

Interpersoonlijke sociaal-psychiatrische begeleiding

Mensen met een ernstige psychische aandoening hebben veelal een jarenlange carrière in de psychiatrische hulpverlening achter de rug. Maar die hulpverlening blijkt nogal eens doel, richting en structuur te missen. In dit artikel wordt een model uitgewerkt wat als doel heeft de begeleidingscontacten meer structuur te geven. We noemen dit Interpersoonlijke sociaal-psychiatrische begeleiding (ISPB).

Mark van Veen, promovendus HAN

In Nederland hebben zo'n 221 duizend mensen een ernstige psychische aandoening (EPA). Een kwetsbare groep, want naast psychische problemen hebben ze vaak ook een lagere sociaaleconomische status en last van traumatisering en stigmatisering. In de regel worden ze begeleid door (post)hbo-verpleegkundigen, meestal (sociaal-)psychiatrisch verpleegkundigen. Deze sociaal-psychiatrische begeleiding richt zich doorgaans op het oplossen van praktische problemen, het voorkomen van achteruitgang, het veranderen van niet-effectieve gedragingen, het leren omgaan met beperkingen en het benutten van mogelijkheden. Ook richt de begeleiding zich op herstel, integratie en participatie. Door de aard van de problematiek is sociaal-psychiatrische begeleiding vaak langdurig, al snel enkele tot vele jaren.

Therapeutische relatie

In de praktijk en uit onderzoek blijkt dat deze langdurige sociaal-psychiatrische begeleiding nogal eens doel, richting en structuur mist (Koekkoek, 2004). Het

contact tussen cliënt en verpleegkundige is voor beide partijen een vanzelfsprekendheid geworden, die niet meer ter discussie staat. Vanwege grote verscheidenheid aan gespreksonderwerpen, het algemene karakter van begeleidingscontacten en de lange duur ervan, wordt de werkrelatie tussen cliënt en hulpverlener belangrijker (Koekkoek, 2004). Er bestaat dus een risico dat in langdurige begeleidingscontacten de hulpverleningsrelatie belangrijker wordt dan de toestand, wensen en behoeften van de cliënt. Tegelijkertijd is dit een grote kans, want de therapeutische relatie bepaalt immers een groot deel van de effectiviteit van hulpverlening (Lambert, 2004).

Begeleidingsdoel

Het formuleren van een duidelijk begeleidingsdoel is niet gemakkelijk. De focus ligt namelijk op *coping* van de cliënt, dat wil zeggen op het effectief omgaan met beperkingen en het benutten van mogelijkheden. Een idealere vorm van sociaal-psychiatrische begeleiding heeft als doel een effectievere omgang met beperkingen

ten gevolge van psychiatrische problematiek en het benutten van eigen mogelijkheden, wat resulteert in een verbeterd interpersoonlijk en sociaal functioneren.

Wat is ISPB?

ISPB is een model om de begeleidingscontacten meer structuur te geven en ze doelmatiger in te vullen. Het is ontwikkeld via onderzoek onder cliënten, experts in de sociale psychiatrie en sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen. Ook is aanvullend een literatuurstudie gedaan. ISPB bestaat uit vier elementen:

1. Structuur tijdens het contact: vaste elementen in het gesprek.
2. Structuur tijdens de begeleiding: fasering.
3. Gespreksmethoden per fase.
4. Aandacht voor het interpersoonlijk contact en het sociaal systeem.

In de paragrafen hierna lichten we de elementen nader toe.

1. Structuur in het contact: de vaste elementen

ISPB bestaat uit steeds terugkerende elementen. Die bepalen de structuur van afzonderlijke gesprekken en van de begeleiding als geheel. Een aantal elementen blijken heel nuttig om de rode draad vast te houden gedurende de begeleiding van de cliënt, zoals het maken van een agenda, het terugblikken op de tijd tussen het vorige gesprek en het huidige, en het invullen van een Session Rating Scale (SRS, Duncan e.a.,

2003). Dat laatste is een kort feedback-formulier, in te vullen door zowel verpleegkundige als cliënt, waarin het gesprek geëvalueerd wordt aan de hand van een aantal items.

Ook houdt de verpleegkundige een ISPB-rapportageformulier bij (Koekkoek, 2011). Daarop houdt zij bij welke vaste onderdelen en welke gespreksmethoden zij gebruikt tijdens het gesprek.

2. Gespreksmethoden

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

Validatie

De basishouding bij ISPB is de validatie. Dat houdt in grote lijnen in dat de verpleegkundige oordeelvrij waarneemt wat er gebeurt en wat een cliënt vertelt of doet, zonder daarbij informatie van anderen te gebruiken (Linehan, 1993). De verpleegkundige laat zien dat zij zich wil verdiepen in de cliënt en hem wil begrijpen. Zij benoemt het gedrag als begrijpelijk in de situatie van dat moment en geeft geen persoonlijke mening.

Relatiemanagement

In het verlengde van validatie ligt relatiemanagement. Het idee achter relatiema-



Foto: Catherine Yeulet

niet effectief op een helpende houding van verpleegkundigen en door dit gedrag te vermijden wordt het niet ineffectief. (Dawson & MacMillan, 1993). Goed uitgevoerd relatiemanagement gaat vooral over goed op jezelf als hulpverlener letten: houd het tempo van het gesprek laag, reageer niet op 'speldenprikken' van de cliënt, houd de cliënt verantwoordelijk en bespreek behandelzaken openlijk zonder in een helpende rol te schieten.

Motiverende gespreksvoering

Een veelgebruikte gespreksmethode binnen ISPB is motiverende gespreksvoering.

gelmatig veel drinken geeft enerzijds het plezier van het moment, maar anderzijds een kater, waardoor je minder goed functioneert op je werk (Miller & Rollnick, 2014). De ambivalentie van de cliënt over zo'n onderwerp wordt onderzocht en zo mogelijk opgelost. Belangrijkste aandachtspunten hierbij: stel open vragen, vat samen, reflecteer en lok reacties uit.

Oplossingsgerichte gespreksvoering

Oplossingsgerichte therapie gaat sterk uit van de waarde van het praten over de oplossing in plaats van over het probleem. De methode houdt rekening met de veranderingsbereidheid van de cliënt: op basis daarvan wordt de relatie tussen cliënt en verpleegkundige bepaald (De Jong & Berg, 2004). De methode maakt gebruik van vragen en opdrachten. Een vraag is bijvoorbeeld of er momenten zijn waarin een probleem minder aanwezig is. Als dat zo is, dan volgt de vraag hoe dat

'Minder patiënten worden beoordeeld als moeilijk'

nagement is dat de hulpverlener niet de hem toegewezen rol inneemt en daardoor ander (helpend) gedrag bij de cliënt uitlokt. Sommige cliënten reageren namelijk

Dit is een directieve en tegelijkertijd cliëntgerichte gespreksvorm. Doel is om de discrepantie te vergroten tussen twee kanten van een situatie. Bijvoorbeeld: re-

voelt voor de cliënt en wat de cliënt dan doet. Ook kan worden gevraagd hoe ernstig een probleem is op een schaal van 1 tot 100. De bedoeling is om de cliënt meer genuanceerd te laten denken over zijn probleem. Een ander veelgebruikte techniek is het stellen van de wonder-vraag: 'Wat zou er veranderd zijn als er in je slaap een wonder gebeurt?'. En wat zou de cliënt dan anders denken, doen, voelen dan normaal?

Gedragsanalyse

Gedragsanalyse is een belangrijk onderdeel van cognitieve gedragstherapie (CGT), vooral in vormen die gericht zijn op het veranderen van meer langdurig, ineffectief of zelfs schadelijk gedrag. CGT-principes gaan ervan uit dat gedrag wordt voorafgegaan door bepaalde gevoelens en bepaalde gedachten. De gevoelens worden daarbij sterk bepaald door gedachten (McCullough, 2000). Gedragsanalyse kan de patiënt inzicht geven in het effect van gedrag en dan met name op de interactie tussen mensen. Daarnaast kan de cliënt inzicht krijgen in de belangrijke rol die gedrag kan hebben in (mis)communicatie en bij (voorkomen van) conflicten. Bij gedragsanalyse is het belangrijk om goed uit en door te vragen.

Clinical casemanagement

Het idee van clinical casemanagement is dat de verpleegkundige of casemanager de cliënt actief helpt om zijn of haar leven op orde te krijgen. Doorgaans is dit op gebieden als werk, wonen, inkomen en relaties. Voor de verpleegkundige is een coachende rol weggelegd. Als er veel praktische zorgbehoeften zijn, is clinical casemanagement de aangewezen methode (Van der Stel, 2002). De verpleegkun-

dige helpt de cliënt actief mee om zijn leven weer op orde te krijgen, soms meer coachend, soms meer als bemiddelaar.

3. Fasering

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

Contactfase

In fase 1 (de contactfase) richt de verpleegkundige haar aandacht, en die van de cliënt, op de werkrelatie. In deze fase moeten cliënt en verpleegkundige overleggen over de manier waarop ze met elkaar willen omgaan, verwachtingen naar elkaar uitspreken en grenzen in het contact vaststellen ('wat kan er wel en wat kan er niet'). Deze aspecten bepalen dus de vorm van de sociaal-psychiatrische begeleiding. Relatiemanagement en motiverende gespreksvoering zijn goede gespreksmethoden om in te zetten in deze fase.

Doelenfase

In de doelenfase gaat het over wat cliënt en verpleegkundige samen gaan doen, ofwel over de inhoud van de sociaal-

baar is en wat er nodig is om doelen te bereiken. De verpleegkundige moet dus ook in deze fase actief rekening houden met ambivalentie van de cliënt ten aanzien van deze doelen. Zij moet haar handelen daarbij aanpassen door het inzetten van verschillende gespreksmethoden. Het doel van deze fase is om te komen tot een aantal goed doordachte, gezamenlijk overeengekomen doelstellingen voor de begeleiding. Relatiemanagement, motiverende gespreksvoering en oplossingsgerichte gespreksvoering zijn goede methoden om in deze fase te gebruiken.

Bij een cliënt die moeite heeft met agressieregulatie kan een doel bijvoorbeeld zijn: 'Over een half jaar ben ik bij meningsverschillen niet meer dreigend en minder verbaal agressief naar anderen. Ik zal dat dan merken aan de reacties van anderen op mij en aan het feit dat ik dan om deze redenen geen contacten meer heb met politie en justitie'.

Werkfase

Wanneer cliënt en verpleegkundige in de derde fase (werkfase) zijn aangekomen, wordt ervan uitgegaan dat ze op basis van geformuleerde doelen in actie kunnen komen. Ontstaat er toch onduidelijkheid of onenigheid over de doelen (bijvoorbeeld het tempo minderen van

'De verpleegkundige neemt niet de positie in van de expert die weet hoe dingen in elkaar zitten'

psychiatrische begeleiding. Die inhoud ontstaat door het formuleren van doelen. Ook bij het formuleren van doelen speelt vaak mee dat de cliënt (nog) niet precies weet waar hij of zij heen wil, wat haal-

alcohol drinken)? Of over de manier waarop invulling wordt gegeven aan de werkrelatie? Dan moeten cliënt en verpleegkundige een stap terug doen naar de tweede of eerste fase. Doel van deze

derde fase is dat cliënt en verpleegkundige gezamenlijk interventies kiezen die aansluiten bij de in de tweede fase geformuleerde doelen. En dat ze deze interventies samen uitvoeren. In deze fase zijn naast relatiemanagement en motiveerende gespreksvoering, ook gedragsanalyse en case management goed te gebruiken.

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

4. Sociaal systeem

Eén van de uitgangspunten van sociaal-psychiatrische begeleiding is dat de sociale situatie waarin de problematiek zich voordoet, vaak een belangrijke rol speelt in het ontstaan, maar ook in het ver-



Figuur 1. Overzicht van ISPB.

is aandacht voor verschillende strategieën om direct betrokkenen te betrekken bij de begeleiding.

ISPB in de praktijk

In 2010 is een pilotstudie gedaan naar het effect van deze begeleidingsmethode (Koekoek, 2010). Naar aanleiding daarvan loopt sinds 2013 een grotere effectiviteitsstudie binnen drie ggz-instellingen in het land. De hypothese daarbij is dat ISPB effectiever is dan de gebruikelijke zorg in:

- het voorkomen of verminderen van het door verpleegkundigen beoordelen van cliënten als ‘moeilijk’;

- het verwijzen van cliënten naar minder intensieve zorg.

Bovendien, zo is de verwachting, worden met ISPB deze doelen bereikt tegen lagere

kosten dan met gebruikelijke zorg (Van Veen, 2015).

De resultaten van dit onderzoek worden in de loop van 2018 verwacht.

Uit de eerdere pilotstudie kwamen positieve effecten naar voren in een aantal begeleidingsuitkomsten. Maar: de therapeutische relatie werd als minder sterk ervaren door de cliënten, hoewel dit niet significant was. Een zeer recent kwalitatief onderzoek naar de therapeutische relatie tijdens ISPB-begeleiding laat zien dat ISPB vooral invloed heeft op het taakgerichte en het doelgerichte aspect van de therapeutische relatie. De invloed op de kwaliteit van de persoonlijke band tussen de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en de patiënt bleek beperkter. Vooral de gespreksstructurering, de samenwerking en de eigen regie van de patiënt spelen een rol (Peters, 2017).

Conclusie

Dit artikel schetst in brede lijnen een gestructureerde, methodische benadering voor cliënten met niet-psychotische chronische problematiek: de ISPB-methodiek.

‘Praat over de oplossing in plaats van over het probleem’

minderen van de problemen. Het betrekken van één of meerdere mensen uit het sociale netwerk geeft belangrijke informatie en mogelijk nieuwe gezichtspunten in de begeleiding. Binnen ISPB

ISPB kan binnen de langdurige psychiatrische zorg door (sociaal-)psychiatrisch verpleegkundigen een goede vervanging zijn voor de zorg die meestal 'steunend, structurerend contact' wordt genoemd. Dat contact gaat weinig methodisch en doelgericht te werkt. ISPB heeft als doel om de kwaliteit van zorg aan deze groep cliënten te verbeteren en ervoor te zorgen dat verpleegkundigen hun vak methodisch en doelgericht kunnen uitvoeren en niet in een doelloze situatie terechtkomen. Om ISPB onder de knie te krijgen wordt een vijfdaagse training aangeboden en een maandelijkse werkbegeleiding binnen de instelling. ■

Meer informatie

www.han.nl/ispb

Apple store: ISPB en Google Play: ISPB

Referenties

Dawson, D. & MacMillan, H.L. (1993).

Relationship management of the borderline patient: From understanding to treatment.
New York: Brunner/Mazel.

Duncan, B.L, Miller, S.D, Sparks, J.A, Claud, D.A, Reynolds, L.R, Brown, J, e.a. (2003). The session rating scale: preliminary

psychometric properties of a 'working' alliance measure. *J Brief Ther*, 3(1):3-12.

Jong, P. de & Berg, I.K. (2004). *De kracht van oplossingen. Handwijzer voor oplossingsgerichte gesprekstherapie.*
Amsterdam: Harcourt.

Koekkoek, B. (2004). Steun vanaf een wankel basis. Over het werk van sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen op een ambulante behandelafdeling. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 59, 214-226.

Koekkoek, B. (2011). *Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding. Methodisch werken met ernstige en langdurige problematiek.* Houten: BSL.

Koekkoek, B., Meijel, A. van, Schene, Smit, A., Kaasenbrood, A. & Hutschemaekers, G. (2012). Interpersonal Community Psychiatric Treatment for non-psychotic chronic patients and nurses in outpatient mental health care: A controlled pilot study on feasibility and effects. *International Journal of Nursing Studies*, 49(5), 549-559

Lambert, M.J. (red.) (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th ed.). New York: Wiley

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: Guilford Press

McCullough Jr, J. P. (2003). *Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP)* (Vol. 13, No. 3-4, p. 241). Educational Publishing Foundation.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2014). *Motiverende gespreksvoering.* Ouderkerk aan den IJssel: Ekklesia

Peters, A. (2017). *'Ik wil vooruit!'* Kwalitatief onderzoek naar de therapeutische relatie tijdens Interpersoonlijke Sociaal Psychiatrische Begeleiding. Afstudeerscriptie Master Advanced Nursing Practice, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, niet gepubliceerd.

Stel, van der, J. (2002). *De effectiviteit van case management voor de rehabilitatie van psychiatrische patiënten. De relevantie van het onderzoek voor het beleid.* Preacox.

Veen, M. van, Koekkoek, B., Mulder, N., Postulart, D., Adang, E., Teerenstra, S., Schoonhoven, L. & Achterberg, T. van (2015). Cost effectiveness of interpersonal community psychiatric treatment for people with long-term severe non-psychotic mental disorders: protocol of a multi-centre randomised trial. *BMC Psychiatry*, 15(100), 1-10.

Advertentie



HOUD AMREF FLYING DOCTORS IN DE LUCHT. GIRO 8829 LEIDEN

Help Afrika om zelf een menswaardig bestaan op te bouwen.

Tel 071-5769476 of www.amref.nl



FLYING DOCTORS
SelfSupporting Africa