie, steunend/structurende begeleiding en/of psychiatrische intensieve thuiszorg (PIT). De doelgroep bestaat uit patiënten die in wisselende mate behoefte hebben aan (langdurige) behandeling en begeleiding.

Binnen de polikliniek werken verschillende disciplines: poliverpleegkundigen, SPV-en i.o., psychiater, arts-assistenten en een maatschappelijk werker.

Vraagstelling

Als onderwerp voor mijn scriptie ben ik gekomen tot de vraagstelling:

In hoeverre kan de oplossingsgerichte gesprekstherapie van de Jong en Berg binnen de praktijk van de SPV een bijdrage leveren aan het voorkomen van een (her)opname en het werken aan herstel van het evenwicht bij mensen die in behandeling zijn bij een nazorgpoli.

Tot deze vraagstelling ben ik gekomen omdat ik merk dat een probleemgerichte aanpak in het ambulante werken minder goed aanluit bij de hulpvraag van de patiënt.

Wanneer een patiënt in een crisissituatie opgenomen wordt, wordt door het karakter van de gesloten opname afdeling en de psychische ontregeling van de patiënt een groot deel van de autonomie van de patiënt gedurende de behandeling overgenomen. Dit heeft tot gevolg dat de patiënt vanwege zijn patiëntenidentiteit afhankelijk raakt van wat de hulpverlener vanuit zijn "expertise" als oplossing ziet voor de problemen van de patiënt.

Zoekende naar een passende methodiek waar ik meer aansluiting vindt bij de hulpvraag van mijn patiënten van de polikliniek stelde ik mijzelf de vraag hoe ik als SPV werkzaam binnen het sociale psychiatrisch werkveld aansluiting kan zoeken bij de patiënt en een bijdrage kan leveren aan zijn herstel van evenwicht en zelfredzaamheid.

Door de veranderde zorgvraag van de patiënt, van crisis couperen naar zich staande kunnen houden in de maatschappij, ben ik als poliverpleegkundige gaan zoeken naar handvatten en merkte dat ik eclecticisch ben gaan werken. In het vraaggericht werken weet ik vaak wel waar ik naar toe wil, maar zou me bewuster willen zijn van waar de patiënt naar toe wil, en voor zover dat mogelijk is hier rekening mee houden.

¹ Sociaal psychiatrisch verpleegkundige is afgekort als SPV of SPV-en.

² Waar in de tekst patiënt staat, kan ook cliënt gelezen worden. Ik heb de keuze gemaakt in deze scriptie de term patiënt te gebruiken, aangezien in het ziekenhuis in overleg met de patiëntenvereniging niet gekozen is voor de term cliënt.

Ik denk een antwoord te hebben gevonden in de oplossingsgerichte gesprekstherapie en vraag ik me af of deze vorm van patiëntgerichte benadering toepasbaar is in de praktijk van een nazorgpoli.

De deelvragen die ik mij gesteld heb zijn:

- Wat is de rol van de SPV in de zorgverlening van patiënten in het nazorgtraject binnen de poli Laurenschhof?
- Vanuit welke visie binnen de gezondheidszorg gekeken wordt naar ‘problemen’ van patiënten in relatie tot het medische model?
- Wat houdt oplossingsgerichte gesprekstechniek in?
- In hoeverre is deze methodiek verschillend van het huidige toegepaste medische model.
- Past de methodiek van de oplossingsgerichte therapie binnen het beroepsprofiel van de SPV?
- Welke verpleegkundige methodiek komt overeen met de uitgangspunten van de oplossingsgerichte gesprekstherapie?
- In hoeverre is de oplossingsgerichte therapie toepasbaar binnen de nazorg patiënten populatie van SPV?
- Zijn er criteria waaraan moet worden voldoen om deze methode toe te kunnen passen bij de doelgroep?
- Kunnen alle patiënten van deze methode profiteren?

Ik hoop door deze scriptie te schrijven een bijdrage te kunnen leveren aan visieontwikkeling binnen de poli en aan het herstel van evenwicht bij de patiënt.

Opbouw scriptie

Om antwoord te kunnen geven op mijn vraagstelling beschrijf ik in hoofdstuk 1 de opzet van de nazorgpoli en de patiëntenpopulatie en ga ik in op de taken van de SPV binnen deze setting en de doelstelling van de behandeling die resocialiserend van karakter is. Vervolgens besteed ik aandacht aan het begrip herstellen van evenwicht en hoe vanuit de rehabilitatiegedachte de rol en attitude van de hulpverlener die dit proces ondersteunt, gezien wordt.

In hoofdstuk 2 maak ik aan de hand van een casus inzichtelijk hoe het werken vanuit het medisch model met een probleemgerichte aanpak onvoldoende aansluit in mijn ambulante zorgverlening en dit heeft bijgedragen in mijn veranderende visie op hulpverleners en welke plaats de empowermentgedachte hierin inneemt.

Vervolgens beschrijf ik in hoofdstuk 3 wat verstaan wordt onder oplossingsgerichte therapie, ga ik in op de belangrijkste uitgangspunten en beschrijf ik hoe deze aansluiten bij het beroepsprofiel van de SPV en de verpleegkundige visie van het Neuman System Model.

De wijze waarop de oplossingsgerichte therapie en de interventies uitgevoerd door de SPV in de praktijk toegepast kunnen worden, maak ik duidelijk aan de hand van een aantal casussen in hoofdstuk 4. Ik beschrijf een aantal door mij ervaren knelpunten en mijn persoonlijke ervaringen in het werken met de oplossingsgerichte therapie en werk toe naar het beantwoorden van mijn vraagstelling.

In hoofdstuk 5 geef ik mijn uiteindelijke conclusies en eindig ik met aanbevelingen op micro-, macro- en mesoniveau.

Voor de leesbaarheid van deze scriptie heb ik gekozen voor het gebruiken van afkortingen nadat het woord volledig is uitgeschreven en verwijzingen te maken naar de voetnoot.

1 Nazorg vanuit de poli Laurenschhof

Vanuit de vraagstelling; *In hoeverre kan de oplossingsgerichte gesprekstherapie van de Jong en Berg binnen de praktijk van de SPV een bijdrage leveren aan het voorkomen van een (her)opname en het werken aan herstel van het evenwicht bij mensen die in behandeling zijn bij een nazorgpoli*, wil ik u meenemen naar mijn werkplek.

Om een beeld te geven van de werkwijze en opzet van de nazorgpoli start ik met het beschrijven van de huidige werkwijze en mijn kijk op de veranderde zorgvraag van patiënten. Vervolgens ga ik in op wat onder het begrip, het herstellen van evenwicht, in deze scriptie wordt bedoeld.

1.1 Polikliniek

Het doel van de nazorgpoli is ontstaan vanuit de gedachte om een laagdrempelige nazorg te kunnen leveren aan patiënten die door hun deviant gedrag niet meer welkom waren bij andere hulpverlenende instanties binnen de GGZ regio Rijnmond toch nazorg te bieden, waarbij dit aanvankelijk ging om het verstrekken van depot medicatie.

De doelgroep van de poli was: “de patiënt die moeilijk in zorg te houden was en waarbij door hun ziekte in het verleden veel sociale schade was aangericht” en is uitgegroeid tot een afdeling die nazorg biedt aan patiënten met psychiatrische en psychosociale problematiek na een klinische opname binnen de Laurenschhof.

Ervaringen opgedaan vanuit de klinische behandelunits met deze “lastige patiënten”, maakte duidelijk dat zij zich beter lieten begeleiden door voor hen bekende verpleegkundigen. Dit principe is in de poli doorgezet. De SPV-en werken deels op de klinische afdeling en deels op de poli. Gedurende de klinische behandeling is vertrouwensband opgebouwd en wordt poliklinisch voortgezet, hiermee behoudt het contact voor de patiënt de veiligheid die hij heeft ervaren. Omdat er sprake is van continuïteit in de behandeling kan eerder worden ingegrepen bij terugval, de SPV is bekend met de draagkracht en valkuilen van de patiënt. Het verlenen van poliklinische nazorg is bedoeld om patiënten ambulant te behandelen, opname te voorkomen en daarbij de mogelijkheid te bieden om de patiënt versnelt klinisch op te kunnen nemen wanneer ambulante zorgverlening ontoereikend is om crisis te voorkomen.

Kenmerkend voor de poli is dat een groot deel van de populatie patiënten met een juridische maatregel een opgelegde zorgvraag hebben. Hierbij geldt voor een deel van deze patiënten populatie dat er sprake is van geen tot beperkt ziekte inzicht en/of besef. Deze kwetsbare groep patiënten heeft moeite om zich staande te houden in de maatschappij en zijn aangewezen op de hulpverlening om hun problemen de baas te blijven.

1.2 Visie op zorgverlening

De visie op zorgverlening binnen de poli berust (nog) niet op een vastomlijnd model. Er wordt binnen de klinische setting gewerkt vanuit een medisch model waar de focus van de behandeling zich richt op het probleem, “de ziekte”, van de patiënt.

Bij het starten van de poli is deze werkwijze en benadering door de SPV-en die van de klinische naar de poliklinische setting verhuisde meegenomen. Gaandeweg bemerkte ik dat deze probleemgerichte benadering niet meer aansloot bij de hulpvraag van de ambulante patiënt. Ik merkte dat mijn goed bedoelde adviezen en oplossingen niet of gedeeltelijk werden opgevolgd door de patiënt. In gesprek met de patiënt werd mij duidelijk dat mijn aangedragen oplossingen voor hem niet werkten en aansloot bij wat hijzelf wilde.

Een verklaring hiervoor is in mijn optiek de veranderde rol van de patiënt op het moment dat hij uit klinische opname met ontslag gaat en terugkeert naar de maatschappij. Deze integratie maakt onderdeel uit van de herstelfase waarbij de patiënt zijn “oude” leven weer wil oppakken. Dit betekent automatisch dat er ook weer een groter beroep wordt gedaan op zijn autonomie en weer zelf bepalend wil zijn in wat hij doet of laat. Hier wil ik in paragraaf 1.4 dieper op in gaan.

1.3 De rol van de SPV binnen de polikliniek

De patiënt wordt na opname voor nazorg verwezen, meestal vanwege gebruik van medicatie en niet altijd vanuit een vrijwillig karakter. Behandelaafspraken worden gemaakt of overgenomen uit het bestaande behandelplan ten behoeve van de rechtelijke machtiging waarin de voorwaarden voor ontslag zijn beschreven, deze hebben een dwingend karakter. Patiënten komen in eerste instantie wekelijks naar de polikliniek, op geleide van beeld wordt de frequentie van de vervolgaafspraken bijgesteld. Naast de polibezoeken wordt er minimaal één keer een huisbezoek gedaan, kan er acute PIT³ ingezet worden en begeleidt de SPV zo nodig de patiënt bij bezoeken van externe instanties zoals de sociale dienst, woningstichting, dagactiviteitencentra.

De SPV heeft binnen de poli als takenpakket:

- Het voeren van intakegesprekken c.q. opnamegesprekken en het stellen van de verpleegkundige diagnose.
- Draagt (mede) zorg voor de ontwikkeling van behandelbeleid en de realisering van de doelstellingen.
- Ontwikkelen en leveren van het verpleegkundig/ psychiatrische aandeel in de behandelplannen.
- Het (mede) opstellen en regelmatig evalueren van het behandelplan.
- Indicatiestellen tot medicatie, het verstrekken van (depot) medicatie aan patiënten en het geven van instructie en voorlichting over medicatiegebruik.
- Het tijdens de behandeling voortdurend evalueren van psychiatrische symptomen.
- Het voeren van begeleidende gesprekken, geven van psycho-educatie.
- Het regelmatig bespreken van de patiënten binnen de organisatie-eenheid.
- Het geven van consultatie aan derde t.a.v. het verpleegkundig handelen.
- Stelt deelbehandelingen van andere disciplines op de eigen behandeling af en heeft hierover regelmatig overleg.
- Het bewaken van gerealiseerde behandelresultaten.
- Het doen van voorstellen gericht op verbetering van de behandelresultaten.
- Het doen van preventieve interventies bestaand uit: terugvalpreventie, het voorkomen van co-morbiditeit en het verminderen van de consequenties van de psychiatrische ziekte voor mensen in de directe omgeving.

Samengevat kun je stellen dat je als SPV, verpleegkundige interventies afstemt op de zorgvraag van de patiënt en zijn sociale netwerk en mogelijkheden. Praktisch gezien komt het erop neer dat je gesprekken voert, voorlichting geeft, ondersteuning biedt in dagelijkse levensbehoeften, verwijst, consultatie geeft en continuïteit biedt, ambulante zorg verleent, het sociale netwerk in kaart brengt en bij terugval en/of crisis interenieert.

Kijkend naar mijn taken als SPV en de visie en mijn ervaring in het ambulante werken, merk ik een spanningsveld tussen het werken in en vanuit de instelling met een medisch

³ Acute PIT-zorg vangt een crisissituatie op of is een tijdelijke aanvulling op het reguliere behandel aanbod.

georiënteerd behandelkader en mijn ambulante werkveld waar sociologische invloeden een rol spelen. Ik wil dit duidelijk maken in de volgende paragraaf waarin ik inga op het herstel van de patiënt.

1.4 Herstel van evenwicht

De algemene omschrijving van het begrip *herstel* in het Groot Woordenboek Der Nederlandse Taal van “Van Dale” is:

- terugkeer tot een vroegere, krachtiger toestand (genezing, beterschap)
- het weer in goede staat terugbrengen (reparatie)

Boevink en Dröes (2005, p. 14-19), Dröes (2006)⁴, zeggen onder andere over herstel dat dit het ontdekken van individuele en collectieve eigen kracht van patiënten is, met een eigen taal en visie op het leven en het dragen van de psychische lasten.

Als ik kijk naar de begripsomschrijving van “van Dale” en de rehabilitatiegedachten van Boevink en Dröes (2005, p. 14-19) dan kan ik stellen dat de patiënt wil terugkeren naar een toestand van voor de opname waarin hij een welbevinden ondervond en dat hij op zoek is naar genezing. De hulpverlener is hierbij de reparateur die helpt deze toestand te bereiken. Uitgaande van deze gedachten wordt een andere houding verondersteld dan die van de hulpverlener die werkt vanuit het medisch model. Hierin ligt de nadruk meer op de *ziekte* en het behandelen daarvan. De rehabilitatiegedachte gaat meer uit van het proces van de patiënt die toewerkt naar herstel en hierbij ondersteund wordt door de hulpverlener. De hulpverlener zal in dit proces niet meer zozeer kijken naar wat er vanuit de *ziekte* gedaan moet worden maar meer aansluiten bij wat de *wensen en verlangens* zijn van de patiënt. Dit verklaart naar mijn mening dan ook waarom ik werkend vanuit het medisch model onvoldoende aansluiting vond in de behandeling van patiënten in de polikliniek en dit mij prikkelde om een meer passende manier te vinden die deze aansluiting wel beoogt.

Vanuit “behoefte aan” herstel komt een patiënt “problemen” tegen waarin hij zoekt naar een nieuw evenwicht. Het hervinden van dit evenwicht gaat soms gepaard met problemen die de patiënt (nog) niet alleen kan oplossen. Van de hulpverlener die de patiënt ondersteunt bij het vinden van een nieuw evenwicht, “rehabiliteert”, wordt een andere attitude verwacht om dit proces te ondersteunen. Boevink en Dröes (2005, p.19) stellen dat de attitude van hulpverleners die herstel van de patiënten ondersteunen, bestaat uit: *presentie, ondersteuning in het maken van het eigen verhaal en een professionele terughoudendheid betrachten*. Ik maak hieruit op dat een te sturende directieve houding van de hulpverlener het herstel van de patiënt kan vertragen of zelfs belemmeren, omdat deze dan te bepalend is in het proces tot herstel.

1.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk heb ik een beschrijving gegeven van de doelstelling van de poli Laurenschhof en de patiëntenpopulatie. Daarin neemt het werken vanuit het medisch model een prominente rol in. Dat creëert - afgezet tegen mijn taken als SPV in de behandeling van poliklinische patiënten een spanningsveld in hun ontwikkeling naar herstel -. De zorg is vraaggericht en veronderstelt een grotere samenwerking tussen patiënt en SPV waarbij deze laatste wordt geacht een actieve rol te hebben in de ondersteuning van het herpakken van de rol van de patiënt in de maatschappij. In het volgende hoofdstuk wil ik dieper ingaan op het medisch model en de probleemgerichte benadering.

⁴ Dröes, J. “Empowerment”, studiemiddag gehouden op 11 april 2006

2 Het medisch model, een probleemgerichte benadering

Volgens het Groot Woordenboek Der Nederlandse Taal van Van Dale betekent *probleem*: *een vraag die een langdurig en moeilijk onderzoek vereist, een kwestie of een vraagstuk ofwel een ter oplossing voorgelegd vraagstuk*. Een ‘probleem hebben’, zo zegt Van Dale, betekent *in moeilijkheden verkeren*.

In dit hoofdstuk sta ik stil bij de vraag vanuit welke visie binnen de gezondheidszorg gekeken wordt naar ‘problemen’ van de patiënt. Ik begin met hoe het medische model zijn weerslag vind binnen de poli en licht dit toe aan de hand van een casus. Vervolgens ga ik in op mijn veranderende kijk op hulpverleners.

2.1 Werken vanuit het medisch model

De cultuur binnen de klinische afdeling is sterk beïnvloed door het medische model, waarin vanuit een probleemgerichte benadering gekeken wordt naar het probleem van de patiënt die opgenomen is. Deze manier van kijken naar wat noodzakelijk is voor de behandeling van de patiënt bepaalt mede de behandeling binnen de poli. Een factor die hierin naar mijn mening mede een rol speelt, is dat de SPV bekend zijn met dit kader.

Wolf (1990, p. 35) zegt in haar boek “Oude bekenden in de psychiatrie”: *Door doelgerichte interventies trachten hulpverleners de (acute) problemen en de onmiddellijke nood van betrokkene(n) zoveel mogelijk te helpen verminderen, de interventies zijn sterk probleem- en oplossingsgericht*. Hierbij zijn verschillende factoren van invloed op de door de hulpverleners gehanteerde methoden en technieken. Wolf (1990, p. 35) haalt hierbij andere schrijvers aan, die allen stellen dat *de aard van de interventies afhankelijk is van het theoretische referentiekader van de hulpverlener*.

Dit verklaart naar mijn idee ook dat vanuit de probleemgerichte benadering naar de patiënt aannemelijk wordt gemaakt, dat er een verband is tussen het probleem en de oplossing daarvan (oorzaak en gevolg), dat dit geleid heeft tot opname en dat het noodzakelijk is om nazorgbehandeling te volgen om terugval te voorkomen.

Het diagnose-receptmodel (Lang en Molen 2000, p. 22-26) vind ik aansluiten op het medische model en ik zie overeenkomsten in het werken op de poli. Dit model zegt dat de hulpverlener de expertise heeft, deze stelt de diagnose vast “dit is uw probleem” en levert in één moeite het recept om het probleem op te lossen, “de behandeling”.

Met dit model boek je naar mijn idee alleen succes als je zeker weet dat je als SPV de deskundigheid en kennis in huis hebt en de patiënt bereid is de boodschap te accepteren of daartoe veroordeeld is.

2.2 Casus

Om het bovenstaande te verduidelijken wil ik de probleemgerichte benadering toelichten aan de hand van een praktijkvoorbeeld-, met behulp van het medische model volgens de vijf fasen van McMahon (Jong en Berg 2001, p. 23).

Omdat in deze casus de diagnose en voorwaarde voor behandeling al gesteld zijn, kun je hier ook spreken van een diagnose-receptmodel. Om toch gebruik te maken van de vijf fasen beschrijf ik in fase 1 het probleem, namelijk dat de patiënt zelf geen hulpvraag heeft, maar dat die vanuit het medisch model wel gezien wordt, namelijk de slechte compliance. Het proces van gegevens verzamelen heeft in deze casus al plaatsgevonden.

Het handelen vanuit het medisch model en mijn reflectie geef ik cursief weer in deze casus.

Fase 1: Beschrijving van probleem of problemen en verzamelen van gegevens.

Hierbij beschrijft de patiënt de zorgen waar hij verlichting voor zoekt. De hulpverlener stelt vervolgvragen om een gedetailleerd beeld te krijgen van de problemen van de patiënt zodat een professionele probleemanalyse kan worden opgesteld.

De patiënt die ik beschrijf is een 54-jarige vrouw met de diagnose schizofrenie. Zij is bekend op de Laurens-hof en heeft al enkele opnames achter de rug. Voorafgaand aan de opnames verwaarloost zij zichzelf en uit zij zich toenemend achterdochtig tegenover haar omgeving. Zij heeft zelf geen hulpvraag en wil eigenlijk met rust gelaten worden en haar eigen leven kunnen leiden zonder bemoeienissen van de hulpverlening. Na een lange opname op de gesloten setting kan zij weer naar huis met een rechterlijke machtiging van een half jaar en zij wordt verwezen voor nazorg.

Bij de verwijzing wordt uitgegaan van wat er mis is gegaan in het verleden, de aanpak is probleemgericht en de motivatie voor de behandeling komt vanuit de hulpverlening. De visie van de patiënt is ondergeschikt en de hulpverlener is de expert. Op de wens van de patiënt wordt niet ingegaan.

Fase 2: Probleemanalyse.

Als het probleem is beschreven, bepaalt de hulpverlener de aard van het probleem van de patiënt en de zwaarte ervan. Bij het opstellen van de probleemanalyse maakt de hulpverlener gebruik van de beschikbare professionele kennis, classificaties, theorieën, onderzoeksbevindingen en ervaringsdeskundigheid.

De belangrijkste voorwaarden voor het voorwaardelijke ontslag waren depotmedicatie accepteren en SPV-en toelaten in de woning. Mevrouw deed dit niet altijd of helemaal niet. Zij voldeed bij het eerste huisbezoek aan de voorwaarden en accepteerde depotmedicatie. Bij het tweede bezoek, zo bleek later, was mevrouw op vakantie. Zij strandde toen in Spanje op de Nederlandse ambassade nadat ze van haar geld en andere papieren beroofd was. Mevrouw werd gerepatriëerd en werd kort ter observatie op dezelfde afdeling opgenomen. Zij was in Spanje ingesteld op Zyprexa (neuroleptica) en leek hier aardig op te functioneren?, maar omdat in het verleden sprake was van medicatieontrouw is zij weer ingesteld op depotmedicatie. Zij werd opnieuw ontslagen onder voorwaarden.

De medicatieontrouw blijft vanuit de hulpverlener nog steeds het grootste probleem en wederom wordt vanuit de inzichten van de hulpverlening behandeling opgelegd. Ook hier kan worden gezegd dat wordt uitgegaan van pathologie en dat het oordeel van de hulpverlener zwaarder weegt. Mevrouw wordt immers weer ingesteld op depotmedicatie.

Fase 3: Bedenken van interventies.

De hulpverlener stelt samen met de patiënt een aantal doelen vast en bedenkt een aantal interventies met het doel het probleem op te lossen of de negatieve gevolgen ervan te verminderen. Ook hier maakt de hulpverlener gebruik van zijn professionele kennis.

Bij het eerste huisbezoek weigert patiënte mij toegang tot haar woning. Zij negeert mijn aanwezigheid en laat mij voor de deur staan. Om gevolg te geven aan de gemaakte afspraken en patiënte hieraan te houden, heb ik een briefje achtergelaten in haar brievenbus waarin ik haar heb gewezen op de voorwaarden van de RM en aangeef dat ze, als ze hieraan niet wil voldoen, heropgenomen zal worden. Het risico van decompensatie is wel aanwezig, maar was niet actueel dwingend. Bij het volgende bezoek heb ik ingezet op de interventie om met haar in gesprek te kunnen komen.

Op het moment dat patiënte zich onttrok aan de gemaakte afspraken, riep dit bij mij de gedachte op “ dit gaat fout”. Ik voelde me hulpeloos en ervoer druk vanwege de opgelegde juridische maatregel met behandelcriteria. Dit riep irritatie, boosheid maar ook zorgen op. Achteraf heb ik spijt van de toon in de brief, ik had de sfeer ontspannen kunnen houden en mevrouw kunnen respecteren in haar weigering mij binnen te laten.

In gesprek met mevrouw benadruk ik dat ik haar niet zou laten opnemen wanneer zij mij binnen laat. Dat helpt. In het gesprek dat volgt, informeer ik naar de reden waarom ze mij eerder de toegang heeft geweigerd.

Had ik tot de interventie “opname” besloten, tegen mijn belofte in, dan zou ik haar vertrouwen in de hulpverlening, dat toch al niet zo groot is, verder beschadigd hebben. Het besef toch het risico te lopen dat mevrouw alles zou weigeren en op termijn zou decompenseren, maakte dat ik mij ongemakkelijk en gespannen voelde. Het niet nakomen van de voorwaarde wordt binnen het medische model gezien als therapieontrouw. Ik denk dat, wanneer ik had aangedrongen tot het nemen van een depot, dit de behandelrelatie ernstig onder druk had gezet. Zij had mij misschien een volgende keer niet meer binnengelaten of had het zelfs op een opname aan laten komen, of erger: het contact met mij verbroken.

Patiënte vertelt mij dat zij geen depot meer wil vanwege de bijwerkingen. Zij voelt zich emotioneel vlak en alsof zij in een harnas zit. Zij geeft daarbij haar wens aan om haar verleden te verwerken en wil dit doen zonder depotmedicatie, zodat ze bij haar gevoel kan en dit kan doorleven.

De tegenwerking die ik bij mevrouw bemerkte in het contact, maakte dat ik gebruik maakte van de interventies aansluiten en invoegen (Jenner, 2003, p. 10) en besloot mee te gaan in de vraag van mevrouw. Ik zocht naar een compromis omdat ik de behandelrelatie niet wilde verbreken. Mevrouw voelde zich door de eenzijdig opgestelde doelen gedwongen en liet weerstand zien. In dit verband kan ik stellen dat zij wel een keuze heeft gemaakt, maar eigenlijk duidelijk maakt: “ ik gedoog je inmenging omdat ik een rechterlijke machtiging heb”.

Fase 4: Interventies.

De probleemoplossende acties (interventies), die bedoeld zijn om het probleem te verlichten, worden uitgevoerd.

Om patiënte te motiveren tot medicamenteuze behandeling, geef ik uitleg over het ontstaan en verloop van haar psychoses en het belang van een medicamenteuze behandeling. Mevrouw zegt geen depot te accepteren, waarna we in gesprek tot een compromis komen. Mevrouw accepteert orale medicatie te gaan gebruiken waar zij in het verleden geen vervelende bijwerkingen bij heeft ervaren. Zij accepteert dit onder de voorwaarde dat ik niet elke week op de stoep zal staan.

Ik maakte mij wel zorgen om de compliance, maar voelde me ook opgelucht en besloot tegemoet te komen aan haar wens. Vanuit mijn klinische kennis en ervaring waarbij de behandeling van het ziektebeeld door middel van medicatie vooropstaat, was ik bang dat de behandeling zou mislukken. Ik voelde mij hier zeer verantwoordelijk voor.

De afspraken over het beleid en de medicatie bespreek ik later met de psychiater. Mijn motivatie voor deze interventies is dat ik mw. wil respecteren en afspraken met haar wil maken over punten waarin wij overeenstemming kunnen vinden.

Ik vond dit belangrijk omdat mevrouw zo in contact bleef en behandeling toeliet. Door mee te gaan in haar vraag wordt bijgedragen aan de motivatie en gevoel van eigenwaarde bij mevrouw. Daarbij heeft het mogelijk een positieve invloed op het opbouwen van een vertrouwensband en behandelrelatie. Verder kan opgemerkt worden dat de theorie van het medisch model het gesprek bepaalt.

Fase 5: Evaluatie en vervolcontact.

Nadat de probleemoplossende interventies zijn uitgevoerd, stellen de patiënt en de hulpverlener de resultaten vast. De informatie van dit evaluatiemoment wordt gebruikt om te beslissen of de uitgevoerde interventies succesvol zijn geweest. Als dat niet zo is, wordt het niveau van de interventie aangepast of worden er nieuwe interventies bedacht. Als de patiënt en de hulpverlener vinden dat het probleem is opgelost, is de behandeling ten einde en de patiënt stopt de behandeling. Vaak maken de hulpverlener en de patiënt dan nog afspraken over een vervolcontact ter preventie van terugval.

Nadat mevrouw de orale medicatie is gaan innemen heeft zij mij de toegang tot de woning niet meer ontzegd. Wel heeft zij zelf de dosering aangepast door deze te halveren. Ik heb haar gewezen op de consequenties van een mogelijke decompensatie.

Ondanks mijn twijfels over de goede afloop (v.w. eerdere decompensatie na opname) en de wetenschap dat medicamenteuze behandeling de eerste keuze is bij (acute) psychotische toestandsbeelden, wilde ik mevrouw het voordeel van de twijfel geven en proberen haar zover als mogelijk tegemoet te komen in haar wens. Door te zoeken naar een compromis en gebruik te maken van mijn expertise kan de ambulante behandeling worden voortgezet.

De patiënt met gebrek aan ziektebesef/inzicht versterkt naar mijn mening het werken vanuit het medisch model. De hulpverlener wordt immers gezien als de expert in het oplossen van de zorgvraag en zal de interventie kiezen die past bij het probleem van de patiënt. *Hier neem ik als SPV de rol op me om goed te doen en een goede hulpverlener te zijn die de patiënt van zijn klachten af wil helpen.* Door te werken vanuit dit model is de hulpverlener in staat om de problemen beheersbaar te houden.

2.3 Van probleem gericht naar oplossingsgericht werken

Het medische model impliceert dat we betere strategieën kunnen ontwikkelen als we de oorzaken van problemen begrijpen, oplossen en onder controle houden. Het toepassen van een classificatiesysteem zoals de DSM IV⁵ is hier een voorbeeld van en sterker nog ook de invoering van de huidige diagnose-behandelcombinaties (DBC). De invoering van dergelijke systemen zoals de DSM IV en classificatie volgens Gordon⁶, heeft binnen de geestelijke gezondheidszorg geleid tot gemeenschappelijk gedeelde uitgangspunten en houdt het probleemgericht denken mijn inziens hiermee in stand.

Maatschappelijk gezien werkt dit door in de hulpvraag van de patiënt. Patiënten komen naar ons toe en willen een oplossing voor hun probleem. Zij stellen vaak de vraag “wat vindt u dat ik moet doen” en impliceren hiermee dat wij de oplossing weten. Het diagnose-receptmodel (Lang en v/d Molen, 2000, p. 22-26) gaat uit van de expertise van de hulpverlener en de onwetendheid van de patiënt. De hulpverlener weet wat goed is voor de patiënt en zal zijn interventies dan ook proberen toe te passen op de patiënt met als motivatie dat het goed is voor hem.

Wanneer ik kijk naar de casus in paragraaf 2.2, kan ik zeggen dat ik in het contact met mw. meer rekening ga houden met de hulpvraag vanuit de perceptie van de patiënt en minder de nadruk leg op het nemen van haar depotmedicatie. Ik ga meer in op de individuele behoefte van mw. De structuur van het oplossen beïnvloedt de inhoud van de interactie tussen

⁵ DSM- IV, Diagnostic and Statistical Manual, vierde editie. (het classificatiesysteem heeft 5 assen, waarop de symptoomstoornissen en evt. V code. Op AS I worden de problemen gescoord die een reden voor behandeling zijn, persoonlijkheidsproblematiek (en zwakzinnigheid) op AS II, As III worden somatische aandoeningen gescoord en op As IV psychosociale en omgevingsproblemen op AS V algehele beoordeling van het functioneren

⁶ Functionele gezondheidspatronen van M. Gordon, dit is een systeem voor het verpleegkundig diagnosticeren.

hulpverleners en patiënten (Jong en Berg, 2001, p.25). Door in gesprek te gaan over haar behoefte komt er een andere oplossing voor het probleem.

Rappaport (in Jong en Berg, 2001, p. 27) stelt dat de problemen die hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg tegenkomen niet gezien kunnen worden als puzzels, maar dat zij zich geconfronteerd zien met het feit dat voor er een probleem niet één juiste oplossing is. De oplossing zal afhangen van de individuele behoeften van het individu en de perceptie van het leven; hierin is ieder mens uniek.

Praktijkvoorbeeld: 54-jarige gedesorganiseerde schizofrene man.

Hij vertelde mij in een gesprek minder medicatie te willen, want dan zag hij de tijgers en kon hij de burens beschermen tegen deze tijgers. Dit gaf hem een functie waardoor hij zich nuttig voelde.

Rappaport noemt deze manier van kijken naar het oplossen van problemen divergerend denken. *“Het divergerend denken betekent voor de hulpverlener dat hij meerdere en verschillende perspectieven ten aanzien van het probleem onderzoekt en zoekt naar mogelijke werkzame oplossingen. Divergerend denken kent evenveel gewicht toe aan de perceptie van de patiënt als aan de expertise van de hulpverlener met het doel de patiënt te helpen”* (Rappaport, in Jong en Berg, 2001, p 27).

In het ambulante werken bemerk ik, dat ik in toenemende mate gebruik maak van het eclectisch toepassen van diverse methodieken en afwegingen. In het contact met de patiënt probeer ik meer mijn kennis en optiek op de achtergrond te houden en meer aan te sluiten bij wat de patiënt wil bereiken. Ik probeer deze te stimuleren zelf oplossingen te bedenken. Door gezamenlijk te exploreren wordt er een groter beroep gedaan op het ontdekken van de krachten en hulpbronnen van de patiënt en wordt de aandacht voor de problemen verschoven naar de aandacht voor de sterke kanten van de patiënt. Deze niet-directieve benadering gaat uit van de empowermentgedachte en draagt bij tot herstel. De empowermentgedachte wil zeggen dat men uitgaat van de eigen richting van de patiënt waarbij het streven is dat de patiënt de regie neemt over zijn eigen leven. Door het toepassen van de empowermentgedachte wordt de zelfredzaamheid van de patiënt geprikkeld. Dit betekent ook dat de hulpverlener in staat wordt geacht om uit te gaan van de deskundigheid van de patiënt en daarbij niet bang is dat zijn eigen deskundigheid in het gedrang komt.

2.4 Samenvatting

In dit hoofdstuk is vanuit de probleemgerichte benadering gekeken naar de hulpvraag van de patiënt. In de casus wordt mijn handelen als SPV bepaald door het kader vanuit het medisch model dat mw. medicatie nodig heeft voor haar “genezing”. De verwachtingen van de patiënt komen hierin niet aan bod en zij ziet zich gedwongen zich aan de behandeling te conformeren. Door in te gaan op haar therapieweerstand kom ik tot een meer patiëntgerichte benadering. Medicatie en juridische kaders blijven echter de hoofdpunten in de behandeling. Vanuit onvrede hiermee ben ik gaan zoeken naar een manier waarin ik meer overeenstemming kan bereiken. Voor de hulpverlening aan patiënten in de nazorg is het belangrijk dat de SPV ondersteunend is in het zoeken naar *zijn* oplossingen voor *zijn* probleem in relatie tot de sociale context van de patiënt. Dit vraagt van de SPV zijn expertise op de achtergrond te houden en in te zetten op de hulpvraag van de patiënt. Deze benadering komt duidelijk tot uiting in een patiëntgerichte benadering: de oplossingsgerichte gesprekstherapie. In het volgende hoofdstuk ga ik in op deze therapie en beschrijf ik de belangrijkste kenmerken. Dit zet ik af tegen het beroepsprofiel van de SPV en het Neuman System Model (NSM).

3 Kijken door een andere bril

In dit hoofdstuk ga ik in op de oplossingsgerichte gesprekstherapie⁷ en begin ik met een korte beschrijving van de geschiedenis, waarna ik een vergelijking maak tussen het oplossingsgericht werken en het medisch model. Vervolgens geef ik de belangrijkste kenmerken van de oplossingsgerichte gesprekstherapie weer en maak ik een vergelijking met het beroepsprofiel van de SPV en het verpleegkundig handelen vanuit het Neuman System model.

3.1 Geschiedenis van oplossingsgerichte therapie

De Solution-Focussed Therapy is ontwikkeld door Insoo Kim Berg en Steve de Shazer en hun collega's van het Brief Family Therapy Center in Milwaukee (Gingerich, W. in Jong en Berg, 2001, p. 13). Zij raakten geïnteresseerd in het vroegere werk over communicatie van de hand van Gregory Bateson en door de benadering van psychotherapie door Milton Erickson. Oplossingsgerichte therapie is in zijn ontstaansgeschiedenis sterk beïnvloed door de brief therapy (kortdurende therapie) van het Mental Research Institute (MRI) in Palo Alto te Californië (V.S.). De oplossingsgerichte therapie is niet echt vanuit een theorie ontwikkeld zoals zoveel andere therapieën, maar vooral ontstaan vanuit een inductieve, empirische invalshoek, dat wil zeggen: door goed te observeren, te kijken naar wat in therapie echt helpt (Jong en Berg, 2001, p. 30).

Zowel de brief therapy als de oplossingsgerichte therapie heeft als filosofische basis het sociaal constructionisme. Deze stroming stelt dat er niet zoiets bestaat als een absolute waarheid of werkelijkheid, die men steeds dichterbij zou kunnen benaderen. *Volgens het sociaal constructionisme bestaan er vele werkelijkheden, waarheden naast elkaar die niet zozeer ontdekt, maar gecreëerd worden door middel van taal. Taal representeert dan ook niet zozeer de werkelijkheid, maar creëert juist de werkelijkheid* (Delfin, 2005, p.16).

In de methodiek van de oplossingsgerichte gesprekstherapie gaat men ervan uit dat mensen goed geholpen kunnen worden door van het begin af aan analyses te maken van oplossingen die mensen hanteren in plaats van analyses van problemen.

3.2 Het oplossingsgericht werken in vergelijking met het medisch model

Het verschil in benaderingswijze tussen het medisch model en de oplossingsgerichte gesprekstherapie start bij het eerste contact met de patiënt. Binnen het medisch model wordt dit de intakefase genoemd waarin informatie wordt verzameld om het probleem te kunnen analyseren en te diagnosticeren. (Zie hoofdstuk 2, paragraaf 2.2). Je kunt dus zeggen dat men zich binnen deze methode bezighoudt met de aard van het probleem. Binnen de oplossingsgerichte gesprekstherapie wordt de diagnose van het probleem als overbodig beschouwd en wordt er niet ingegaan op de voorgeschiedenis van de patiënt (Vervoort en Weiland, 2003, p. 95). Bij de oplossingsgerichte therapie ligt de nadruk op wat de patiënt al goed doet en is het verleden alleen maar interessant om de eerder behaalde successen in het verleden naar de voorgrond te halen. Ook zijn er verschillen te zien in de benadering van het probleem wanneer de patiënt zich heeft aangemeld voor behandeling. De oplossingsgerichte therapeut zal dan ook na het lezen van een verwijfsbrief die meestal vanuit de probleemgerichte benadering is opgesteld, gaan zoeken naar wat al gedaan is en wat mogelijk behulpzaam was voor de patiënt (Jong en Berg, 2001, p. 227).

⁷ Voor deze scriptie zou het te uitgebreid zijn om de oplossingsgerichte therapie volledig uit te leggen en hiervoor wil ik u verwijzen naar het boek van Jong & Berg "De kracht van oplossingen" (2001).

Daarbij wordt in de oplossingsgerichte benadering uitgegaan van het gegeven dat mensen alles in zich hebben wat nodig is om hun problemen op te lossen, zij worden als competent beschouwd. De patiënt definieert de behandelingsdoelen en is de expert; dit is een wezenlijk verschil met het medisch model. De hulpverlener wordt in de oplossingsgerichte benadering gezien als een hulpbron voor de patiënt. Zij onderhandelen samen over problemen en het ontwikkelen van oplossingen waarbij de aandacht wordt gericht op de toekomstperceptie. In de oplossingsgerichte therapie wordt ervan uitgegaan dat acties en beschrijving van problemen door de patiënt circulair van aard zijn en elkaar beïnvloeden, waardoor problemen in stand worden gehouden. Het één houdt het andere in stand. Volgens de oplossingsgerichte benadering is het dan ook mogelijk om bijvoorbeeld problemen in een gezin te veranderen via één gezinslid.

Binnen de oplossingsgerichte therapie wordt weerstand of non-compliance gezien als een onbruikbaar begrip. Weerstand is een begrip vanuit het medisch model waarmee wordt aangegeven dat de patiënt niet meewerkt aan de behandeling. Dit is naar mijn mening een fundamenteel verschil met het oplossingsgericht werken. In het oplossingsgericht werken gaat men ervan uit dat er sprake is van een samenwerkingsrelatie en de hulpverlener aansluit bij de richting die de patiënt aangeeft en hem volgt in het vinden van een manier in het oplossen van zijn problemen. Wanneer er sprake zou zijn van weerstand dan betekent dit, dat de hulpverlener of niet goed luistert naar de patiënt of veranderingen sneller willen doorzetten dan de patiënt kan of wil.

Jong en Berg, (2001) stellen dat patiënten in het oplossingsgericht werken altijd coöperatief zijn, mits wij hun denken over verandering begrijpen en daar rekening mee houden; er is geen mislukking. Op deze manier wordt een kader van keuzes gecreëerd, de patiënt bepaalt waaraan hij wil werken, in welk tempo en wat de eerste prioriteit heeft. De therapie wordt gezien als een doelgerichte activiteit. Verder gaan zij uit van de stelling: als niets van wat je doet werkt, doe dan iets anders. Als iets werkt, doe het dan vaker.

Drie typische relaties

De oplossingsgerichte therapie onderscheidt drie typische relaties, de bezoekers-, klaag-, of klantrelatie, die zich kunnen ontwikkelen tussen de hulpverlener en de patiënt wanneer de patiënt wordt uitgenodigd om te praten over het doel van de therapie

Bezoekersrelatie:

De hulpverlener en de patiënt komen in het gesprek niet tot een gezamenlijk doel om aan te werken, de patiënt ziet geen probleem of weet nog niet wat hij/zij wil. Het kan ook zijn dat hij wordt gestuurd door anderen (justitie, partner, school etc.). Deze groep patiënten is ontvankelijk voor het ontwikkelen van deze relatie. De patiëntrelatie in de casus in hoofdstuk 2.2 kan bestempeld worden als een bezoekersrelatie omdat mw. eigenlijk geen contact wil met de hulpverlening.

Deze categorie patiënten wordt door hulpverleners in de GGZ vaak ervaren als de moeilijke gevallen. Zij raken gefrustreerd omdat er geen overeenstemming wordt bereikt over wat het probleem is en waar en hoe hieraan te werken. Dit wordt ervaren als weerstand van de patiënt. In de oplossingsgerichte therapie (Jong en Berg, 2001, p. 127) wordt geadviseerd bij deze categorie patiënten aandacht te schenken aan de waarneming van de patiënt: erken de frustraties en hoe vervelend de situatie voor de patiënt is. Geeft complimenten voor zijn goede bedoelingen. Onderzoek wat de patiënt hoopt te bereiken met de relatie die hij/zij aangaat met de hulpverlener. Mogelijk kan gestart worden met een andere vraag die bij patiënt speelt, zodat er wel een overeenstemming kan worden bereikt en zich een klantrelatie ontwikkelt. Cladder (1999, p. 20) en Jong en Berg (2001, p. 137), adviseren bij deze groep patiënten geen huiswerkopdrachten mee te geven. Allen adviseren een vervolgspraak te maken.

Klaagrelatie:

De hulpverlener en de patiënt zijn het in het gesprek wel eens over de klacht of het probleem maar komen niet tot een gezamenlijk doel. De patiënt kan geen uitzondering vinden en heeft geen doel. Deze groep patiënten klaagt over “het” probleem, maar ziet zichzelf niet als oorzaak of denkt geen aandeel te hebben in het probleem of de oplossing daarvan (externaliseren).

Bij deze categorie patiënten wordt vaak door hulpverleners in de GGZ ervaren dat zij harder aan het werk zijn dan de patiënt en dat de patiënten veel energie vergen van de hulpverlener. Over de valkuil van de hulpverlener kan gezegd worden dat de hulpverlener neigt te veel zijn best te doen om aan de patiënt te duiden wat het probleem is, wiens probleem het is en de patiënt te confronteren. Ook hier zal weerstand worden ervaren.

Jong en Berg (2001, p.137) adviseren hulpverleners goed te luisteren, te complimenteren en de waarneming te respecteren en door middel van vraagstelling de focus terug te brengen naar de patiënt zelf zodat deze zichzelf gaat ervaren als deel van de oplossing.

Bijvoorbeeld te vragen: “Stel dat je zoon doet wat jij graag zou willen zien”. Wat zou je zoon dan zeggen over wat *jij* anders zou doen?”

Over het meegeven van huiswerkopdrachten bij deze categorie zeggen Cladder (1999, p. 20) en Jong en Berg (2001, p. 137), voorzichtig te zijn met huiswerk en het te beperken tot een observatieopdracht, bijvoorbeeld: observeer tussen nu en de volgende bijeenkomst wat u zo wilt houden en wat er niet veranderd moet worden. Of: let op wat er gebeurt in je leven dat je het idee geeft dat dit probleem opgelost kan worden.

Klantrelatie

In deze relatievorm is de patiënt in staat duidelijke doelen te formuleren en is er sprake van een samenwerkingsrelatie.

Cladder (1999, p. 20) zegt dat, wanneer er nog geen doel zou zijn, er bij deze patiënten in ieder geval de bereidheid aanwezig is om iets te gaan veranderen en te werken aan een oplossing. Dit is de ideale patiënt die gemotiveerd en bereid is inspanning te verrichten om te veranderen.

Het geven van huiswerkopdrachten bestaat voornamelijk uit *doe*-opdrachten, bijvoorbeeld: doe meer van wat eerder gewerkt heeft, maar ook het doen van ontspanningsoefeningen, het maken van een gedachterapport.

3.3 De belangrijkste kenmerken van de oplossingsgericht gesprekstherapie

In deze paragraaf zal ik eerst puntsgewijs de stappen in het eerste hulpverlenersgesprek weergeven waarna ik de meest kenmerkende en belangrijkste interventies in het oplossingsgerichte werken toelicht.

Het eerste gesprek in de oplossingsgerichte therapie wordt gezien als startpunt van de behandeling en wordt ook het doel van het bezoek vastgesteld. Daarna volgen één of meer vervolggesprekken. De patiënt geeft aan of er een volgend gesprek nodig is en binnen welke tijd.

De stappen van het eerste gesprek zijn:

- Wat brengt u hier? (heel kort het probleem)
- Welk doel wilt u bereiken?
- Wat doet u dan, wat denkt u dan?
- Wanneer zijn we klaar?
- Expliciteren van het doel met de wondervraag: Stel...
- Hoe reageren anderen uit uw omgeving en hoe reageert u dáár dan weer op?
- (Onder)zoek uitzonderingen en successen waarbij het probleem zich niet voordoet.

- Op een schaal van 0 tot 10, waar zit u nu?
- Is er nog iets dat kan maken dat u uw doel toch niet zou gaan bereiken?
- De boodschap (complimenten en opdracht voor de tijd tussen nu en de volgende afspraak).

Doelformuleringsvragen

De hulpverlener zal direct in het eerste gesprek komen met de doelformuleringsvraag “*wat brengt u hier?*” Met deze vraag wordt de patiënt uitgenodigd in zijn eigen woorden te vertellen wat zijn probleem is. Met de wondervraag wordt de patiënt in staat gesteld om zijn voorkeuren met betrekking tot de resultaten van de behandeling te ontwikkelen en te beschrijven. Met resultaat wordt bedoeld wat de patiënt in zijn leven wil zien gebeuren als gevolg van de therapie (Berg & Dolan, 2002, p. 18). Met de wondervraag “*stel u bent een tijdje verder, waaraan zal u dan merken dat u probleem is opgelost, wat zal er dan anders zijn*”, wordt de aandacht gericht op het positieve, op de oplossing en op de toekomst en wordt het creatief denken van de patiënt over mogelijke veranderingen in de gewenste richting gestimuleerd. Vanuit de wondervraag - deze kent vele variaties - kan een doel geformuleerd worden.

Kenmerken van een goed en werkzaam geformuleerd doel (Jong en Berg, 2001, p. 87-94) zijn:

- Dat deze belangrijk is voor de patiënt; *de hulpverlener gaat uit van het referentiekader van de patiënt.*
- Interactioneel geformuleerd wordt; “*waaraan zullen anderen merken dat er een wonder/verandering heeft plaats gevonden*”.
- Concreet is; *het gaat om specifiek gedrag dat meetbaar is.*
- Realistisch is; *dus haalbaar en uitgaande van de capaciteit van de patiënt en de context waarin de patiënt leeft.*
- Dat het doel klein is; “*wat is het allerkleinste teken waaraan u zou merken dat het iets beter of anders is geworden*”.
- De focus ligt op de aanwezigheid van enkele gewenste gedragingen in plaats van de afwezigheid van problemen; “*wanneer u geen ruzie meer maakt, wat doet u dan daarvoor in de plaats*”.
- Het beschrijven van een eerste stap; *het begin van iets in plaats van het einddoel.*

Uitzonderingen

Een van de uitgangspunten van de oplossingsgerichte gesprekstherapie is het idee dat geen enkel probleem continu aanwezig is. Dit wil zeggen dat er uitzonderingen zijn, momenten waarop het probleem er niet is. Dat zijn momenten waarop stukjes van het doel of wonder al hebben plaatsgevonden. Door vragen te stellen over deze momenten waarop het probleem zich niet of in mindere mate voordoet en hoe de patiënt dit bewerkstelligde of wat er anders was, achterhaalt de hulpverlener voorbij uitzonderingen die de patiënt als hulpbron kan gebruiken voor de verandering. Deze uitzonderingen geven de patiënt het vertrouwen dat hij in staat is zijn eigen oplossing te realiseren.

Schaalvragen

Door gebruiken te maken van schaalvragen (0-10) wordt zowel voor de patiënt als de hulpverlener inzichtelijk gemaakt waar de patiënt zit in het proces. Schaalvragen kennen verschillende doelstellingen, zoals: de patiënt te stimuleren na te denken over wat voor hem de kleinst mogelijke zinvolle verandering in zijn situatie zou zijn, toegang te krijgen tot de

perceptie, de motivatie en het zelfvertrouwen van de patiënt, prioriteiten stellen ten aanzien van de problemen en de evaluatie van de vooruitgang.

Wondervragen

De wondervraag wordt gebruikt als een openingszet. Wanneer je de patiënt de wondervraag stelt, spreek dan langzaam en gemoedelijk, met een zachte stem om je patiënt de tijd te geven om van een probleemfocus naar een oplossingsfocus te veranderen. Markeer de wondervraag als vreemd en als niet alledaags. Gebruik toekomstgerichte woorden: wat zal er anders zijn, wat zullen tekenen van het wonder zijn? Herhaal de zin 'er gebeurt een wonder en het probleem dat je hier bracht is opgelost'.

Vestig opnieuw de aandacht van de patiënt op wat er anders zal zijn in zijn leven als het wonder gebeurt, wanneer de patiënt terug dreigt te vallen in "probleempraten".

Door het stellen van de wondervraag wordt de patiënt in de gelegenheid gesteld grenzeloos te mogen fantaseren hoe zijn leven eruitziet wanneer hij gelukkig is.

Voorbeeld:

Ik wil je een vreemde vraag stellen. Stel dat, terwijl je slaapt vannacht en het is stil in huis, er een wonder gebeurt. Het wonder is dat het probleem dat je hier bracht is opgelost. Echter omdat je sliep weet je niet dat dit wonder heeft plaatsgevonden. Wat zal er anders zijn wanneer je morgenochtend wakker wordt waaraan jij kunt zien dat er een wonder is gebeurd en dat het probleem dat jou hier bracht is opgelost?
(Shazer 1988, in Jong en berg 2001, p. 95)

Als hulpverlener probeer je door het stellen van deze vraag de patiënt aan te zetten tot het nadenken over zijn verlangens en een bevredigender leven. Je helpt de patiënt om het beeld van zijn eigen oplossing tot leven te laten komen. Het helpt ook zijn oplossing in concrete en haalbare vorm te gieten. De wondervraag toont je patiënt een alternatieve toekomst.

Het stellen van de wondervraag wordt in oplossingsgericht therapie niet alleen gebruikt als doelformuleringvraag, maar kan ook door de hulpverlener worden toegepast wanneer de patiënt vastloopt in het bedenken van een oplossing voor zijn probleem.

Complimenten

Een goed geplaatst compliment geeft erkenning en helpt de patiënt bewust te worden van gedragingen die effectief zijn. Door een compliment te geven laat de hulpverlener zien dat er aandacht is voor de patiënt. Complimenten verwijzen naar sterktes, naar hulpbronnen om problemen op te lossen, naar wat iemand al voor elkaar heeft gekregen en vormen een succesgerichte interventie. Complimenten richten de aandacht op mogelijkheden.

Complimenten kunnen zowel direct worden gegeven als indirect worden opgevoerd. Een direct gegeven compliment is bijvoorbeeld bij een depressieve patiënt die het moeilijk vindt om zijn afspraken na te komen: "wat goed dat je vandaag gekomen bent!" Een indirect compliment is bijvoorbeeld: "hoe heb je de kracht gevonden om te komen?" Door deze vraag zo te stellen gaat de ander zichzelf complimenteren door aan te geven wat hij allemaal heeft gedaan om tot deze prestatie te komen.

De Brug

Het maken van *de brug* beschrijft de fase waarin de expertise en de creativiteit van de hulpverlener naar voren komen. Deze fase in het gesprek vindt plaats in het afronden van het gesprek; daarin hebben het geven van feedback en complimenten een plaats.

Adviezen, suggesties en huiswerkopdrachten worden door de hulpverlener gegeven om de patiënt in de gelegenheid te stellen te werken aan zijn geformuleerde doelen.

Het “niet weten houding”

Binnen de oplossingsgerichte therapie wordt de interventie van het *niet-weten* naast de algemene gespreksvaardigheden als een basishouding gezien en als een rode draad gebruikt. Het onbevooroordeeld luisteren, stimuleert de patiënt om uit te drukken wat en wie voor hem belangrijk zijn, hoe hij zijn leven waarneemt en betekenis geeft, hoe hij zijn leven met vallen en opstaan probeert te organiseren. De vragen en tussenkomsten van de therapeut vinden hun oorsprong in een houding van *niet-weten*, een verlangen om meer en meer door de patiënt geïnformeerd te worden. De patiënt is de expert in het voortbrengen van veranderingen en oplossingen. De therapeut helpt de patiënt zichzelf te helpen. Dat is alleen mogelijk als de therapeut zijn eigen opvattingen, eigen hypothesen en verklaringen van de problemen, eigen verwachtingen en oplossingsvoorstellen op de achtergrond houdt.

Empowerment

De empowermentgedachte⁸ die ik al eerder benoemde in paragraaf 2.3 vind ik terug in de oplossingsgerichte therapie. Als hulpverlener maak je gebruik van een methodische manier van vragen stellen waarmee je de eigen krachten van de patiënt naar voren kunt halen en de motivatie tot veranderingen kunt prikkelen. Deze methodiek impliceert een zeer respectvolle houding tegenover de patiënt, diens wensen en mogelijkheden. Zij sluit goed aan bij de patiënt door binnen zijn referentiekader te blijven. In deze methodiek krijgen patiënten bovendien de “macht” om de doelstellingen van de hulpverlening en de middelen hoe die te bereiken zelf te bepalen.

3.4 Oplossingsgerichte therapie, het beroepsprofiel van de SPV en het Neuman System Model

Binnen de oplossingsgerichte therapie wordt de perceptie van de patiënt centraal gesteld. Wanneer ik het beroepsprofiel (NVSPV, 2004) erop nalees wordt de patiënt en diens omgeving als uitgangspunt genomen en staat de hulpvraag centraal. Hieruit kan niet opgemaakt worden dat de perceptie van de patiënt als uitgangspunt dient. Er wordt gesproken dat er van beiden percepties, van de patiënt(systeem) en de SPV wordt uitgegaan. En hier naar overeenstemming wordt gestreefd in het definiëren van het probleem en hoe deze op te lossen. De SPV analyseert de vastgestelde gegevens om te komen tot een diagnostische beschrijving van de problematiek op verschillende niveaus. In het oplossingsgerichte werken wordt er geen analyse gemaakt van het probleem.

Overeenkomst tussen beide uitgangspunten zie ik in het toekomstgerichte perspectief van zowel de patiënt (en diens omgeving) als dat van de SPV, dat de basis vormt voor de samenwerkingsrelatie.

Verder kan opgemerkt worden dat er binnen het beroepsprofiel (NVSPV, 2004) rekening gehouden wordt met de perceptie van de patiënt maar de expertise vooral ligt bij de SPV. De SPV legt het behandelvoorstel voor aan de patiënt en overlegt met de patiënt de aangedragen oplossingen en adviezen.

Zowel in de oplossingsgerichte therapie als in de uitgangspunten van de sociale psychiatrie wordt uitgegaan van circulaire causaliteit⁹. De sociale psychiatrie en de oplossingsgerichte therapie erkennen de kracht van sociale invloeden op het ontstaan en voortbestaan van problemen en de mogelijkheden voor individuen daarin op eigen kracht veranderingen aan te brengen. De klacht wordt gezien als een symptoom van een verstoring van een evenwicht. Het

⁸ Empowerment is een proces waarbij mensen of groepen meer invloed krijgen op gebeurtenissen en situaties die belangrijk voor hen zijn

⁹ Circulaire causaliteit: oorzaak en gevolg zijn in een voortdurende wisselwerking met elkaar.

beroepsprofiel stelt dat de SPV de patiënt helpt dit evenwicht te herstellen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de eigen krachten van de patiënt en diens systeem om het probleem binnen zijn mogelijkheden op te lossen. Het oplossingsgerichte werken gaat hier ook vanuit, maar wordt alleen geëxpliciteerd wanneer het vanuit het perspectief is van de patiënt. In de oplossingsgerichte therapie wordt gesproken van faseringen in het behandelproces. In deze methodische aanpak zie ik overeenkomsten met het verpleegproces; het is een onderdeel van het beroepsprofiel in het domein directe patiëntenzorg.

In deze scriptie maak ik de keuze het voor de SPV-en bekende Neuman System Model¹⁰ (NSM) niet expliciet uit te werken. Wel wil ik enkele overeenkomsten en verschillen met uitgangspunten van de oplossingsgerichte gesprekstechniek benoemen. Neuman (2001) gaat in haar visie ook uit van de perceptie van de patiënt, stelt deze centraal en richt zich op de gezonde en sterke kanten van de patiënt en zijn omgeving. De samenwerkingsrelatie wordt vormgegeven door de wijze waarop patiënt en hulpverlener samen het gesprek aangaan. Beiden interpreteren de situatie van de patiënt, doormiddel van het beantwoorden van vragen waarna zij behandeldoelen vaststellen binnen de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt.

De patiënt voelt zich gezien en de hulpverlener krijgt een realistischer beeld van de interventiemogelijkheden, maar ook van de krachten van de patiënt. In het afnemen van de anamnese wordt onder andere aandacht besteed aan wat de patiënt al gedaan heeft, wat eerder gewerkt heeft, de perceptie van de omgeving van de patiënt, wat de patiënt van de hulpverlener en andere betrokkenen verwacht en wat de patiënt zelf kan doen om zijn situatie te verbeteren.

Het diagnostisch deel beslaat onder andere het vinden van krachten, kwaliteiten en de hulpbronnen van de patiënt. De doelbepaling, de interventies en het evalueren zijn ook een vast onderdeel in het verpleegproces en het oplossingsgericht werken.

Wat ik ook als een overeenkomst opmerk is dat zowel de oplossingsgerichte therapie, het beroepsprofiel als het NSM spreken over circulaire causaliteit.

3.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk is antwoord gegeven op de vragen wat verstaan kan worden onder oplossingsgerichte gesprekstechniek, in hoeverre deze methodiek verschillend is van het huidige toegepaste medische model. Vervolgens ben ik ingegaan op hoe de oplossingsgerichte therapie past binnen het beroepsprofiel van de SPV en het verpleegkundige NSM.

Het verschil tussen het medisch model en de oplossingsgerichte therapie is dat *niet de diagnose van het probleem* het vertrekpunt is van de behandeling maar de *analyse van de oplossing*. Waarbij ervan wordt uitgegaan *dat ieder mens* beschikt over een probleemoplossend vermogen. Gesteld kan worden dat de SPV die gebruik maakt van de oplossingsgerichte gesprekstechniek de patiënt stimuleert en ondersteunt in het regie nemen over zijn leven. Het ontplooiën van eigen krachten en gebruik maken van hulpbronnen, bevorderen van autonomie en herstel van evenwicht zijn gemeenschappelijke doelstellingen van de oplossingsgerichte therapie, het beroepsprofiel en het Neuman System Model.

In het volgende hoofdstuk wil ik aan de hand van casussen ingaan op mijn praktijkervaringen in het werken met de oplossingsgerichte therapie.

¹⁰ Neuman Systems Model (NMS), conceptueel model binnen de verpleegkunde. Het NMS model is gebaseerd op systeemtheorie, stress copingtheorie en preventie theorie. Verberk, F., Kuiper, M.(2002). *Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model*.

4 Theorie en praktijk

Aan de hand van een aantal casussen wil ik in dit hoofdstuk beschrijven hoe het oplossingsgericht werken er in de praktijk uit kan zien. Door deze praktische benadering van de theorie wordt de vraagstelling van deze scriptie beantwoord: *in hoeverre het oplossingsgericht werken binnen de praktijk van de SPV een bijdrage kan leveren aan het voorkomen van een (her)opname en het werken aan herstel van het evenwicht bij mensen die in behandeling zijn bij een nazorgpoli.*

4.1 Praktijkvoorbeelden van patiënten uit de nazorgpoli

In deze paragraaf wil ik u meenemen naar een aantal gesprekken met mijn patiënten¹¹ waarin ik van de oplossingsgerichte gesprekstechniek gebruik gemaakt heb. De namen in de casussen zijn gefingeerd en voor de leesbaarheid zijn de gesprekken ingekort. De eerste twee casussen geven een indruk van de beginperiode waarin ik de techniek begon toe te passen. De laatste twee casussen gaan over een crisissituatie en een contact waarin gesproken kan worden van een bezoekersrelatie.

Casus 1: Piet is een 54-jarige man en bekend met een recidiverende depressie. Het valt mij op dat Piet er in tegenstelling tot het vorige gesprek uitgerust uitziet en zeg dit tegen hem. Piet reageert glimlachend en vertelt zich ook zo te voelen. Ik vraag aan hem: *hoe komt het dat deze verbetering er is?* Door deze vraag te stellen stimuleer ik Piet stil te staan bij de uitzondering. Piet gaat hier op in en vertelt dat hij meer geestelijke rust ervaart en zich minder gejaagd voelt, maar noemt vervolgens zijn klachten en vertelt nog moeite te hebben met zijn daginvulling en concentratie. Ik bemerk dat ik inga op de genoemde klachten en deze exploreer. Ik bemerk dat ik moet zoeken naar vragen die Piet uitnodigen om zelf na te denken over de oplossing die ik al voor hem heb. In deze casus zou het expliciteren wat *verbeterd* is beter op zijn plaats zijn geweest.

Casus 2: Jan is een 43-jarige man met een depressie (in remissie). Jan heeft naast zijn moeite met daginvulling te kampen met het verwerken van zijn verlies van werk vanwege invaliditeit. Ik maak gebruik van de openingsvraag “wat brengt u hier?” Jan vertelt dat hij zich qua stemming redelijk goed voelt, maar nog weinig te doen heeft en meer om handen zou willen hebben. Ik besluit de ‘wondervraag’ te stellen en vraag aan Jan; “wat zal er anders zijn in je leven wanneer je meer om handen zou hebben?” Jan vertelt dat hij dan weer werk zou hebben in zijn oude beroep. *Ik noem Jans invaliditeit en word me ervan bewust dat ik dit, door het te zeggen, voor hem invul, daardoor te sturend ben en Jan negatief bekrachtig. Ik corrigeer en bedenk me, zoek naar een alternatief in vraagstelling en stel de vraag “wat zou je nog meer kunnen doen?”* Jan herhaalt het liefst zijn oude beroep te willen uitvoeren maar geeft nu ook zelf zijn beperkingen aan. Jan denkt even na en oppert fietsen te willen repareren. *Ik kom direct met het voorstel om in de fietsenmakerij van Delta te werken. Ik bedenk dan dat ik dit ook eerst aan Jan had kunnen vragen, bijvoorbeeld door de vraag te stellen: “Hoe zou dit je kunnen helpen of wat verandert er dan voor je als je dat gaat doen?”* Ook vergeet ik het compliment te geven op het moment dat Jan zelf met een oplossing komt. Met het beschrijven van deze twee casussen wil ik aangeven dat ik mij bewust werd van mijn valkuilen: het “probleempraten”, het “aandragen van oplossingen” en “te grote stappen” te

¹¹ Vooraf aan het gesprek heb ik toestemming gevraagd aan mijn patiënten en uitleg gegeven, dat ik door bepaalde manier van vragen te stellen, hen wil stimuleren en te kijken of zijzelf een oplossing voor hun probleem kunnen bedenken.

willen nemen. Zoals ik beschrijf in paragraaf 3.3, houdt de hulpverlener in het oplossingsgericht werk zijn referentiekader op de achtergrond.

In de volgende casus bespreek ik een patiënt die ik gedurende aantal maanden in behandeling heb. In het voorgaande gesprek zijn wij tot een doelformulering gekomen waarin zij aangeeft dat zij rust wil en afleiding door een betere daginvulling. In de casus spreek ik haar op het moment dat ze in crisis is en met een opnamevraag naar mij toekomt.

Casus 3: Anita is 55 jaar en is bekend met een bipolaire stoornis. Zij heeft meerdere crisisopnames doorgemaakt en is behandeld voor alcohol- en benzoverslaving in een verslavingskliniek. Anita heeft een crisisprotocol, waardoor zij buiten kantooruren terug kan vallen op een hulpverlener.

Anita woont samen met Saskia, 49 jaar, en zij is bij het gesprek aanwezig.

Er is sprake van disfunctioneren op meerdere levensgebieden: sociaal-economische problemen, verlies van werk, verkoop van woning ten gevolge van schulden, vastgelopen in de sociale rollen die ze vervulde, was eerst daadkrachtig, maar nu in haar depressieve periode afhankelijk en er zijn relatieproblemen vanwege overbelasting van haar partner.

SPV: Hallo Anita, Saskia heeft me gebeld en me verteld dat het niet goed met je gaat! Wat kan ik voor je betekenen?

Ik zie dat ze een sombere uitstraling heeft, maar maak de keuze om Anita uit te nodigen in haar eigen woorden te vertellen wat het doel van haar bezoek is.

Anita: Ik zie het niet meer zitten. Ik wil rust. Het wordt me te veel. Denk jij niet dat een opname zal helpen om weer rust te krijgen.

Ik voel hier de neiging om op de opnamevraag in te gaan en een antwoord te geven op Anita's vraag. Ik besluit in te gaan op wat haar te veel wordt en haar erkenning te geven voor haar gevoel van crisis.

SPV: Ik hoor dat je het nu moeilijk hebt en behoefte hebt aan rust (perceptie bevestigen). Kun je mij vertellen wat nu maakt dat het je te veel wordt? (exploreren)

Anita: Naast alle ellende die ik al heb, is mijn hond ziek en dat kan ik er écht niet bij hebben. Ik moet nu ieder moment naar buiten, anders poept hij in huis. Saskia is naar haar werk en ik draai er alleen voor op.

SPV: Ja, dat is een lastige situatie, zo'n zieke hond (perceptie bevestigen). Waar haal je de kracht vandaan om toch voor hem te zorgen? (complimenteren)

Anita: Ja, ik kan dat beest toch niet aan zijn lot overlaten. Ik voel me rot, maar hij ziet er nog rotter uit. Hij is echt zielig.

SPV: Ik merk dat je ondanks je eigen gevoel met je hond te doen hebt. (indirect compliment)

Anita, ik wil je nu een heel andere vraag stellen: stel dat je zou moeten aangeven op een schaal van 0 tot 10 waar je nu staat. Daarbij geeft 10 aan dat je er zo goed mogelijk mee om kan gaan en 0 betekent dat je er helemaal niet mee om kan gaan. Waar zou je zeggen dat je nu staat?

Ik besluit om de interventie van de schaalvragen toe te passen om voor ons beiden duidelijk te maken waar Anita in het proces zit. Ik merk dat ik hier behoefte aan heb om te kunnen inschatten of haar opnamewens voortkomt uit paniek of dat zij de situatie niet meer kan hanteren en overvraagd wordt.

Anita: Ik denk dat ik tussen de 2 en 3 uitkom.

SPV: Wat zou er moeten veranderen om op een 3 of zelfs een 4 uit te komen? Wie of wat heb je daarbij nodig? (exploreren van krachten en hulpbronnen)

Anita: Ik vind het moeilijk.

SPV: Moeilijk hè? Het is ook moeilijk. (bevestiging om te voorkomen dat de patiënt zich incompetent voelt)

Anita kijkt naar Saskia met een vragende blik en zegt:

Anita: Dan zou jij mij meer moeten helpen, want alleen lukt het me niet.

Saskia (partner): Ik ben blij dat je dit nu zegt, want eerst wilde jij niet dat ik ook maar iets deed wanneer ik thuis kwam. Ik zou 's avonds de hond kunnen uitlaten en aan Tanja (buurvrouw) kunnen vragen of zij het 's middags wil doen zodat jij kunt rusten.

Anita: Ja, dat is wel mooi, maar ik wil anderen niet tot last zijn. Eigenlijk is het wel goed voor me, want dan kom ik tenminste buiten. Als jij me helpt, denk ik dat ik het wel gaat lukken, maar dan moet er echt niet nog iets bijkomen.

SPV: Moedig van je dat je het thuis gaat proberen en ondanks dat je het moeilijk vindt hulp accepteert van Saskia en de buurvrouw. Ik hoop dat je hond weer snel opknapt; hij boft maar met een baasje dat zo zorgzaam is. (complimenteren, boodschap versterken)

Omdat Anita toch een kwetsbare indruk op mij maakt, vraag ik haar mij de dag erna te bellen om te vertellen hoe het met haar is gegaan. Ik benoem dat zij op het crisisprotocol kan terugvallen wanneer haar gevoel van crisis toeneemt. Dit laatste is niet oplossingsgericht en gaat uit van probleemdenken, maar ik wil haar die ondersteuning in deze situatie niet ontzeggen.

Het kost mij in deze casus moeite om niet te gaan “redden” en de adviezen en de oplossingen die ik tijdens het gesprek in mijn hoofd had niet aan te dragen. Ik vind het positief dat ik achterover kon blijven zitten en niet ingegaan ben op haar afhankelijke opstelling (denk je ook niet dat opname het beste is). Door haar kracht naar voren te halen (zorgen voor) heb ik haar zelf een oplossing kunnen laten bedenken waarbij ze gebruik ging maken van haar hulpbronnen. Door de regie bij Anita te laten versterk ik haar gevoel van eigenwaarde.

In onderstaande casus wil ik een beschrijving geven van een van een patiëntencontact waarbij gesproken kan worden van een “bezoekersrelatie vanwege een RM-maatregel”. Deze maatregel heeft een dwingend karakter, ik spreek mw. eenmaal per week binnen een policontract. De focus van de behandeling is gericht op acceptatie van haar handicap, haar psychische kwetsbaarheid en het nemen van medicatie. De voorgaande contacten met mevrouw waren zowel voor mevrouw als voor mezelf niet bevredigend te noemen. De klachtgerichte aanpak had niet het gewenste resultaat, de gesprekken liepen niet lekker, mevrouw bleek informatie achter te houden, weigerde medicatie te gaan gebruiken en ontkende haar problemen. Als rode draad in de behandeling komt naar voren dat mevrouw steeds wanneer zij met haar medicatie stopt, psychisch ontredderd raakt, psychotisch wordt en een opname noodzakelijk is.

Door gebruik te maken van de oplossingsgerichte vragen ontstond er onverwacht een opening in deze vastgelopen patiënt-hulpverlenersrelatie.

Casus 4: Petra is 24 jaar en is gediagnosticeerd met een borderline persoonlijkheidsstoornis met angstklachten en psychotische overschrijdingen.

Uit de voorgeschiedenis is bekend dat ze meerdere opnames heeft gehad en er mogelijk sprake is van seksueel misbruik. Petra woont zelfstandig en heeft een zoontje Bart van 3 jaar. Door herhaaldelijke crises en opnames is haar zoon door jeugdzorg in een pleeggezin geplaatst.

Ik open het gesprek met de vraag “Wat kan ik vandaag voor je betekenen?”

In tegenstelling tot mijn verwachting dat zij wederom afstandelijk reageert, gaat Petra in op mijn vraag en zegt: “Ik ben het zat dat anderen voor mijn kind zorgen en zou hem weer thuis willen hebben”.

Ik besluit in te gaan op deze probleemformulering “het zelfstandig willen opvoeden van haar kind” en vraag door vanuit een “niet weten houding”.

SPV: Dus je zegt: ik wil mijn kind weer thuis hebben. Wat zou hiervoor nodig zijn?

(bevestigen van de perceptie en exploreren)

Petra: Ik zal aan jeugdzorg en de pleegouders moeten laten zien dat ik voor Bart kan zorgen.

SPV: Wat goed van je dat je hun wil laten zien dat je voor je kind kunt zorgen (compliment).

Wat zouden de anderen zeggen dat je minimaal anders moet doen? (interactioneel)

Petra: Ik zou stabielere moeten zijn zodat ik niet steeds weer opgenomen hoef te worden.

SPV: Je hebt duidelijk voor ogen wat jeugdzorg en de pleegouders veranderd willen zien.

(compliment), wat zou je kunnen doen om hen op een ander idee te brengen? (exploreren)

Petra: Ja, dat is nogal helder: zorgen dat ik niet meer opgenomen word.

SPV: Is er in het verleden een situatie geweest waarbij je niet werd opgenomen of een opname voorkomen kon worden? (vragen naar de uitzondering en stimuleren van het vinden van eigen oplossing)

Petra: Ja, dat ligt moeilijk. Ik kreeg toen medicatie voorgeschreven, maar daar had ik veel last van.

SPV: Vervelende ervaring. (bevestigen wat de patiënt vertelt)

Petra: Ja, daarom wil ik geen medicatie meer.

SPV: Dus als ik het goed begrijp, zeg je dat je je staande kunt houden en niet opgenomen hoeft te worden als je medicatie gebruikt, maar last hebt van bijwerkingen. (samenvattend bevestigen)

Petra: Ja, dat klopt.

SPV: Stel, je gebruikt medicatie waarbij je geen of weinig hinder ondervindt. Waaraan zal je het eerst merken dat de medicatie je helpt en dat je geen bijwerkingen hebt. (wondervraag)

Petra: Ja, dat is een moeilijke vraag. Hier moet ik even over nadenken..... Ik zou me niet ongelukkig voelen omdat ik geen last van bijwerkingen heb.

SPV: Waaraan zou je nog meer merken dat er verandering is?

Petra: Ik zou niet zo angstig zijn en denken dat anderen iets van mij willen.

SPV: Wauw, dat zou geweldig zijn. Wat zou er nog meer anders zijn wanneer je je beter voelt? (bevestiging, verder exploreren)

Petra: Ik zou anderen kunnen laten zien dat ik wel voor mijn zoon kan zorgen, omdat ik niet meer in de war raak. Ik zou ook meer aandacht hebben voor Bart en leuke dingen samen doen. Nu durf ik dat niet te doen.

SPV: Ik ben ergens benieuwd naar. Mag ik het je vragen? (toestemming vragen en mw. erbij betrekken) Stel dat al die ideeën werkelijkheid worden, wat is er dan volgens jou nodig om die verandering te laten gebeuren? (doelformulering)

Petra: Tja, dat is lastig, als er zo'n medicijn bestaat dan zou dat mij wel kunnen helpen. Ik wil erover nadenken, maar ik ben er nu nog niet aan toe.

SPV: Ik bewonder je vasthoudendheid dat je voor je kind wilt zorgen en overweegt om medicatie te gebruiken (compliment). Ik begrijp dat het een heel lastige beslissing voor je is en stel voor dat je komende week nadent over wat er voor jou nog meer zal veranderen wanneer je besluit om medicatie te gaan gebruiken. Intussen zal ik met de psychiater overleggen welk medicijn voor jou het meest geschikt is (brug maken naar doelformulering en huiswerk). Ik stel voor hier in het volgende gesprek op terug te komen. Wat vind je van dit voorstel? (toestemming vragen).

In het volgende gesprek komt Petra met de vraag of ik overleg heb gehad met de psychiater en zij geeft aan medicatie te overwegen. Ik ga in op haar vraag, geef psycho-educatie over de voor- en nadelen van depot- en orale medicatie. Petra kiest uiteindelijk voor een depot omdat ze haar orale medicatie in de afgelopen weken nauwelijks heeft ingenomen. Zij vindt het wel

moelijk, maar is zich ervan bewust geworden dat opnames met bijkomende crisissen haar situatie geen goed doen en een negatieve invloed hebben op het terugkrijgen van haar zoon. Het doel voor de volgende gesprekken dat Petra zichzelf stelt, komt voort uit het feit dat zij het contact en haar rol in de opvoeding van Bart verbeterd wil zien. Zij wil leren meer aandacht te hebben voor Bart, zodat hij bij haar op bezoek kan komen.

De hulpvraag, het zelfstandig opvoeden van haar zoon, is het langetermijndoel geworden. Petra komt wekelijks voor een gesprek en krijgt elke twee weken een depot. Het gevoel van eigenwaarde is versterkt doordat Petra zelf sturing kon geven aan de gesprekken en keuzes maakte. De patiënt-hulpverlenerrelatie is door deze samenwerkingsrelatie aanzienlijk verbeterd en motivatie voor behandeling is ondanks de RM-kaders vergroot. Petra heeft inhoud aan haar behandeling gegeven, waarin gesproken kan worden van toename van zingeving en stabiliteit in haar leven.

Over mijn rol in het gesprek ben ik tevreden. In de literatuur wordt aangegeven dat bij een bezoekersrelatie geen huiswerkopdrachten worden meegegeven. Ik heb voor een huiswerkopdracht gekozen omdat ik in het gesprek bemerkte dat Petra een verschuiving maakte van een bezoekers- naar een klantrelatie. Zij wilde namelijk wel nadenken over het gebruiken van medicatie wanneer zij haar doel, het zorgen voor haar kind, kon realiseren. De RM en de kans op decompensatie op lange termijn wanneer Petra medicatie zou blijven weigeren, maakten dat ik vanuit mijn expertise wel enige sturing moest geven in het gesprek. Het beroepsprofiel (NVSPV 2004) stelt dat de SPV werkt in het voortdurende spanningveld tussen de realiteit van het bieden van ‘noodzakelijke’ zorg en het aanlopen tegen de grenzen van ‘verantwoorde zorg’. Daarbij doen zich soms tegenstrijdige belangen of tegengestelde krachten voor, die een oplossing in de weg staan. Door mijn referentiekader op de achtergrond te houden, wel oog te hebben voor de ernst van het “ziektebeeld”, maar Petra zelf een oplossing te laten bedenken en haar te benaderen als een competent persoon en mezelf niet op te stellen als de wetende expert ben ik geslaagd in het oplossen van een stroef lopend en energie vragend patiëntencontact.

4.2 Ervaren knelpunten in het toepassen van de oplossingsgerichte gesprekstherapie

In het werken binnen de poli en in de ambulante contacten met patiënten en in de samenwerking met andere hulpverleners heb ik een aantal knelpunten ervaren. De knelpunten die ik in deze scriptie van belang vind, zijn:

- De SPV in de nazorgpoli maakt deel uit van een team hulpverleners. In het behandelteam moet er consensus zijn over basisafspraken, door instellingen heen, in kantoortijd en buiten kantoortijd.

Praktijkvoorbeeld: Ik heb in een oplossingsgericht gesprek met een patiënt gesproken over het starten met antidepressiva. Hij zou erover nadenken en na veertien dagen een beslissing nemen. In een volgend gesprek, een week later, werd door de psychiater direct ingegaan op de noodzaak van medicatie en hij wilde direct een beslissing. Deze “tweesporen”-aanpak gaf verwarring, irritatie en weerstand bij de patiënt. Door de verschillende aanpak was het voor de patiënt niet duidelijk wat er door ons van hem verwacht werd. Hij krijgt een keuze die hem daarna wordt ontnomen en dit “pikt” hij niet.

Er ontstond Irritatie tussen mij en de psychiater omdat de psychiater het ingezette beleid doorkruiste en de opgebouwde empowerment naar mijn mening werd doorbroken.

- In het elektronische patiëntendossier dat binnen het ziekenhuis gehanteerd wordt en dat is opgebouwd vanuit het medisch model en de DSM IV-criteria, mis ik een

eenduidige structuur die toegankelijk is voor alle betrokken disciplines om de behandeling en de voortgangsrapportages vast te leggen die vanuit de patiënt geschreven worden.

Discrepantie ontstaat tussen rapportage volgens het medisch model en het oplossingsgerichte model wanneer de patiënt het dossier wil inzien (patiëntenrecht).

Praktijkvoorbeeld: *“De patiënt wil zijn dossier inzien en komt hierin mijn probleemgerichte formulering en de voortgangsrapportage tegen en leest wat mijn kijk is op zijn probleem en mijn visie is op zijn oplossingen.*

Mijn overdenkingen en eventuele twijfels breng ik volgens oplossingsgerichte therapie niet in het gesprek met de patiënt, want ik hou immers mijn perceptie op de achtergrond. Ik bemerk een dilemma: of ik schrijf niet op wat mijn overdenkingen zijn en wat ik van zaken vind, of ik doe dat wel, waarbij de kans bestaat dat de patiënt het leest in zijn dossier. Ik ervaar dat ik op twee stoelen zit. Bij inzage bestaat de kans dat de patiënt mijn oprechtheid in twijfel trekt en mij als onbetrouwbaar beschouwt. Mijn integriteit als hulpverlener komt hierbij in het gedrang.

Daarnaast sta ik voor een dilemma vanuit mijn rol als hulpverlener. Ik ben wettelijk verplicht de patiënt te wijzen op zaken die nadelig zijn voor zijn gezondheid c.q. functioneren en mogelijke consequenties (b.v. juridische kaders, middelenmisbruik, gedrag) en te informeren over ziektebeeld, behandeling en zonodig te verwijzen op grond van mijn perceptie en expertise.

- Als SPV in de nazorgpoli krijg ik te maken met patiënten, waar gesproken kan worden van ernstige psychiatrische klachten en die een sterk wisselend beeld kunnen laten zien in motivatie, gemoed-, psychische toestand, en (tegenstrijdige) belangen. Het eclectisch toe kunnen passen van andere methodieken en het wisselen van de rol die je inneemt als hulpverlener in de oplossingsgerichte therapie is hierin noodzakelijk. Het risico van onderbehandeling vind ik groot wanneer de oplossingsgerichte therapie als enige oplossing voor een dergelijke situatie gehanteerd wordt.

Praktijkvoorbeeld: *In de periode waar de patiënt lichte of matige klachten heeft en” in de realiteit staan” en geen sprake is van fors middelenmisbruik, zal werken vanuit de oplossingsgerichte benadering en wijze van vraagstelling toepasbaar zijn. Op momenten dat patiënten niet meer in de realiteit staan en/of wanneer zij zich onttrekken aan de behandeling en een juridische maatregel van kracht is, kan ik (nog) niet met oplossingsgerichte therapie uit de voeten. Van de SPV wordt vanuit het beroepsprofiel, de organisatie en de afdeling directieve interventies en strategieën verwacht die gevraagd en ongevraagd toegepast worden wanneer er sprake is van risicovol gedrag van de patiënt gericht op zichzelf of zijn omgeving.*

4.3 Kunnen alle patiënten van deze methode profiteren?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden wil ik beginnen met de ervaring van Iverson (2002 p.149). Hij stelt dat *“ dat oplossingsgerichte therapie geschikt is bij psychiatrische problemen waarbij interactie mogelijk is”*. Uit een beschrijving in Cladder (1999, p. 67-68) van de *“onmogelijke gevallen”* kan worden opgemaakt dat waanstoornissen, borderline persoonlijkheidsstoornis en dissociatieve stoornissen vanuit de oplossingsgerichte therapie zijn te behandelen wanneer je de diagnose niet als uitgangspunt neemt maar je richt op het doel en het gezichtspunt van de patiënt en hen helpt een eind aan het probleem te identificeren, een haalbaar doel te ontwikkelen en mogelijke acties om dit te bereiken. In de door mij gelezen literatuur komt naar voren dat de toepassing van de oplossingsgerichte gesprekstherapie gebruikt kan worden bij alle leeftijden en problemen. Genoemd worden:

gedragsproblemen op school, kindermishandeling, dakloosheid, drugsgebruik, relatieproblemen en gezinsproblematiek.

Over mijn ervaring met de doelgroep van de nazorgpoli kan ik zeggen dat ik hierbij aansluit en het vooral toepasbaar vindt binnen de patiëntengroep met problemen in de sociale context waarin het gezin, wonen, werken en leven centraal staan.

- Bij verslavingsproblematiek vind ik het moeilijk om oplossingsgericht te werken wanneer er (nog) geen motivatie tot verandering aanwezig is. Dit geldt ook voor patiënten met een afwezig ziekte -inzicht en -besef. Deze categorie onderkent (nog) niet hun probleem waardoor motivatie vooralsnog ontbreekt.
- Bij patiënten deze voorgenoemde patiënten en patiënten met een juridische maatregel vind ik vooral het opbouwen van een relatie belangrijk. Wanneer ik hier de oplossingsgerichte benadering kan toepassen heeft dit wel mijn voorkeur, maar ik zal voor een directieve en dus een confronterende benadering kiezen wanneer er geen behandelmotivatie aanwezig is bij de patiënt en/of de gemaakte afspraken niet nagekomen worden.
- Voor de patiëntengroep die komt voor medicatie en een praatje, waarbij het “er zijn” en eventueel verkrijgen van informatie het doel van het bezoek is vind ik vooral de oplossingsgerichte attitude van betekenis. Ook wanneer het “goed” gaat is ondersteuning belangrijk en hoeft er niet altijd sprake te zijn van een “probleem”.

4.4 Persoonlijke ervaringen met het oplossingsgerichte werken

In het werken met de oplossingsgerichte gesprekstechniek en met de oplossingsgerichte attitude heb ik deze methode ervaren als een aanvulling in het werken met deze doelgroep. Door de essentie van deze therapie te gebruiken, de “het niet weten” houding, door de open en specifieke vragen te stellen en aan te sluiten bij de oplossingen van de patiënt en het verlaten van het “pathologisch taalgebruik” veranderde de interactie met de patiënt. Ik kan hiervan zeggen dat dit voor mij een verrassend effect heeft gehad. Ik bemerkte dat de patiënten opener, spontaner en gemotiveerder deelnamen aan het gesprek en actiever werden in het bedenken van oplossingen. Ook merkte ik dat patiënten zelf of mensen om hen heen beschikten over een groter probleemoplossend vermogen dan ik voorheen had ervaren. De meerwaarde van het gebruiken van deze methode vind ik dat er uitgegaan wordt van een toekomstgerichte houding die ook aansluit op mijn eigen houding en zich richt op herstel vanuit de mogelijkheden en ideeën van de patiënt, waardoor het gevoel van eigenwaarde en zelfrespect versterkt wordt.

Door de verschuiving van mijn focus van de “ziekte” naar de “mens als persoon” met zijn beperkingen en van expert en probleemoplosser, die heel actief is, naar een coach die stimulerend en uitnodigend is, heb ik gezien dat de patiënt zelf actiever wordt en zijn krachten weer hervindt. Door niet te vertellen *wat* hij *moet* doen maar te helpen te doen wat hij *zelf* wil doen kwam ik zelf ook meer op de weg waar ik in mijn werk naar op zoek ben, namelijk de patiënten te helpen zichzelf te helpen en hiermee een bijdrage leveren aan zijn herstel. Ik merkte in dit proces ook een verandering bij mezelf: ik werd terughoudender in het aandragen van mijn oplossingen en ik ben het ook minder belangrijk gaan vinden omdat ik zag dat de oplossingen die de patiënt zelf bedacht ook werkten.

Door het toepassen van de oplossingsgerichte gesprekstherapie in het ambulant werken heb ik gemerkt dat door het stellen van open interactionele vragen, het systeem op een prettige en uitnodigende wijze betrokken wordt bij de behandeling. Hierdoor wordt ook ruimte en aandacht gegeven aan de ervaringen en zienswijze van de betrokkene in het systeem. Ook heb ik gemerkt dat de patiënt mij meer vertelt, waardoor ik meer zicht krijg op de secundaire problemen die niet direct vanuit de diagnose van de patiënt voortkomen,

bijvoorbeeld opvoedingsproblemen met een van de kinderen of een te hoge expressed emotion. Door gebruiken te maken van de interactionele vragen kon ik hier invloed op uitoefenen.

Als SPV in de nazorgpoli heb ik te maken met juridische maatregelen (rechterlijke machtiging) met de daaraan gekoppelde voorwaarden voor ontslag voor de patiënt. Voor deze kwetsbare zorgvragers, waar vaak sprake is van geen ziekte inzicht en/of besef en waarbij geen behandelmotivatie aanwezig is, is het gebruiken van alleen oplossingsgerichte therapie niet voldoende. De oplossingsgerichte therapie zal verlaten moeten worden wanneer een directieve aanpak noodzakelijk wordt geacht om risicovolle situaties te voorkomen en/of te couperen.

Het SPV beroepsprofiel (2004) stelt: dat de SPV bij de uitvoering van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige interventies, voor en met zorgvragers en zijn sociaal netwerk, wordt gezocht naar een balans in het geven van ondersteuning/zorg of prikkeling/behandeling. Het vraagt om een continue afstemming op soms snel veranderende situaties, wisselende motivatie tot verandering, soms sterk wisselende gemoedstoestanden, het toepassen van extra drang om een situatie vlot te trekken en de soms tegenstrijdige belangen die een oplossing in de weg staan. Mijn ervaring leert dat het oplossingsgericht werken effectief is gebleken in het streven naar herstellen van het evenwicht van de patiënt. Deze oplossingsgerichte benadering is naar mijn mening bij deze doelgroep toe te passen naast een probleemgericht manier van werken met een directieverre benadering. Door te switchen, soms duidelijk neer te zetten wat niet kan of haalbaar is en hierna weer oplossingsgericht verder te exploreren naar mogelijkheden die wel haalbaar zijn of op het moment dat de patiënt weer in staat is om zelf verantwoordelijkheden te nemen. Het is naar mijn mening mogelijk om die elementen van de oplossingsgerichte gesprekstherapie die bruikbaar zijn gebleken voor de SPV te oefenen en te integreren in de bestaande manier van werken. SPV-en zullen dan ervaren dat zij positiever naar hun patiënten kijken en dat hun werk lichter wordt.

4.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk heb ik u, de lezer van mijn scriptie, meegenomen naar een aantal gesprekken waarin ik de oplossingsgerichte gesprekstechniek toepas. Door deze praktijkvoorbeelden heb ik aangetoond dat de gespreksinterventies gebruikt door de SPV in een nazorgpoli herstelondersteunend zijn. De oplossingsgerichte gespreksvaardigheden en de respectvolle attitude geïntervenieerd door de SPV, de patiënt stimuleren om te zoeken naar oplossingen en gebruik te maken van eigen krachten en hulpbronnen, dragen bij aan een productieve samenwerkingsrelatie die aansluiten bij de uitgangspunten van de sociale psychiatrie. Vervolgens heb ik een aantal knelpunten op organisatorisch niveau beschreven waaraan aandacht besteed moet worden wanneer de oplossingsgerichte therapie geïmplementeerd wordt binnen de nazorgpoli. Deze kritische noot hoeft het gebruiken van oplossingsgerichte gespreksinterventies en attitude door een SPV op individueel niveau niet in de weg te staan.

5 Conclusies en aanbevelingen

Om antwoord op de vraagstelling te vinden, zijn er vragen geformuleerd die in de hoofdstukken zijn uitgewerkt. In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de conclusies en aanbevelingen. De conclusies zijn gebaseerd op de theorie van de oplossingsgerichte therapie, literatuur onderzoek en praktijkervaringen in het werken met mensen met psychiatrische beperkingen binnen een ambulante/poliklinische behandeling. De behandeling is gericht op nazorg, preventie en resocialisatie.

Het is in eerste instantie belangrijk dat de patiënten zich beter kunnen handhaven in de maatschappij en oplossingsgerichte vaardigheden leren ontwikkelen. Hiertoe is het noodzakelijk dat zij meer autonoom worden en minder afhankelijk zijn van de hulpverlening. Deze scriptie heeft duidelijk gemaakt dat de oplossingsgerichte gesprekstherapie de kwaliteit van de ambulante zorg voor de patiënten in de nazorgpoli kan verbeteren.

Deze scriptie werd opgebouwd rondom de vraagstelling:

In hoeverre kan de oplossingsgerichte gesprekstherapie van De Jong en Berg binnen de praktijk van de SPV een bijdrage leveren aan het voorkomen van een (her)opname en het werken aan herstel van het evenwicht bij mensen die in behandeling zijn bij een nazorgpoli.

5.1 Conclusies

Conclusie: Na een klinische opname doorlopen patiënten een herstelproces waarin zij de draad weer proberen op te pakken en hun leven opnieuw inhoud en richting geven. In dit proces wordt als belangrijk gezien dat de “patiënt” van een passieve rol (het ondergaan van ziekte en behandeling) een actieve, autonome rol gaat innemen en verantwoordelijkheden voor zijn leven in de maatschappij weer op zich gaat nemen en minder afhankelijk is/wordt van de hulpverlening. In dit kader dient de SPV rekening te houden met zelfbeschikking en empowerment van de patiënt en hij dient te ondersteunen in het tegengaan van stigmatisering en discriminatie.

Conclusie: De inspanningen van de SPV binnen de nazorgpoli zullen in eerste instantie gericht moeten zijn op ondersteuning in het hervinden van de eigen identiteit van de patiënt, herstel van evenwicht in het systeem en het oppakken van sociale rollen. Aangetoond is dat de SPV die gebruik maakt van oplossingsgerichte gesprekstherapie hierin een bijdrage in levert en het medische model moet loslaten.

Conclusie: De nazorgpoli biedt zorgverlening vanuit een sociaal psychiatrisch kader. Het gebruiken van het medisch model biedt de SPV te weinig ruimte om te werken aan het herstel van de patiënt binnen zijn sociale context. Het medisch model benadrukt de pathologie van de ziekte en gaat uit van de expertise van de hulpverlener en diens analyse en oplossing voor het probleem. De patiënt wordt benaderd vanuit de pathologie waarin de sociale context en de circulaire causaliteit niet wordt meegenomen. Het medisch model houdt de patiënt te afhankelijk en geeft onvoldoende ruimte aan de ontplooiing van de patiënt.

Conclusie: De kwaliteit van zorg kan verbeterd worden wanneer binnen de nazorgpoli een patiëntgerichte werkwijze en attitude naast directieve methodieken wordt geïmplementeerd. Deze verandering in benadering draagt bij in het herstelproces van de patiënt. Daarbij zal het zelfvertrouwen van de zorgvrager toenemen en het gebruiken van eigen krachten en hulpbronnen (copingmechanismen) vergroten.

Belangrijk is dat de hulpverlener zich zoveel mogelijk openstelt voor het referentiekader van de patiënt, voor zijn ervaringen, percepties, gedachten, gevoelens, zorgen en problemen.

Conclusie: In het werken aan herstel betreft de SPV het systeem van de patiënt in het reïntegratieproces en kijkt daarbij naar de draagkracht van de patiënt en zijn systeem. Het eclectisch gebruiken van diverse methodieken vergroot de behandel mogelijkheden van de SPV. De visie van de SPV bepaalt in de behandeling de interactie. Een visie gericht op de expertise van de patiënt en zijn systeem vergroot de herstelmogelijkheden van de patiënt.

Conclusie: De SPV dient niet de diagnose als uitgangspunt te nemen, maar oplossingen en de gezichtspunten en doelstellingen van de patiënt. Door het toepassen van oplossingsgerichte interventies en attitude, is oplossingsgerichte gesprekstherapie toepasbaar bij elke diagnose en elk psychiatrische beeld waarbij verbale interactie mogelijk is.

Conclusie: In het proces van vermaatschappelijking wordt getracht om de patiënten verantwoordelijk te maken voor eigen leven en voorkeuren. De persoonlijke keuzevrijheid van mensen sluit nauw aan bij het gevoel van eigenwaarde en zelfrespect (empowerment). Het gevaar van dit uitgangspunt bij de groep kwetsbare zorgvragers is, dat deze keuzevrijheid onderbehandeling kan betekenen. De SPV dient op basis van zijn expertise de patiënt te beschermen tegen “verkeerde” doelen, doelstellingen en inzichten en moet kunnen switchen tussen directieve interventies en oplossingsgerichte interventies om een haalbaar doel of een haalbare doelstelling te kunnen formuleren die niet schadelijk is voor de patiënt en zijn omgeving.

Conclusie: Het is een algemeen menselijk verschijnsel dat mensen zich gaan verdedigen wanneer hun zelfbeschikking bedreigd wordt. Indien sprake is van weerstand, zo geven de uitgangspunten van de oplossingsgerichte therapie aan, wordt er geen rekening gehouden met de interactionele context. Door gebruik te maken van oplossingsgerichte therapie verbetert de SPV de behandelrelatie met de patiënt en ontstaat er een betere aansluiting en opener contact; hierdoor neemt de behandelmotivatie van de patiënt toe waardoor een grotere therapietrouw ontstaat. Hierdoor kan men spreken van een opnamevoorkomend karakter, wat kostend besparend is voor de gezondheidszorg en traumatisering door opname voor de patiënt vermindert.

Conclusie: De SPV in de nazorgpoli maakt deel uit van een behandelteam. In deze hulpverlenerketen dient er consensus te zijn over basisafspraken in de zorgverlening zodat een ingezette behandeling vanuit de oplossingsgerichte therapie gecontinueerd kan worden. Hiervoor zal binnen het behandelteam voldoende kennis moeten zijn van de oplossingsgerichte gesprekstherapie om aan te kunnen sluiten bij de overeengekomen doelstellingen van de patiënt en de behandelende SPV.

5.2 Aanbevelingen

Aanbevelingen op microniveau

- Bij de collega-SPV is aan te bevelen gebruik te maken van oplossingsgerichte interventies en attitude (therapie).
- SPV-en zouden zich bewust moeten zijn van hun eigen rol en invloed in de hulpverlenersrelatie en moeten het ervaren van weerstand niet zien als therapieontrouw van de patiënt, maar als signaalfunctie.

- De SPV heeft in het werken aan herstel als taak de expertise van de patiënt te operationaliseren en hiervan uit te gaan. In de hulpverlening zal de SPV dan ook ruimte moeten bieden voor de eigen oplossing van de patiënt en op de hoogte moeten zijn van oplossingsgerichte interventies.
- De SPV heeft een spilfunctie in de nazorgbehandeling van de patiënt. Het verdient de voorkeur dat de psychiater de ingezette lijn van de oplossingsgerichte gesprekstherapie volgt en zijn interventies aanpast aan wat de patiënt en de SPV zijn overeengekomen.
- Voor de SPV is een taak weggelegd om bij collega's en eigen instelling beter bekend te maken hoe oplossingsgerichte therapie een bijdrage kan leveren in de ondersteuning van patiënten binnen een resocialisatie-/rehabilitatieproces.
- De SPV moet op een actieve manier op de hoogte blijven van ontwikkelingen binnen de oplossingsgerichte therapie en het eigen vakgebied. Het volgen van training en onderhouden van contacten met Het Netwerk Oplossingsgericht Werkenden is een pre.

Aanbevelingen op mesoniveau

- Niet alleen de SPV-en, maar alle behandelteamleden werkend binnen de nazorgpoli zouden gebruik moeten maken van de oplossingsgerichte gesprekstherapie en werken vanuit een patiëntgerichte attitude.
- De oplossingsgerichte gesprekstherapie zou als verbeterproject ingevoerd moeten worden binnen het cluster algemene psychiatrie. Het implementeren en verder ontwikkelen van oplossingsgerichte therapie draagt bij aan het kwaliteitsbeleid in de instelling.
- De instelling zou mogelijkheden moeten creëren tot deskundigheidsbevordering, zodat medewerkers meer ervaringen op kunnen doen in het oplossingsgericht werken

Aanbevelingen op macroniveau

- De organisatie van het ziekenhuis dient de gelegenheid te bieden om budget en tijd vrij te maken om cursussen oplossingsgerichte gesprekstherapie te kunnen volgen.
- Onderzoek de effectiviteit van de behandeling van chronisch psychiatrische patiënten in een nazorgpoli door een SPV.
- Patiëntenorganisatie en overheid moeten stimuleren dat iemand met een chronische ziekte een rol krijgt in de maatschappij: extramuralisering en empowerment op maatschappelijk niveau. De patiënten hebben ondersteuning nodig in het inrichten van hun leven (kwartiermaken). Oplossingsgericht werken is hier ondersteunend in.
- Geef bekendheid aan de oplossingsgerichte gesprekstherapie door andere disciplines en externe hulpverleners die betrokken zijn bij de zorgverlening van de patiënt te informeren.
- De SPV is de discipline bij uitstek die extramuraal de nazorg kan afstemmen op de thuissituatie. Door gebruik te maken van de interactionele oplossingsgerichte therapie kan de patiënt sneller zijn eigen leven oppakken.

Literatuur

- Berg, I.K., Dolan, Y. (2002), *De praktijk van oplossingen*, Lisse: Swets & Zeitlinger. pp. 18,
- Boevink, W., Dröes, J. (2005), *Herstelwerk van mensen met een psychiatrische beperking*.
Bohn Stafleu Van Loghum, PsychoPraxis, jaargang 7 nr.1, pp. 14-19
- Cladder, H. (1999), *Oplossingsgerichte psychotherapie*, Lisse: Swets & Zeitlinger, pp. 19, 20, 67-68
- Iverson, C., (2002), *Solution-focused brief therapy*, Advances in Psychiatric Treatment, vol.8, pp149-157.
- Jenner, J.A. (2003), *Directieve interventies in de acute en de sociale psychiatrie*. Assen: Koninklijke van Gorcum. pp. 10, 213, 220,
- Jong, de P., Berg, I.K. (2001), *De kracht van oplossingen*. Lisse: Swets & Zeitlinger. pp. 13, 23, 25, 27, 28, 30, 87-94, 227, 136 -142.
- Lang, G., Molen, H.T. (2000), *Psychologische gespreksvoering*. 10^e dr. Baarn: Nelissen. pp. 22- 26
- Sterkenburg, P.G.J. (1966), *van Dale. Handboek hedendaags Nederlands*, Utrecht: van Dale Lexicografie. pp 702, 788.
- Verberk, F., Kuiper, M.(2002), *Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model*. Koninklijke van Gorcum.
- Wieland, M., Vervoort, M., (2003), *Theorie en praktijk van 21 psychotherapieën*, Amsterdam Archipel pp. 95.
- Wolf, J., (1990), *Oude bekenden van de psychiatrie*. Utrecht Stichting Welzijns Publicaties pp. 35.

Bronnen:

NVSPV., 2004, Beroepsprofiel Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige, Utrecht: AVVV.

Lezing/ workshops

Droes, J. "*Empowerment*", studiemiddag gehouden op 11 april 2006 in de Rode Vaas in Capelle a/d IJssel en georganiseerd door de Zorg Advies Raad van de organisatie Bavo Rno groep te Capelle a/d IJssel.

Internet:

<http://hypnotherapiedelfin.nl/pdf/HypnotherapieDelfin2005A.pdf>, Delfin, O.C., (2005), *Solution-Focused Therapy*, Amsterdam, pp. 16

<http://www.korzybski.com/nl/inhoud/p400b.htm>

Korzybski Instituut, Oplossingsgerichte Korte Therapie, Genk, Belgium