

---

# DE PRAKTIJK IS ER OM VAN TE LEREN

**Gerard Lohuis**, auteur is sociaal psychiatrisch verpleegkundige, werkzaam bij Cenzor, ggz Groningen en redactielid van Sociale Psychiatrie.

## **Inleiding**

Er zijn momenten in de geschiedenis geweest waarop de samenleving zo ver was om een kleine revolutie in de behandeling van geesteszieken aan te durven. De ketens werden afgedaan bij psychiatrische patiënten, die vastgeklonken zaten aan de muur, door Pinel op 24 mei 1798 (van der Meij- De Leur, 1980) en een humaner en vooral op behandeling gerichte benadering van mensen met psychiatrische problemen kon zijn intrede doen. Beter en specifiek werkende medicijnen (denk aan de introductie van larcgatcil in de jaren 60 van de vorige eeuw bij het behandelen van psychose) maakte het mogelijk bepaalde problemen beter te behandelen. De psychiatrische hulpverlening en verslavingszorg hebben zich ontwikkeld tot medisch georiënteerde instellingen: de centraal aangestuurde hulpverlening die probleemoplossend georiënteerd is, deed hiermee zijn intrede. Wetenschappelijk onderzoek leidde tot evidence based hulpverlening en het ontwikkelen van protocollen. Rehabilitatie deed zijn intrede en bemoeizorg ontwikkelde zich om gemarginaliseerden van hulp te voorzien. Er is veel ervaring en kennis opgedaan om de cliënten te helpen. Er zijn voldoende ontwikkelingen gaande die het mogelijk moet maken om de emancipatie van de cliënt nu centraal te stellen. In de lijn die zich tot nu toe heeft afgetekend zou een dominantere plek van de cliënt passen. Hierbij is een krachtige impuls nodig om de evidence based benadering te laten evolueren in een practice-based evidence benadering. De centraal aangestuurde hulpverlening moet zich ontplooiën tot een organisatie waarin vormen van zelfsturend leren centraal gaan staan waarbij de ontwikkelde kennis in

toegepaste vorm getoetst wordt. Daarbij krijgt de ervaring van de cliënt een dominantere plek.

Het gaat om het verder uitwerken of ontwikkelen van een betekenisvolle hulpverlening waarbij wederkerige relaties tussen cliënt en hulpverlener het uitgangspunt zijn.

## **DE SITUATIE ANNO 2003**

### **Probleemgeoriënteerd en evidence based**

De GGZ en verslavingszorg hebben zich ontwikkeld als een instituut dat de problemen van cliënten met name aanpakt vanuit een probleemgeoriënteerde benadering waarbij de hulpverlening de deskundige is en de cliënt de hulpverlener volgt in zijn aanbod. De hulpverlening heeft woorden bedacht bij ziektebeelden en daarop een behandelaanbod gecreëerd. Het behandelaanbod wordt gekenmerkt door een dominantie vanuit de medische invalshoek. De winst vanuit deze hoek is de laatste jaren betrekkelijk gering wanneer het wordt afgezet tegen het doorbreken van de ketens of de opkomst van de anti-psychotica. Een voorbeeld van een probleemgerichte en medische benadering is de behandeling van een depressie dat volgens een protocol loopt waarbij de combinatie van medicatie en gesprekken de beste aanpak lijkt. Of de hulp bij schizofrenie dat vooral moet bestaan uit psycho-educatie, medicatie en rehabilitatie. Dat kan voor cliënten iets goeds opleveren wanneer ze in het aanbod mee willen gaan. Velen willen dit of proberen het. Vanuit een zekere afhankelijkheid van de hulpverlening is dit wellicht ook zinvol. Er is een probleem wanneer de cliënt daar zelf iets aan wil toevoegen of

wanneer de cliënt andere ideeën heeft over wat er gaande is. Of erger, zoals blijkt uit onderzoek bij de verslavingszorg in Zwolle bij dubbele diagnose- cliënten: men stelt alleen die vragen aan de hulpverlening die door de hulpverlening opgepikt worden (Prij, de Jong 2003). Dat gaat zelfs zo ver dat de cliënten de hulpverleners prijzen voor het bieden van basale zorg en het hervinden van hun dagelijkse structuur. Maar achteraf hebben ze het idee dat er niet iets wezenlijks is veranderd dat hun echte vragen niet gesteld, laat staan beantwoord, zijn.

Met andere woorden de cliënt past zich aan bij de hetgeen de hulpverlening wil bieden en "levert daarvoor zijn eigenheid in." Hulpverleners gebruiken allerlei richtlijnen en protocollen die als handvatten hun handelen sturen. Deze benadering schiet tekort. Er wordt bijvoorbeeld nogal wat belang gehecht aan het stellen van een goede diagnose. De diagnose is gebaseerd op beperkte kennis en inzichten en kan nooit de gehele werkelijkheid dekken. Een diagnose zegt weinig over het effect van de behandeling op langere termijn. Een diagnose geeft een beschrijving van een toestandsbeeld volgens bepaalde criteria. Symptomen die bij de schizofrenie voorkomen, zien we ook bij de manische stoornis. De criteria voor het vaststellen van een ziektebeeld zijn dus niet uniek. Een diagnose geeft een richting voor de behandeling aan, en niet meer. Het vaststellen van een diagnose zou veel meer een iteratief karakter moeten hebben. In de praktijk blijkt bijvoorbeeld dat de zienswijze van de hulpverlener van grote invloed is op de diagnostiek, evenals de ervaring. De wetenschappelijke benadering probeert zo veel mogelijk die subjectiviteit uit te sluiten. Een moeilijk proces waarvoor nog veel kennis nodig is, voor zo ver het al mogelijk is een psychiatrische diagnose wetenschappelijk vast te stellen. Subjectiviteit kan voor het handelen nog wel eens grotere waarde hebben dan nu toegegeven wordt. Bij

het vaststellen van een opname blijkt hoe belangrijk de persoon van de hulpverlener is die bepaalt wat er gaat gebeuren. Jenner heeft al eens aangetoond dat de persoonlijkheid van de hulpverlener de doorslaggevende factor was bij het al dan niet laten opnemen van een cliënt in een psychiatrisch ziekenhuis. Niet de diagnose is bepalend maar de visie, achtergrond en persoonlijkheid van de hulpverlener. Toch wordt er in de praktijk met name naar gestreefd om vanuit de diagnose een behandeling op te zetten. Dat is maar een kant van de werkelijkheid. Evidence based benadering is een hot item. Hierbij gaat het vooral om de grootste gemene deler van succesvolle behandelingen waaruit richtlijnen voor een protocolbehandeling gedestilleerd zijn. En die zijn richtinggevend en soms zelfs al bepalend.

#### **Technisch instrumenteel en fasegerichte methodiek binnen fuserende instellingen**

Organisaties zijn de laatste jaren bezig om via een fasegerichte methodiek of technisch instrumentele methodiek de behandeling te structureren. Het gaat uit van een causaal verband tussen de eerste en de volgende stap, of beter gezegd het heeft een lineaire gedachtegang. Na een anamnese volgt de diagnose waaruit het doel en de behandeling volgen. De praktijk, zo blijkt, is veel ingewikkelder. Tegelijkertijd is er de laatste jaren in de hulpverlening een ontwikkeling van schaalvergroting in gang gezet waarbij verschillende instellingen achter 1 deur zijn gaan samenwerken. De volgende fusie lijkt er aan te komen nu de verslavingszorg en psychiatrie toenadering zoeken. Verslavingsproblematiek moet volgens velen weer als psychiatrische ziekte beoordeeld worden (Wetering. Van de en Czyzewski 2001) en beide instellingen moeten meer samenwerken. Dat laatste kan alleen

maar goed zijn zodat het heen en weer geschuif van cliënten tussen deze instellingen is afgelopen. De processen van fasegerichte methodiekontwikkeling en schaalvergroting, zijn twee zaken die er voor zorgen dat organisaties hun aanbod willen structureren om het organisatorisch te kunnen bolwerken. Protocollen, intakeprocedures, richtlijnen, gestructureerde behandeling, WGBO-papieren, 5 modellen gesprekken, etc. zijn manieren om de kwaliteit van de hulpverlening te verbeteren. Deze aanpak heeft er toe geleid dat er meer duidelijkheid over de behandeling is gekomen, meer eenduidigheid is ontstaan bij collega's op de werkvloer wat er van bovenaf van hen verwacht wordt, behandelingen beter te volgen zijn, beter overdraagbaar zijn en betere toetsbaar. Geen geringe winst. Maar hiermee is tegelijkertijd een centraal aangestuurde hulpverlening aan het ontstaan die volgens Pieter Hilhorst (Volkskrant) de neiging van een *computergestuurde bureaucratie* vertoont. De medewerkers moeten in grote lijnen hetzelfde centraal bedachte protocol uitvoeren en mogen daar alleen van afwijken wanneer ze dat kunnen verantwoorden. De toenemende bureaucratie vraagt om allerlei taken die niet direct cliënt gerelateerd zijn maar gericht zijn op het instandhouden houden van het systeem en het afleggen van verantwoording. Als we niet oppassen wordt de hulpverlener meer en meer opgeslokt door deze laatste taken en worden het hoofdtaken in plaats van een afgeleide taak van het primaire proces van hulpverleners. Cru gezegd lijkt het belangrijker om een diagnose te stellen en deze vast te leggen, dan daadwerkelijk met de hulpverlening te starten. In de fasegerichte methodiek wordt de intake zelfs een aparte functie die door aparte functionarissen wordt uitgevoerd. Alsof intake en hulpverleners van elkaar los te koppelen zijn. Alsof het beïnvloedingsproces al niet begint op het moment de cliënt binnenkomt. Als

we niet oppassen wordt het straks belangrijker om het dossier ingevuld te hebben om maar niet door de buitenwacht op de vingers getikt te worden. Kortom: er is een gevaar dat de centraal aangestuurde hulpverlening ongewild verwordt tot een computergestuurde bureaucratie en dwalen we af van de kerntaak. Namelijk hulpverleners aan mensen die problemen hebben en moeten leren met die problemen om te gaan.

Vanuit een sociologische invalshoek wijst Richard Sennett hier overigens al op. In zijn boek "Respect in een tijd van sociale ongelijkheid" geeft hij aan dat hulp- en dienstverlenende instellingen in toenemende mate hoogdrempeliger worden. Hij noemt het voorbeeld van de sociale dienst die ooit bedoeld is om aan mensen, die geen werk kunnen vinden, door middel van een uitkering een minimumbestaan te verzekeren. Kom tegenwoordig maar eens binnen bij de sociale dienst en zie maar eens een uitkering te krijgen. Je moet allerlei bewijsmateriaal overhandigen (kopie bankafschrift, paspoort, bewijs van wekelijkse sollicitatiepogingen, etc.) om een uitkering toegewezen te krijgen. Hetzelfde verschijnsel dient zich ook aan bij een zich steeds meer specialistisch ontwikkelende hulpverlening. Men weet steeds meer over een klein gebied en dat leidt in de praktijk tot uitsluiting van degene met problemen die niet binnen dat specialistische domein valt. Hierdoor wordt wat Luhmann "selektive nicht beobachtung" noemt, gestimuleerd. (Luhmann 1998 in Schuyt en & Steketee) Men heeft slechts oog voor de noden die samenvallen met hetgeen de instelling kan bieden. Het generalistisch denken wordt hiermee geweld aangedaan. Hiervan zijn helaas voorbeelden te over: de cliënt met verslavings- en psychiatrische problemen die tussen verschillende instellingen in pendelt, de cliënt die suïcidaal is maar niet opgenomen wordt omdat er geen psychiatrische diagnose

gesteld kan worden. Het is tijd om deze ontwikkeling kritisch te beschouwen en ons af te vragen of de organisatie niet bijgesteld moet worden.

### **Maken of handelen?**

Anno 2003 geldt ook dat de evidence based benadering gemeengoed moet worden, en dat vooral op het afgebakende specialistische deel waarin de hulpverlening zich heeft ontwikkeld. In de nota "Zorg voor Velen" leidt dat zelfs tot een situatie waarin een pleidooi wordt gehouden voor alleen een medische benadering en een zich steeds verder terugtrekken hulpverlening bij andere problemen. Alsof het probleem alleen bestaat uit het oplossen van een medisch vraagstuk. Alsof de sociale psychiatrie zich al een eeuw lang bezig heeft gehouden met zaken die niet tot de psychiatrie horen. Het is de arrogante houding van een mening die gestoeld is op een probleemgerichte en met name medische invalshoek. De betekenisgeving wordt daarin losgelaten ten faveure van een probleem oplossen. Bij betekenisgeving gaat het om de beleving en de waarde die een cliënt toekent aan zijn problemen. Iemand die in een rolstoel zit hoeft nog geen probleem te ervaren, hoewel er wel sprake is van een handicap..

Blijft overeind dat evidence based benadering veel goeds heeft opgeleverd. Veel nuttig onderzoek heeft veel feiten opgeleverd over de beste aanpak bij een bepaald probleem. Dat levert veel kennis op en maakt ook duidelijk in welke richting een behandeling gezocht moet worden. Maar ook de evidence based benadering heeft het nadeel dat er het gevaar dreigt dat er onvoldoende gekeken naar het individuele verhaal van de cliënt, de betekenis van het probleem of ziekte voor de cliënt en de wens van de cliënt om zelf sturing te hebben over zijn leven. Dat laatste lijkt welhaast onmogelijk in de

hulpverlening. In het voorgeschreven protocol blijft de hulpverlener de deskundige die uitgaat van het lineaire maakbaarheidsidealisme, zoals Geert van der Laan elders in dit boek betoogt. De werkelijkheid wordt door de deskundige teruggebracht tot een diagnose van waaruit een lineaire lijn getrokken wordt naar de aanpak. Persoonlijke ervaring leert dat het bijna nooit zo werkt omdat er altijd iets gebeurt van buitenaf (sociale omstandigheden), van binnenuit (interpersoonlijk of psychologisch) of door de wisselwerking tussen cliënt en behandelaar waardoor het proces anders verloopt dan vanuit het lineair denken was vastgesteld. Veel meer zaken zijn van invloed op het al dan niet slagen van een behandeling. Het gaat dan ook meer om voortdurend aanpassen aan de situatie en van daaruit kijken wat nodig is. Van der Laan noemt dat het "handelen" in plaats van het "maken". Bij *maken* gaat het om het beheersen van het proces en van het werken vanuit het probleem naar een oplossing. Bij *handelen* gaat het om procesmatig werken en minder doelgerichtheid. Het gaat om de wederkerigheid tussen hulpverlener en cliënt die de koers bepaalt, een koers die voortdurend bijstelling behoeft. Simpel gezegd: de cliënt moet niet geholpen worden, maar moet leren zichzelf te helpen vanuit zijn eigen ontwikkeling en wensen. De cliënt moet iets kunnen leren en dat is niet bij voorbaat het verhaal van de deskundige. Laat onverlet dat cliënt en hulpverlener veel van elkaar kunnen leren en dat de deskundigheid van de hulpverlener van evident belang is.

### **EEN TOEKOMSTSCENARIO: Zelfsturend leren en practice- based evidence**

#### **De kwetsbaarheid van de hulpverlening**

De hulpverlening in de OGGZ (openbare geestelijke gezondheidszorg)

heeft de laatste jaren duidelijk gemaakt waar de kwetsbare schakels in de hulpverlening zitten. Op zich ligt dit voor de hand omdat het in de OGGZ gaat om cliënten die veel hulp nodig hebben en niet door de reguliere instellingen geholpen worden. Het blijkt dat de problemen niet alleen voor de OGGZ gelden maar ook doorklinken in de kritiek die cliënten op de reguliere hulpverlening hebben. (naast alle waardering en respect voor diezelfde hulpverlening). Wilma Boevink heeft het in het zesde Deviant-debat krachtig omschreven toen ze zei: "We (de cliënten) zijn niet te definiëren als stoornissen met psychiatrische zorgbehoeften. We zijn personen met een heel leven dat geleefd moet worden, met op onderdelen de noodzaak van het gebruik van professionele hulpverlening".

De kritiek richt zich met name op de attitude en (be)lerende houding van de hulpverlening en op de negatieve gevolgen zoals deze hierboven zijn beschreven van de centraal aangestuurde hulpverlening en evidence based benadering. Het knellend harnas van de centraal aangestuurde hulpverlening roept in de praktijk bij de werkers terecht de nodige weerstand op. Waarom al die formulieren invullen als het niet rechtstreeks het belang van de hulpverlening of het contact tussen professional en cliënt dient? Waarom in iedere fase van de behandeling een andere professional? Waarom een bepalende hulpverlening die beslist welke hulp de cliënt krijgt? Waarom kunnen hulpverleners niet iemand helpen en hulp invoeren van collega's om tijdelijk in de behandeling ondersteuning te bieden? Een houding waaruit beschikbaarheid, aanwezigheid en betrokkenheid blijkt om iemand vanuit acceptatie te ondersteunen. Of hem uit te dagen de noodzakelijke verandering aan te gaan.. "Beïnvloeding en strategieën die aanzetten tot verandering blijken op lange termijn niet eenzijdig aangestuurd te kunnen

worden" schrijft Geert van der Laan in zijn oratie **moderne technologie als metafoor**. Hulpverleners is veel meer een proces van bijsturen in plaats van sturen op een van tevoren vastgesteld doel. In zijn oratie haalt hij Hannah Arendt aan die zegt dat hulpverleners meer een proces van **handelen** dan van **maken** moet zijn. Bij **maken** gaat het om de hulpverlener die het proces beheerst door zijn deskundigheid de sturende factor te laten zijn en een probleem op te lossen. De hulpverlener is actief en toetst of de cliënt datgene doet wat hij bedacht heeft. Bij **handelen** gaat het om een procesmatig karakter van hulpverleners waarbij de wederkerigheid in de relatie tussen cliënt en hulpverlener belangrijk is. De cliënt stuurt hierbij veel meer doordat de hulpverlener niet een vastgesteld doel nastreeft. Het leren en de behandeling wordt daarmee een **reflectief proces**. De hulpverlener dient te kijken wat het effect is van zijn inzet en dient daarbij aan te sluiten bij de reactie die zijn handelen teweegbrengt bij de cliënt. Niet wat iemand behoort te doen of wat het protocol voorschrijft maar kijken wat er daadwerkelijk gebeurt en daar op anticiperen. Dit kan in een hulpverlening die uitgaat van **zelfsturend leren en practice – based evidence** leren. Hierin ligt de uitdaging van een vernieuwende en dienstbare hulpverlening.

### **Zelfsturend leren.**

Zelfsturend leren betekent dat het proces van hulpverleners gestuurd wordt door de interactie die er tussen hulpverlener en cliënt plaatsvindt. Er wordt in samenspraak en in samenwerking een doel vastgesteld maar die wordt lopende het contact bijgesteld en aangepast aan de ontwikkeling. De cliënt met zijn problemen en wens tot aanpassing of verbetering aan de ene kant en de hulpverlener met zijn kennis en inzichten aan de andere kant. Beide brengen hun deskundigheid in. Over en

weer vindt beïnvloeding plaats vanuit een wederkerige relatie. Van beide kanten is er de bereidheid om van elkaar te leren en het proces daarop bij te sturen. Doelen zijn niet bepalend maar het cyclische proces van over en weer op elkaar reageren bepaalt uiteindelijk de koers. De betekenis ligt in het feit dat de cliënt hulp iets nodig heeft of een probleem ervaart en de hulpverlener de cliënt ter wille wil zijn en ondersteuning biedt in dit proces tot verbetering of aanpassing. Er altijd van uitgaand dat de cliënt zo veel mogelijk de regie in eigen handen houdt. Soms gebeurt dat door het oplossen van een probleem of behandelen van een toestandsbeeld, maar evenzeer gebeurt het door te werken aan betekenisgeving vanuit het perspectief van de cliënt. Daar waar de wens niet operant aanwezig is, helpt de hulpverlener de cliënt bij het ontdekken van de wens. Daar waar de problemen evident groot zijn en de cliënt er voor wegloupt, ligt het accent van de benadering op het opbouwen van het contact en het helpen ontwikkelen van motivatie (typerend voor het sociaal psychiatrische denken) om erger te voorkomen. De professional heeft een rol die niet van te voren vastgelegd kan worden. Dan weer zal de rol van coach, dan weer de rol van docent, therapeut of de rol van stimulator op de voorgrond staan. De professional heeft kennis van zaken (evidence based) maar dient de kennis binnen te laten komen in de leefwereld van de cliënt. Om dat te kunnen is het nodig dat er sprake is van een wederkerige relatie die betekenisvol is. Anders gezegd: de hulpverlener en cliënt hebben respect voor elkaar en staan over en weer open voor elkaars mening. Om dit te kunnen is het niet alleen van belang om het probleem van de cliënt te kennen, maar ook diens beleving erbij, hoe het leven er door beïnvloed wordt en binnen welke sociale context iemand er mee leeft. Het probleem staat niet op zich maar heeft een verdergaande betekenis in een bepaalde sociale context. In

eerdere publicaties is al gewezen op het belang van presentie die erop gericht is de ander te erkennen en niet direct aan te sturen op verandering. Ook is gewezen op het belang van narratieven, die de beleving van de werkelijkheid in een context met het verleden kan plaatsen (Lohuis, Schilperoort, Schout 2000), en de cliënt kan helpen de eigenheid van zijn persoonlijke ontwikkeling te zien (met bijbehorende kwaliteiten).

Het geheel kan samengevat worden als een pleidooi om een attitudeverandering in de hulpverlening waarbij de cliënt geholpen wordt de regie over zijn eigen leven (terug) te krijgen. Er zijn meerdere opties om dit proces van zelfsturend leren in de praktijk te ontwikkelen. Het zijn in ieder geval aanzetten tot een koerswijziging in de huidige fasegerichte methodische benadering. De beste manier om hulpverleners dit te leren is door ze zelf met een gefingeerd probleem enkele dagen op te laten nemen in een ziekenhuis en ze laten registreren wat er gebeurt. Dit voert te ver, maar het is opvallend om te horen hoe hulpverleners zelf over collega's in de hulpverlening oordelen wanneer ze er zelf mee te maken hebben gehad.

### **Opties om te komen tot zelfsturend leren**

#### **1. Practice-based evidence**

Hoewel dit woord onbegrijpelijk is voor de buitenwacht en om die reden alleen al vervangen moet worden door een ander begrip dat voor iedereen toegankelijk is, dekt het wel de landing van deze optie. Wellicht kunnen we de term beter vervangen door **handelingsleren op basis van deskundig inzicht**. De opgedane kennis over goede praktijkvoering kan met instemming van de cliënt toegepast worden waarbij de hulpverlener de reactie van de cliënt aangrijpt om de methode aan te passen. Daarmee wordt

het dogmatische en starre van de evidence based methode gecorrigeerd. Het verhaal, de beleving van de cliënt en de resultaten van de zelflerende sturing worden hier gekoppeld. Presentie (Baart A. 2001), gebruik van narratieven (Hoogenboezem G. 2003), motivatietechnieken (Miller en Rollnick 1991), psycho-educatie maken onderdeel uit van deze benadering. Het is een vorm van leren waarbij reflectie een belangrijk uitgangspunt is. De cliënt draagt iets aan en op basis hiervan geeft de hulpverlener een reflectie die aansluit bij het verhaal van de cliënt. Dit is iets anders dan reflexief leren, dat hierna besproken wordt.

*In het dossier van Peter staat de diagnose "paranoïde schizofrenie". De behandeling en doel: starten met antipsychotica en voorlichting over zijn ziektebeeld. Peter wil niet meewerken aan dit behandelplan omdat hij enerzijds furieus is over de diagnose en anderzijds wil hij niet tegengehouden worden bij zijn plannen om de wereld van de ondergang te redden.*

De evidence based benadering zal zich er op richten Peter te laten accepteren (inzien en laten zien) wat er aan de hand is om hem te motiveren voor medicatie. Deze werkwijze slaat niet aan en er wordt gekozen voor een andere benadering. Peter wordt uitgedaagd zijn versie van het verhaal te doen en aan te sluiten bij zijn werkelijkheid

*Peter wordt gevraagd uit te leggen wat zijn taak is als redder van de wereld en wat de betekenis er van is en of hij het allemaal aan kan. Een zware taak ligt op zijn schouders en de vraag is of hij er zich mee kan redden. Peter is verbaasd maar tegelijkertijd verrast door de houding van de hulpverlener. Hij vertelt zijn verhaal en de hulpverlener houdt hem voor dat hij begrijpt wat Peter hem vertelt maar dat een redder van de wereld toch ook in*

*staat moet zijn voor zichzelf te zorgen. Peter beaamt dat maar geeft aan dat hij steeds wordt afgeleid door stemmen die hem afhouden van de zorg voor zichzelf. De hulpverlener geeft aan dat hier iets aan te doen is, de stemmen rustiger laten worden, als Peter daar voor voelt. Peter wordt uitgedaagd door de hulpverlener om antipsychotica te proberen. Na grondige uitleg stemt Peter hiermee in. Een proef wordt afgesproken: Peter neemt een week de medicatie en stopt er daarna een week mee. Zowel de hulpverlener als Peter zullen een dagboek bijgehouden in die weken en dat ze na afloop met elkaar doornemen wat ze hebben waargenomen.*

## **2. Reflexief leren**

Hierbij staat het handelen op basis van de praktijk centraal. De deskundige hulpverlener reageert op de problemen van de cliënt en over en weer ontstaat er interactie. De interactie laat doelen bijstellen. Bij reflexief leren speelt de intuïtie op basis van deskundigheid van de hulpverlener een belangrijke rol. Problemen worden in een groter perspectief geplaatst en de cliënt wordt gestimuleerd hierover na te denken. Er wordt gewerkt vanuit de beleving van de cliënt. Krachtige elementen uit de zelfhulpbenadering of lotgenotencontact kunnen in de houding van de hulpverlener een plek krijgen. Niet als lotgenoot, maar elementen als compassie, trouw, niet aandringen op veranderingen, het tempo bij de cliënt laten liggen, iemand laten zijn zoals hij is, iemand stimuleren een andere aanpak uit te proberen, mislukkingen opvatten als een prikkel om iets anders te proberen, etc. konden wel eens net zo goed werken en iemand tot veranderingen aanzetten als het doelgericht sturen. Normaal doen over moeilijk dingen en uitgaan van kwaliteiten van iemand om de problemen aan te pakken. Het gaat hierbij om de kwaliteiten van iemand. Herstel of empowerment. Door te doen

en uit te proberen in de praktijk ontdekt of leert iemand de regie over eigen leven op te pakken. Ook bij reflexief leren is het doel niet een vaststaand gegeven en is de ontwikkeling tijdens het proces, waarbij al doende voortdurend nieuwe inzichten ontstaan, bepalend voor het verloop. Hierbij speelt vooral de stimulerende betrokkenheid van de hulpverlener een belangrijke rol.

*Willem drinkt al jaren alcohol en wil er mee stoppen. Het laatste jaar heeft hij twee keer een crisis meegemaakt waardoor hij is gaan zwerven. Hij wil dit niet langer. Hij is bij de verslavingszorg geweest maar Willem kon de intakeprocedure niet doorstaan. "Al dat gevraag en invullen van lijsten is niets voor mij. Bovendien kan ik zelf ook wel bedenken dat ik met drinken moet stoppen, hetgeen ze mij als voorwaarde stellen voor een ambulante behandeling". (Anders moet ik me laten opnemen)", aldus Willem. Willem krijgt op grond van deze ervaring een ander hulpverlener bij de verslavingszorg die hem vraagt wat hij wil. Willem weet het ook niet, maar hij wil steun en kunnen praten met een deskundig iemand. De hulpverlener geeft aan dat Willem welkom is en dat ze samen wel zullen zien wat er gebeurt. Er is een voorwaarde voor de hulpverlener: Als Willem gaat zwerven, zal de hulpverlener hem van straat pikken en ergens onderbrengen. En na vier gesprekken wil de hulpverlener van Willem weten of het werkt. Willem gaat vier gesprekken aan en zegt in de evaluatie: "ik heb veel aan je. Door mijn verhaal te vertellen en de opmerkingen die jij er vervolgens over maakt, krijg ik het gevoel dat je me serieus neemt. Dat helpt me om het drinken te laten want anders zou ik jou in de steek laten".*

### **3. Vertellen van ervaringen**

Over en weer vertellen van ervaringen door hulpverlener en de cliënt met de bedoeling dat de cliënt zich hier aan

kan spiegelen. Milton Erickson, een van de grondleggers van de hypnose vertelde cliënten vaak verhalen waar de cliënt zich in kan herkennen of zich aan kan spiegelen. De cliënt kan zich daardoor een beeld vormen over de eigen werkelijkheid en die toetsen aan het verhaal. In lotgenotenverhalen speelt dit ook: men vertelt elkaar verhalen en de ander kan er mee doen wat hij wil. Bij de hulpverlening speelt een andere dimensie mee: iemand helpen de eigen beelden en werkelijkheid te laten toetsen aan zijn eigen verhaal en aan de ervaring van de hulpverlener.

*Ans vertelt dat ze het leven niet meer ziet zitten nu haar man haar in de steek heeft gelaten. Ze wil het liefst een eind maken aan haar leven want ze voelt zich niet alleen depressief maar ook ontzettend radeloos. De hulpverlener vertelt Ans hierop een verhaal van een vriendin van haar die ook zo'n proces heeft doorgemaakt. De vriendin wilde niet langer leven. Ze kwam thuis te zitten want werken had geen zin meer. De hulpverlener ging elke avond naar haar toe en dan spraken ze enige tijd met elkaar over alles wat er was voorgevallen. Langzamerhand kreeg de vriendin haar eigen respect (beetje bij beetje) terug en besloot ze om er met anderen over te gaan praten en zich niet langer te verbergen. Ze kwam over haar schaamte heen, en kon toen de boosheid en verdriet onder ogen zien. Vervolgens begint Ans allerlei vragen te stellen aan de hulpverlener.*

### **4. Iteratief te werk gaan**

De optie die door Geert van der Laan in zijn oratie wordt genoemd is ook zinvol om uit te werken: kijken wat ervaren hulpverleners doen die iteratief te werk gaan. Zij werken vanuit deskundigheid en intuïtie en "pendelen daarbij tussen problemen formuleren en oplossen". Het is een handelingsgerichte variant waarbij vele goede dingen gebeuren die echter moeilijk onder woorden te

brengen zijn door de hulpverlener. Deze benadering vraagt nog om de nodige uitwerking bijvoorbeeld door goede praktijkvoering door met name verpleegkundigen te onderzoeken.

*Een hulpverlener die zich met zorgcoördinatie wil bezighouden, vertelde in de training hierover dat hij een oude man bezocht met wie hij maar niets verder kwam. De oude baas leefde in een vervuilde woning en zou fobisch zijn. Hij kwam de straat niet meer op en leefde totaal in zichzelf gekeerd. De hulpverlener kwam regelmatig langs en had het gevoel dat het contact belangrijk was. Helaas zonder resultaat volgens de hulpverlener, maar ergens voelde het goed. Op een gegeven moment had de hulpverlener zin in een visje en bracht er ook een mee voor de oude baas. De keer erop had de oude baas zelf een visje gekocht, want hij wilde iets terug doen!! (ondanks zijn fobie: hij had zich wel angstig gevoeld op straat, maar had tot zijn eigen verbazing ontdekt dat het wel ging). Vervolgens vertelde de hulpverlener tegen de oude baas dat hij zondags naar voetbalwedstrijden ging met zijn zoonje. De keer erop had de oude baas een stoffige radio uit de hoek gevist en luisterde hij niet alleen naar de voetbal, maar ook naar het nieuws. Ondanks al deze berichten vond de hulpverlener dat er maar niets gebeurde. De oude baas nam nog steeds geen medicatie en de woning was ook nog niet opgeknapt. Hierop werd hem voorgoedhouden dat "de fobiebehandeling geslaagd was en dat een wereld bij de oude baas de huiskamer was binnengekomen, waarmee de wereldvreemdheid werd behandeld". Zo had de hulpverlener er nog niet naar gekeken en was verbaasd over het door hem behaalde resultaat.*

Een ander mooi voorbeeld over iteratief werken mag u tot slot niet onthouden worden. Bij nauwkeurige ontleding zullen vele iteratieve en reflexieve

momenten aan te wijzen zijn.

e politie wordt gebeld over Saskia, een 33 jarige vrouw die thuis haar moeder heeft bedreigd met een mes. Saskia zou geheel overstuur zijn en is volgens moeder erg agressief. Moeder is het huis uit gevlucht. De politie gaat met vier mannen er op af, maar ze doet de deur niet open als ze ziet wie er voor de deur staan. De agenten worden boos en dreigen het huis binnen te gaan. Onverwacht duikt een oudere wijkagent op die vraagt wat er aan de hand is. De collega's schetsen de situatie en de wijkagent zegt tegen de collega's dat ze even achteruit moeten gaan. Hij bonkt op de deur en sommeert de cliënte de deur open te doen. Ze kijkt door het raam en roept: "Oh, Klaas ben jij het. Jij kunt binnenkomen maar die andere kerels blijven buiten". De wijkagent gaat naar binnen en zegt tegen Saskia, die nog steeds met het mes staat te zwaaien: "Wat ben je aan het doen met dat mes "

ik wil een brood snijden", antwoordt Saskia. De agent bedenkt zich niet en zegt: "wat zou jij er van vinden als ik met een mes tegenover je zou staan en sta te zwaaien" Saskia geeft aan dat ze dan wel bang zou zijn, maar bagatelliseert meteen haar gedrag. Weet je wat het met jou is, jij hebt last van agressie op verkeerde momenten, daar moet je iets aan doen" gaat de wijkagent verder. Saskia ontploft bijna en ontkent. De wijkagent zegt dat ze nu precies doet wat hij bedoeld en dat het niet kan. Hij wil haar wel helpen en weet wel een adresje waar dat kan. Voordat Saskia kans krijgt wederom te ontploffen zegt de wijkagent dat ze nu wel weer boos zal gaan worden maar dat het beter is om na te denken. Dan kun je er misschien iets van leren en ga je er iets aan doen.

ijf minuten later is de wijkagent met Saskia op weg naar de forensische psychiater met wie hij nauw samenwerkt. Hij zal bij het eerste en tweede gesprek aanwezig zijn. Saskia gaat de hulpverlening in.

### Slotbeschouwing

De psychiatrische hulpverlening en verslavingszorg hebben veel gedaan om (wetenschappelijke) kennis te genereren om nieuwe behandelmethoden te ontwikkelen. Ze zijn daar deels in geslaagd maar moeten in die ontwikkeling niet vergeten de cliënt een centralere plek te geven. Dat dreigt te gebeuren bij eenzijdige fasegerichte methodiek en centraal aangestuurde processen. De cliënt dreigt onder te sneeuwen in

organisatorische processen. De cliënt moet centraal staan en het overbrengen van kennis dient op een cliëntgerichtere manier te gebeuren. Zelfsturend lerend in de vorm van handelingsgericht leren, reflexief leren, iteratieve processen, het vertellen van verhalen en delen van ervaringen zijn belangrijke methodische werkvormen die helpen om de kennis aan te wenden waarbij de cliënt voorop staat. Zijn we toe aan een volgende stap in de evolutie van de psychiatrische hulpverlening?

---

### Literatuurlijst

- Baart, A (2001) *"Een theorie van de presentie"* Utrecht, Lemma
- Boevink, W. (2003) *"Het vernieuwingsgehalte van de Nederlandse psychiatrie"* Deviant juni 2003
- Hoogenboezem, G. (2003) *"Wonen in een verhaal, dak- en thuisloosheid als sociaal proces"* De Graaf
- Jenner, J.A. *"Opnamevoorkomende strategieën in de praktijk van de sociale psychiatrie"* Academisch Proefschrift, Dordrecht 1984
- Jong, M. de & Prij, R. (2003) *"Vraag en aanbod in-zicht" afstudeeronderzoek in kader MGZ-GGZ-opleiding Hanzehogeschool Groningen*
- Laan, G. v.d. (2002) *"Moderne technologie als metafoor"* oratie t.g.v. lectoraat Sociale Infrastructuur en technologie
- Lohuis, G., Schilperoord, R. en Schout, G. (2003) *"Van bemoei- naar groeizorg"* Groningen, Wolters Noordhoff
- Meij- De Leur, A.P.M. van der (1980) *Van olie en wijn- geschiedenis van verpleegkunde, geneeskunde en sociale zorg"* Amsterdam Elsevier
- Miller, R. & Rollnick, S. (1991) *Motivational interviewing; preparing people to change addictive behavior"* New York/ London: Guilford Press
- Schuyt, Th. N.M. & Steketee, M. (1998) *"Zorgethiek. Ruimte binnen regels"* Amsterdam SWP
- Sennett, R. (2003) *"Respect in een tijd van sociale ongelijkheid"* Amsterdam, Byblos
- Wetering, B.J.M. van de & Czyzewski, E.C.J.E. (2001) *"Het is tijd voor een paradigmaverschuiving in de verslavingszorg"* visiedocument Bouman Verslavingszorg Rotterdam