

DE THERAPEUTISCHE RELATIE VANDAAG

BROCHURE



Kunstwerk Alain Eisen - 'Kunsthuis Yellow Art'

Brochure met teksten en verslag
Tiende Studiedag Klinische psychotherapie

donderdag 4 december 2014

Walter Krikilion (red.)

De therapeutische relatie vandaag

Onder redactie van Walter Krikilion

Inleiding

Onder ruime belangstelling ging de tiende jaarlijkse Studiedag Klinische psychotherapie op 4 december 2014 door in het Cultuurcentrum de Werft in Geel. Het thema 'de therapeutische relatie vandaag' wist immers velen te boeien: zorgverleners uit diverse klinische disciplines, therapeuten, hulpverleners, leidinggevend en zorgcoördinatoren, beleidsmedewerkers, stafmedewerkers en docenten, belangstellenden in bredere zin.

De studiedag knoopte aan bij de thematiek van de eerste editie van de studiedag in 2005. Een decennium later werd gefocust op dit onderwerp vanuit de actuele GGZ-context en er werd ook gekeken naar ontwikkelingen en naar de accenten die intussen gelegd worden. Handvatten werden aangereikt, zowel voor de praktijk van therapie en zorg, als voor het zorgbeleid. Kernwoorden daarbij: kwaliteitsvolle zorg en veranderingsprocessen in de zorg, veranderende zorgorganisatie, interdisciplinaire samenwerking en zorgcircuits, behandelprotocollen en integratief perspectief, herstelondersteunende zorg en ervaringsdeskundigheid.

Deze brochure biedt een terugblik: aan de hand van verslaggeving, of, waar mogelijk, via citaten uit relevante publicaties van de sprekers, of aan de hand van toelichtingen bij of samenvattingen van de betreffende sessies of via extracten uit de betreffende presentaties.

De volgorde van de bijdragen sluit in grote mate aan bij de opbouw van de studiedag zelf. Eerst komen de plenaire sessies aan bod: de therapeutische relatie als centrale procesfactor in de context van het hersteldenken en zinzorg (dagvoorzitter Walter Krikilion, theoloog en psychotherapeut), zorg als product of als relatie? (Joris Vandenberghe, psychiater en psychotherapeut, UZ Leuven en UPC KU Leuven), een integratief perspectief op de therapeutische relatie bij cliënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen (Greet Vanaerschot, psychologe en psychotherapeute, Universiteit Antwerpen), 'zie de mens' – de vertrouwensrelatie in de zorg vanuit een pleidooi om anders te kijken (Manu Keirse, psycholoog en expert vroegtijdige zorgplanning en omgaan met verlies, KU Leuven).

Vervolgens komen de keuzesessies aan bod: cultuur van ongedwongenheid vanuit projecten rond anders omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen - succesfactoren en valkuilen (Riet Willems, verpleegkundig specialist OPZ Geel), de therapeutische relatie in bewegingstherapie bij ouderen met een psychische problematiek (Julie Raepsaet, bewegingstherapeute divisie Ouderen), wederkerigheid in de therapeutische relatie vanuit het perspectief van de ervaringsdeskundige (Katrien Rombouts, psychologe en psychotherapeute dagkliniek Volwassenen, in samenwerking met een groep ervaringsdeskundigen), de therapeutische relatie in de begeleiding van cliënten met een verstandelijke beperking – participeren? (An Broos en Vanessa Keersmaekers, verpleegkundigen PVT Salto 1), balanceren op de brug tussen palliatieve zorg en psychiatrie - vanuit de therapeutische relatie en de aandacht voor zingeving (Ilse Decorte, algemene arts divisie Ouderen en equipearts Ispahan).

Aansluitend bij deze Brochure kunnen de presentaties van de sessies verder geraadpleegd worden op de OPZ Geel-website: www.opzgeel.be (Nieuws & Agenda, Studiedag 2014, Presentaties).

De therapeutische relatie als centrale procesfactor in de context van het hersteldenken en zinzorg

Dr. Walter Krikilion, dagvoorzitter, psychotherapeut en theoloog, stafmedewerker patiëntenzorg, auteur van het boek "Geestelijke gezondheidszorg in het licht van zingeving en spiritualiteit" (Antwerpen/Apeldoorn: Garant, 2012).

In het programmaboekje werd Krikilions lezing als volgt omschreven: "De therapeutische relatie kan gezien worden als een fundamentele component van kwaliteitsvolle zorg en therapie en als een centrale factor in begeleidingsrelaties. Aansluitend kan gesteld worden dat de therapeutische relatie een inspirerende basis vormt voor het klinisch-therapeutisch werk en kan fungeren als kritische grondfilter bij de evaluatie ervan. Daarnaast is het van belang om de therapeutische relatie ook te zien als een specifieke procesfactor, die in het behandelprotocol en de therapeutische methodiek een plaats dient te krijgen, en die als zodanig zelf ook geëvalueerd en opgevolgd kan worden. In deze lezing wordt gefocust op de therapeutische relatie als centrale factor in begeleidingsrelaties. Verder wordt ingegaan op het procesbevorderend karakter ervan. Daarnaast worden de plaats en de functie ervan in het herstelgericht werken gethematiseerd. Hierbij wordt ingegaan op het thema van de wederkerigheid in de zorgrelatie. Aansluitend is er aandacht voor de betekenis die de therapeutische relatie kan krijgen in existentiële therapie en in zinzorg."



Uitgangspunten

Krikilion vertrok met betrekking tot de therapeutische relatie van een aantal uitgangspunten die aan de orde waren op de studiedag van 2005 en vandaag nog steeds gelden:

- Fundamentele component van kwaliteitsvolle therapie en zorg.
- Centrale factor in begeleidingsrelaties ('een als goed ervaren therapeutische relatie bevordert het groeiproces').
- Inspirerende basis voor het therapeutisch en klinisch werk, als een soort permanente inspiratiebron.
- Kritische filter wanneer we het therapeutisch-klinisch handelen evalueren.
- Specifieke procesfactor in het behandelprotocol en in de therapeutische methodiek; die kan opgevolgd worden via monitoring van het therapeutisch werk, en die kan geëvalueerd en bijgestuurd worden als specifieke factor (zie verder Hafkenscheid 2014).

De inspiratie van de zorgethiek van Tronto

In een eerste gedeelte werd gereflecteerd op de therapeutische relatie als centrale factor in begeleidingsrelaties vanuit het perspectief van de zorgethiek van Joan Tronto (zie voor een toelichting: Zorgnet Vlaanderen 2014). Eerst werden de kernthema's van deze zorgethiek aangehaald, met aansluitend de vijf fundamentele dimensies van de zorg en de vijf correlerende ethische kwaliteiten. Daarna werd het zorgethisch perspectief van Tronto toegepast op de therapeutische relatie.

De kernthema's van Tronto kunnen als volgt samengevat worden:

- Zorg moet een centraal thema vormen in samenleving en politiek.
- Zorg is per definitie een interactie tussen zorgverlener en zorgontvanger.
- Ieder van ons neemt in het leven wisselend of tegelijk beide rollen van verlener en ontvanger in de zorg op.

Centraal in haar denken staan vijf fundamentele elementen of dimensies van de zorg:

- Bezorgd-zijn of noden zien ('caring about').
- Zorg opnemen ('taking care of').
- Zorg verlenen op professionele wijze ('care-giving').
- Zorg ontvangen ('care-receiving').
- Zorgen met en voor elkaar in de samenleving ('care with each other').

De eerste vier dimensies worden beschreven in haar eerste boek (Tronto 1993; en ook in het essay Tronto 2012). De vijfde dimensie werd ontwikkeld in haar laatste boek (Tronto 2013).

De vijf dimensies worden op het niveau van ethische attitude aangevuld met de volgende correlerende kwaliteiten:

- Aandacht hebben voor echte noden ('attentiveness').
- Verantwoordelijkheid opnemen ('responsibility').
- Handelen vanuit deskundigheid ('competence').
- Nagaan of de geboden zorg effectief beantwoordt aan een echte nood en de juiste persoon bereikt ('responsiveness').
- Vertrouwen stellen in, respect hebben, goed communiceren (niveau van de samenleving).

In toepassing op de therapeutische relatie gaat het, geïnspireerd door het gedachtegoed van Tronto, volgens Krikilion om:

- 'Aandachtigheid' voor waar het echt om gaat en voor de echte vragen.
- Samen – therapeut en cliënt – verantwoordelijkheid opnemen.
- Deskundigheid van de therapeut én ook van de cliënt en de context (impliciete kennis over eigen traject).
- Nagaan of de therapeutische interventies werkzaam zijn en 'aankomen'.
- Door middel van het therapeutisch werk een bijdrage leveren aan een meer rechtvaardige en solidaire samenleving.

De therapeutische relatie en het hersteldenken

In een tweede gedeelte ging Krikilion nader in op het hersteldenken (Leys 2014), dat vandaag centraal staat in de geestelijke gezondheidszorg, en op het verband met de therapeutische relatie vanuit de klemtoon van het herstelgericht begeleiden op wederkerigheid en evenwaardigheid in de zorgrelatie.

Herstelgericht begeleiden faciliteert door de klemtoon op evenwaardigheid een zorgperspectief waarin de therapeutische relatie als vanzelf centraal komt te staan. Ook de klemtoon op de krachten en competenties van de cliënt draagt ertoe bij dat het in begeleiding en therapie vooral gaat om een coöperatief en relationeel proces waarin de cliënt als hoofdpersoon aan de slag gaat en de therapeut optreedt als een helpende coach en tochtgenoot.

Herstelgericht begeleiden vraagt van de zorgverleners een bepaalde professionele basisattitude (zie bijvoorbeeld Hendriksen-Favier e.a. 2010, 4). Hierin is het van belang dat men maximaal ruimte maakt voor het eigen verhaal van de cliënt, en dat men zich er op afstemt en er bij aansluit. Men stimuleert dat de cliënt de eigen krachten zo veel als mogelijk benut in het herstelproces, en dat hij of zij zelf de regie in handen neemt. Men erkent hierbij het belang van ervaringskennis en stimuleert de ontwikkeling ervan bij de persoon. Deze ervaringskennis primeert, en niet de professionaliteit van de zorgverlener en de gehanteerde behandelmethodiek. Men gebruikt de eigen professionele kennis daarom op een bescheidende en terughoudende wijze. Kennis, methodiek en referentiekader zijn eerder op de achtergrond aanwezig, als het ware 'in de rugzak'. Men put er uit ten bate van het verhaal en de ervaringskennis van de cliënt, en wel op een discrete manier. Men is bovenal aandachtig aanwezig en men stelt zich op als een supporter van de cliënt, die hem of haar inspirerend nabij is, en die hoop en optimisme uitstraalt.

Herstel, zinbeleving en wederkerigheid

In een derde gedeelte ging Krikilion nader in op de dimensie van zingeving binnen het herstelperspectief en op het belang van het creëren van een solidaire ruimte waarin men elkaar vanuit zinbeleving ondersteunt.

Binnen het herstelperspectief primeert de persoonlijke zinbeleving van de cliënt. In die zin is het belangrijk dat de persoon ruimte en erkenning krijgt bij het aanboren van de eigen krachtbronnen om nieuwe betekenissen te ontdekken; en dat hij of zij gestimuleerd wordt om te werken aan een nieuw levensdoel en om de eigen weg te vinden in het omgaan met existentiële, levensbeschouwelijke en spirituele vragen.

Door deze ruimere betekenisverlening en zinbeleving worden de beperkingen van de persoon gerelativeerd. De eigen psychische kwetsbaarheid wordt niet uitgewist, maar krijgt als vanzelf een nieuwe belichting, omdat ze gerelativeerd en meegenomen wordt in een nieuwe betekenisverlening. De persoon gaat niet langer gebukt onder het psychisch lijden, maar ervaart in de erkenning van de eigen competenties om nieuwe betekenissen en zin te ontdekken dat de eigen psychische kwetsbaarheid wel degelijk zin heeft, en dat het de moeite waard is om van hieruit als ervaringsdeskundige met anderen in gesprek te gaan (Krikilion 2015, 25-26).

Bij de zoektocht naar nieuwe betekenissen en een nieuw levensdoel, en naar antwoorden op existentiële, levensbeschouwelijke en spirituele vragen, neemt de persoon een actieve rol op. Geruggensteund door de presentie en het vertrouwen van anderen, kan de persoon daarbij ook competenties en vaardigheden verwerven. Hij of zij kan zo vanuit ervaringskennis anderen op hun levensweg ondersteunen.

Het opnemen van een actieve rol en het ondersteunen van anderen, gebeurt het best in een ruimte van gezamenlijk gedragen zorg, waarin cliënten en professionals partners zijn en waarin verbondenheid voelbaar is; in een solidaire ruimte waarin ieder zich lerend opstelt en waarin men op de eerste plaats partner is.

Zo is het belangrijk dat er tijd en ruimte gecreëerd wordt voor een 'samen' waarin cliënten onderling, en cliënten en zorgverleners met elkaar in gesprek gaan rond wat het leven zinvol maakt en rond wat op spiritueel vlak voeding en inspiratie geeft. Wederkerigheid en samen op weg gaan als tochtgenoten staan hierbij centraal. Hierbij kunnen er zich positiewisselingen voordoen. Zo kan het gebeuren dat de ene cliënt voor de andere een steunfiguur wordt bij het vinden van nieuwe betekenissen en van nieuwe levensdoelen. Zo kan het ook gebeuren dat de cliënt als 'deskundige' wat zinbeleving betreft aan een zorgverlener iets leert. We raken hier een belangrijke attitude bij de zorgverlener: met behoud van de professionele positie is het van belang om in de dialoog een houding aan te nemen als van iemand die ontvangend en lerend in het leven staat. (Krikilion 2015, 26)

In deze context van herstel, het vinden van nieuwe betekenissen op de eigen levensweg en het opnemen van een actieve rol ten bate van anderen, stelt de zorgprofessional zich bij voorkeur op als een tochtgenoot of reisgezel, die:

- in de relatie de weg van de cliënt centraal stelt en hem of haar aandachtig en ontvankelijk bejegt;
- hem of haar als partner in therapie en zorg ziet;
- bereid is om voortdurend zelf te groeien als persoon;
- op positieve wijze de eigen kwetsbaarheid erkent;
- erkent van cliënten iets te kunnen leren over het leven;
- erkent te kunnen groeien en zich te ontwikkelen als mens en zorgprofessional in het wederkerig therapeutisch contact met cliënten.

Literatuur

- Hafkenscheid, A. (2014). *De therapeutische relatie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hendriksen-Favier, A., S. van Rooijen & A.-M. Rijkaart (2010). *Handreiking ROPI. Recovery Oriented Practices Index. Index voor een herstelgerichte ggz*. Project Herstel & Burgerschap. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Krikilion, W. (2015). *Zinzorg als meerwaarde bij herstel*, in *Psychiatrie en Verpleging* 91 (3), 20-27.
- Leys, J. (2014). *Het herstelconcept*, in *Psychiatrie en Verpleging* 90 (6), 4-15.
- Tronto, J. (1993). *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.
- Tronto, J. (2012). *Le risque ou le 'care'?* Paris: Presses Universitaires de France.
- Tronto, J. (2013). *Caring democracy: markets, equality, and justice*. New York/London: New York University Press.
- Zorgnet Vlaanderen (2014). *Ethisch Advies 17: Waardegedreven ondernemen in de zorg*.

Zorg als product of zorg als relatie?

Prof. dr. Joris Vandenberghe, psychiater en psychotherapeut, UZ Leuven en UPC KU Leuven, docent Faculteit Geneeskunde KU Leuven, bestuurslid VVP (Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie).

In het programmaboekje werd de lezing van Vandenberghe als volgt omschreven: “Een aantal GGZ-ontwikkelingen van het afgelopen decennium veranderen onvermijdelijk de therapeutische relatie, zoals: een toenemende focus op het evidence-based behandelen en op het gebruik van behandelprotocollen, het groeiende belang van specialisatie, interdisciplinaire samenwerking en zorgcircuits, en de klemtoon op transparantie, kwaliteitscontrole en verantwoording.



In deze lezing worden de genoemde ontwikkelingen belicht vanuit het perspectief van de therapeutische relatie. Aan bod komen daarbij: bedreigingen, valkuilen, en verder kansen en uitdagingen, die vertaald worden in handvatten voor zorgprofessionals en therapeuten.

De therapeutische relatie wordt hierbij gezien als een fundamentele component van kwaliteitsvolle zorg. Dit impliceert dat beleid, zorgorganisatie en managementmodellen voor implementatie aan een ‘relatietoets’ zouden moeten worden onderworpen: wat is de impact ervan op de zorgrelatie? De antwoorden op deze vraag bepalen mee of en hoe eventuele veranderingen zinvol en effectief zijn.

In de analyse van de trends wordt specifiek ingegaan op 1) de wijze waarop het toenemende beheersings- en maakbaarheidsdenken de therapeutische relatie onder een bepaalde druk zet; en op 2) de gevolgen van een veranderende zorgorganisatie voor de therapeutische relatie. Hierbij komen aan bod: het onderscheid tussen continuïteit van zorg en continuïteit van zorgrelatie, de impact van de focus op ketenzorg en zorgcircuits, en de impact van een toenemende specialisatie en differentiatie bij de zorgprofessionals.”

In zijn lezing bracht Vandenberghe een distictie aan tussen de kenmerken van ‘zorg als product’ en de kwaliteiten van ‘zorg als relatie’. Bij zorg als product gaat om: zorg op de dienstenmarkt, zorg als een geheel van meetbare, beheersbare activiteiten, en zorg als een gegeven dat zich laat optimaliseren door instrumenten die in de productiesector tot succes leiden (zoals managementdenken, marktwerking, kwaliteitscontrole). De neiging om zorg als product te bekijken, wordt ook in de hand gewerkt door actuele tendensen in de samenleving, zoals de groeiende juridisering van de zorg, de maatschappelijke klemtoon op transparantie en externe verantwoording, en de klemtoon op veiligheid en efficiëntie in de zorg.

Bij zorg als relatie gaat het op de eerste plaats om aandacht geven, empathie, tijd maken, betrokkenheid, engagement, authentiek contact, en het engagement om mensen in hun lijden te willen ontmoeten. Het gaat om kwaliteiten die minder gemakkelijk te meten zijn en die in die zin, ofschoon ze betrekking hebben op essentiële kenmerken van de zorg, niet relevant zijn voor de logica van de kwaliteitscontrole.

Vandenberghe werkte zijn lezing uit aan de hand van een kritische analyse van een accreditatietraject. Als ‘ervaringsdeskundige’ (in het UPC KU Leuven) kon hij daarbij gebruik maken van zijn eigen bevindingen over wat een dergelijk accreditatietraject met zich meebrengt in een ziekenhuis. Na het aangeven van enkele positieve elementen, zoals het gegeven dat zo’n traject een zelfkritische dynamiek op gang brengt en de interne discussie stimuleert, of ook dat het bijdraagt tot een cultuurverandering inzake patiëntveiligheid, ging hij in op de eerder negatieve impact van zo’n traject. Hij wees op de fundamentele modelincongruentie tussen het relationele zorgmodel van de klinici en het kwaliteitscontrolemodel van externe processpecialisten. Zo is er in een dergelijke externe controlelogica weinig of geen oog voor de logica van het therapeutisch contact, waarin bijvoorbeeld niet altijd oplossingen en antwoorden op vragen gevonden worden en waarin het eerder gaat om presentie en samen zoeken naar zin en betekenis.

Vandenberghe wees er ook op dat de dominante klemtoon op veiligheid en controle bij artsen en andere klinici leidt tot een spanningsveld inzake verantwoordelijkheid. Vanuit klinisch-therapeutisch oogpunt is men namelijk geneigd om mensen aan te spreken op hun vrijheid en verantwoordelijkheid en om daarbij verantwoorde risico’s te nemen. Vaak heeft dat ook te maken met het durven vertrouwen op de eigen intuïtie en ervaringskennis als arts. Het geprotocolleerd behandelen staat dit echter in de

weg. Zo ontstaat er een vervreemding in het therapeutisch contact en gaan er kansen verloren.

Tegen de achtergrond van zijn kritische analyse van externe kwaliteitscontrole en van systemen als accreditatie, hield Vandenberghe een pleidooi voor een waardegedreven kwaliteitsbeleid. In zo'n benadering van kwaliteit gaat het volgens hem om:

- de fundamentele keuze voor zorgethiek;
- het centraal stellen van de zorgrelatie;
- aansluitend de noodzaak van een 'relatietoets' bij de implementatie van nieuwe modellen en systemen in de zorg;
- een dialoog tussen zorgverleners, patiënten, management en ethici;
- een dynamisch gebeuren (in plaats van een gestandaardiseerd traject);
- het erkennen van de niet-meetbare aspecten van de zorg (zoals bijvoorbeeld vertrouwen, loyaliteit, authenticiteit, creativiteit);
- het appelleren van medewerkers op hun persoonlijke verantwoordelijkheid inzake zingeving en ethiek.

De therapeutische relatie in de begeleiding van cliënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen vanuit een integratief perspectief

Prof. dr. Greet Vanaerschot, klinisch psychologe en psychotherapeute, gastprofessor en coördinator van de postgraduaatopleidingen psychotherapie aan de Universiteit Antwerpen, hoofddocente in de opleiding Psychotherapie aan Rino (Utrecht), opleider en supervisor VVCEPC, en werkzaam in therapiecentrum Anthos (Erps-Kwerps).

In het programmaboekje werd de lezing van Vanaerschot als volgt omschreven: "In de loop van de afgelopen decennia zijn tal van vormen van psychotherapie voor ernstige persoonlijkheidsstoornissen ontwikkeld, geprotocolleerd en onderzocht op effectiviteit. Deze geprotocolleerde psychotherapieën vertonen duidelijke verschillen, maar ook grote overeenkomsten. In plaats van een focus op een onderlinge 'rat race' rondom het meest fortuinlijke behandelresultaat, lijkt het productiever om te focussen op 'common factors'.



Het belang van de therapeutische relatie als context en middel tot therapeutische verandering en persoonlijke groei wordt meer en meer erkend in de verschillende psychotherapeutische behandelvormen voor patiënten met een (borderline) persoonlijkheidsstoornis. De kenmerken van een helende therapeutische relatie bij deze patiënten met vroegkinderlijke relationele kwetsuren worden geëxpliciteerd, en de cruciale betekenis van het bewaken en hanteren van de therapeutische relatie voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis wordt verduidelijkt. Het empathisch begrijpen van de fenomenologische wereld van de patiënt in combinatie met proceskennis rond borderline belevingsprocessen zijn leidraad voor de keuze van de relationele belevingsfaciliterende interventies."

Voor het geheel van deze lezing, de gedetailleerde uitwerking van de diverse onderdelen en de bijhorende literatuur verwijzen we graag naar de presentatie zoals ze te vinden is op de OPZ Geel-website (www.opzgeel.be (Nieuws & Agenda, Studiedag 2014, Presentaties)). In dit verslag spitsen we ons toe op een aantal fundamentele klemtonen en reflecties van Vanaerschot in haar lezing. We selecteren er enkele uit en brengen ze hier kort en samenvattend in dit verslag van de lezing:

1. Psychotherapie is bij de begeleiding van cliënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen de preferentiële behandelvorm.
2. Bij de bewezen effectieve behandelmethoden gaat het om: Dialectische Gedragstherapie, Mentalisation based therapy, Transference focused therapy, Schemagerichte therapie, en STEPPS (Systems Training Emotional Predictability Problem Solving).
3. Het is aangewezen om de verschillen tussen de diverse geprotocolleerde psychotherapieën voor de begeleiding van deze cliënten niet te beklemtonen, maar eerder te kijken naar wat ze qua effectiviteit gemeenschappelijk hebben.
4. Bij de gemeenschappelijke kenmerken van een geslaagde therapeutische behandeling gaat het om:
 - *Structuur*: duidelijk 'framework' met afspraken qua planning, en met afspraken op gedragsniveau over crisisbehandling en risicovol gedrag; geëxpliciteerd behandelgoal; de therapeut is actief en emotioneel en mentaal geëngageerd.
 - *Focus op emotie*: met empathie ervaringen bespreken, verdiepen en benoemen; ervaringen in de sessies bespreken en oproepen; leren affecten te tolereren.
 - *Focus op therapeutische relatie*: gedachten, emoties en gedrag tegenover de therapeut kunnen bespreken; de therapeutische relatie kunnen duiden als de herhaling van een oud patroon, en een nieuwe helende relatie tussen twee samenwerkende individuen realiseren; de therapeut gebruikt eigen emoties en gedachten over het contact; de therapeut stelt zich op als een reële persoon.
 - *Veranderingsgerichte interventies*: gebruik maken van interne of externe gebeurtenissen en gegevens om het gedrag te versterken of te onderdrukken; het uitdagen van 'self defeating thoughts' (gedachten waarmee men zichzelf verwerpt); motiveringstechnieken.
 - *Explorerende interventies*: herkennen van patronen in gedachten, emoties en gedrag;

bewuster maken van vermeden en verdrongen emoties en gedachten; herkennen van het verband tussen (actuele) problemen en (lang bestaande) patronen van gedachten, gedragingen en relatievormen.

5. De therapeutische relatie is een weg naar intrapsychische en interpersoonlijke heling. Bij cliënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen is het echter niet vanzelfsprekend om het werken ermee vol te houden, omdat deze cliënten vanuit hun levensgeschiedenis vaak te kampen hebben met relationele trauma's (vanwege openlijke vormen van mishandeling, of verdoken vormen zoals emotionele verwaarlozing, of chronisch niet-afgestemde interacties tussen kind en verzorger). Vaak hebben deze cliënten mede hierdoor een 'fragiel zelf', dat overspoelende emoties niet kan containen, en hebben ze een beschadigd interpersoonlijk relationeel leven.
6. De therapeutische relatie kan, ook al is het niet vanzelfsprekend, juist bij deze mensen met relationele trauma's en een fragiel zelf een belangrijk medium vormen om de intrapsychische wereld te reguleren en om wat beschadigd is qua hechting en in het relationele leven te bewerken.
7. Concreet kan vanuit de therapeutische relatie gewerkt worden met een empathische afstemming op de belevingsinhoud (standpunt van de cliënt en dat van de therapeut), op de belevingswijze (standpunt van de cliënt en dat van de therapeut), en op de wijze van 'zijn met elkaar'.
8. Bij het cliëntstandpunt gaat het om het fragiele proces, waardoor het moeilijk is om de eigen beleving te contacteren als een betekenisvolle emotie en waardoor men een verstoorde emotieregulatie heeft. Er kan hierbij een onderscheid gemaakt worden tussen een fragiel proces van hoge intensiteit en een fragiel proces van lage intensiteit. Bij hoge intensiteit gaat het bijvoorbeeld om het ontbreken van ruimte voor de beleving van anderen, om de angst dat de andere de eigen beleving zou vervormen of vernietigen, en om de permanente nood aan bevestiging door anderen in de juistheid van de eigen beleving. Bij lage intensiteit gaat het bijvoorbeeld om de angst dat het begrijpen van de ander zou leiden tot het kwijtspelen van de eigen beleving. Globaal kan gesteld worden dat de relatie met anderen als een strijdtafereel beleefd wordt, waarbij het gaat om de beveiliging van het eigen innerlijk leven.
9. Bij het therapeutstandpunt gaat het onder andere om het acceptierend-validerend aanwezig-zijn om de authenticiteit in het aangeven van de eigen grenzen en deze van de relatie, om het emotieregulerend aanwezig-zijn en om het faciliteren van het gaandeweg op het spoor komen van de affectieve betekenis van emoties. Dat laatste is erop gericht om te komen tot een gevoelde betekenis en om te komen tot een beter contact met de eigen beleving.
10. Op het niveau van het 'zijn met elkaar' gaat het er om dat men leert omgaan met overspoelende en moeilijk te verdragen emoties; en dat men deze emoties leert zien als een 'interpersoonlijk appel' waarin kansen liggen om met de hulp van de therapeut te ervaren dat men in het contact de eigen beleving niet hoeft te verliezen. Gaandeweg kan men hierdoor een groeiproces doormaken waarin men herstelt van de relationele trauma's, relatiebreuken en afstemmingsbreuken uit het verleden en waarin men zelf de overspoelende emoties ervan kan reguleren.

‘Zie de mens’ – de vertrouwensrelatie in de zorg vanuit een pleidooi om anders te kijken

Prof. dr. Manu Keirse, klinisch psycholoog en doctor in de medische wetenschappen, emeritus-hoogleraar Faculteit Geneeskunde KU Leuven, gezinspolitiek secretaris van de Gezinsbond, expert vroegtijdige zorgplanning, omgaan met verlies, en patiëntenrechten.

In het programmaboekje werd de lezing van Keirse als volgt omschreven: “In deze plenaire slotlezing staat het perspectief van de bredere samenleving centraal. Van hieruit wordt het thema van ‘de vertrouwensrelatie in de zorg’ belicht en worden een aantal actuele maatschappelijk-culturele ontwikkelingen onder de aandacht gebracht. De centrale vraag is daarbij: hoe de vertrouwensrelatie in deze context gestalte geven? welke handvatten en richtingwijzers kunnen we hierbij best gebruiken?”



Onze maatschappij staat steeds meer in het teken van winst. Technologische vernieuwingen zorgen voor meer efficiëntie, werknemers heten tegenwoordig ‘fulltime equivalents’ en in de zorgsector worden mensen al te vaak herleid tot ‘patiënten’. Maar door het opsplitsen van taken en verantwoordelijkheden heeft niemand nog zicht op het volledige plaatje, en voelen steeds meer mensen zich onbegrepen.

In deze bijdrage wordt een opvallende oproep gedaan om de verregaande fragmentatie in onze maatschappij een halt toe te roepen. Het is niet omdat je kijkt dat je ook werkelijk ziet. Het betreft een pleidooi om op een andere manier te leren kijken, een manier die de waarde en de waardigheid van mensen centraal stelt. Immers, pas als we dat doen, kunnen we waarachtig met elkaar omgaan. En dat is misschien wel de echte uitdaging als je zorg wilt dragen voor mensen.”

Bij de uitwerking van zijn lezing koos Keirse ervoor om zijn reflecties te illustreren via citaten uit een recent gepubliceerd boek van zijn hand, namelijk “*Zie de mens: pleidooi om anders naar elkaar te kijken*” (Tielt: Lannoo, 2014). Graag halen we uit dit boek een aantal representatieve tekstcitaten aan.

“Het is verleidelijk een positie te kiezen die veiligheid, structuur en macht biedt. Maar als je er echt wilt zijn voor mensen die zijn geknakt in hun vertrouwen, voor mensen die hun veilige wereld hebben moeten achterlaten en die het gevoel hebben niets of niemand meer te zijn in de ogen van anderen, dan vraagt dat juist om verkleining van de afstand. Als ik patiënten uitnodigde voor een gesprek of onderzoek, stelde ik me niet voor als de psycholoog, wat toen voor mensen geen vertrouwd begrip was, maar als iemand die in het ziekenhuis was aangesteld om met hen uit te zoeken wat dit psychisch ziek-zijn met hun leven deed, hoe dit drukte op hun gezin en hun familie, en hoe dit hun werksituatie bemoeilijkte. Ik legde uit dat ik samen met hen wilde zoeken naar verlichting van hun pijn en naar nieuw perspectief in hun leven en hun relaties.

Door je met veel geduld en op professionele wijze af te stemmen op mensen die in de knel zitten, worden ze meteen weer iemand in de ogen van een ander. Voor mensen die soms al geruime tijd niemand meer zien of in hun psychische ontredde niemand meer durven vertrouwen, maakt dit een groot verschil. Er groeit openheid en vertrouwen omdat ze zich erkend en gewaardeerd voelen. Iemand ziet hen staan.” (9)

“Je wijze van kijken, of je werkelijk ziet, kan iets fundamenteels veranderen aan je leven, aan je relaties, aan het samenwerkingsklimaat in organisaties. Het kan iets doen aan het ziekteverzuim. De ‘winst van zien’ is een verbetering van de kwaliteit van relaties met collega’s, medewerkers, leerlingen of studenten.” (11)

“Het vraagt een welbepaalde manier van kijken, welbepaalde attitudes die de waarde en de waardigheid van mensen centraal stellen, niet om wat ze hebben of om wat ze kunnen, maar om wat ze zijn en betekenen.” (17-18)

“Je kunt een compassievolle levenshouding ontwikkelen door te leren zien. Zien leidt ertoe dat je bewogen wordt. En dat kan maken dat mensen in beweging komen. Het is een drieslag: zien - bewogen worden - in beweging komen. ...

Ik probeer dit proces, dat leidt van zien naar bewogen worden, en dat er uiteindelijk toe leidt dat je in beweging komt, op gang te brengen door te leren kijken vanuit drie dimensies. De eerste dimensie is de horizontale, waarbij je niet alleen iemand bekijkt in het nu (het heden), maar je ook de vraag stelt vanwaar hij komt (het verleden) en waar hij naartoe onderweg is (de toekomst). De tweede dimensie is de verticale dimensie. Het gaat hier om kijken in de diepte en vanuit de hoogte. En de derde dimensie is kijken vanaf de buitenkant naar de binnenkant." (26-27)

"Je kunt het leven alleen maar goed zien als je de drie pijlers waarop de levensbrug rust – verleden, heden en toekomst – alle drie in kaart brengt. Vanwaar kom je, waar sta je nu, en waar ga je heen? Wanneer je één pijler verwaarloost, heeft de brug niet voldoende draagvlak. Zonder geschiedenis valt het heden niet te begrijpen. Zonder wortels gaan planten dood. Zonder geschiedkundige basis heeft een toekomstvisie geen wortels en is ze gedoemd om te mislukken." (32-33)

"De tweede dimensie is de verticale, waarin je vanuit de hoogte kijkt om iets te zien in zijn onderlinge verbondenheid en in de diepte om ook de wereld te zien die onder de waterspiegel verborgen blijft. De derde dimensie is van de buitenkant naar de binnenkant, waarbij je niet alleen stilstaat bij wat je beroert in de uiterlijke wereld, maar ook voelt hoe het je binnenkant raakt." (29)

"Zien in de diepte betekent het zien van de diepere lagen, de drijfveren. Je moet ervan uitgaan dat in mensen en organisaties onder de oppervlakte een grote verscheidenheid aan motieven en emoties kan leven. Je hoort en ziet ze niet onmiddellijk. Het vraagt moed en vaardigheid om in de diepte te durven kijken. Maar als je die moeite doet, kan het zijn dat je een heel andere leefwereld ontdekt. Je kunt voelen wat mensen echt bezielt, wat hen bezighoudt en waardoor ze worden gedreven. Als je emoties en motieven vanuit die verborgen onderstroom naar boven kunt halen, kun je het onbesprokene bespreekbaar maken. Zo kun je aan een gebeuren betekenis geven." (101)

"Momenten van innerlijke stilte zijn essentieel om goed te kunnen zien. Als je die momenten niet toelaat, verlies je het contact met jezelf. Wanneer je het contact met jezelf verliest, verlies je jezelf in de wereld." (161)

"Het gaat soms om het zien van iets wat 'onzegbaar' is. Daarvoor zijn momenten van stilte belangrijk, maar je moet ook blijven proberen het te verwoorden. Wat nooit besproken wordt, kent uiteindelijk geen bestaan. In existentiële situaties, in peilloos verdriet, maar ook in opperste vreugde ontbreekt het mensen vaak aan relevante, betekenisvolle taal." (181)

"Het kan je helpen om meer te zien en dat beter te verwoorden als je een aantal principes voor ogen houdt. ... Je kunt daarmee het positieve accentueren en het negatieve uit je leven elimineren." (182)
Opgesomd gaat het om de volgende principes:

- Zie in het perspectief van de tijd (182-183).
- Je kunt kiezen (183-184).
- Je bent een deel van een groter geheel (184).
- Geef toe dat je fouten maakt (185).
- Respecteer terechte autoriteit, rebelleer tegen onterechte autoriteit (186).
- Streef naar acceptatie, maar niet ten koste van je onafhankelijkheid (186-187).
- Jezelf zijn is het beste wat je kunt zijn (187-188).
- Houd contact met je innerlijk (188).
- Keer af en toe terug naar de plek waar je echt gelukkig was (188-190).

Cultuur van ongedwongenheid vanuit projecten rond anders omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen - succesfactoren en valkuilen

Riet Willems, master in de verpleegkunde en in de vroedkunde, verpleegkundig specialist OPZ Geel.

Voor het programmaboekje werd deze keuzesessie als volgt omschreven: "De GGZ is voortdurend in beweging. Thema's als patientempowerment, patiëntenparticipatie, familieparticipatie, vermaatschappelijking van zorg, patiëntveiligheid, accreditering, ..., kregen in het afgelopen decennium meer en meer vorm. Dergelijke veranderingen starten overwegend vanuit structurele wijzigingen en doorgaans wordt er minder aandacht besteed aan een verandering van de cultuur. Nochtans is een cultuurwijziging noodzakelijk om de gewenste veranderingen te borgen en te integreren in het zorgaanbod.



In deze keuzesessie gaan we vanuit twee projecten in het OPZ Geel, op zoek naar de kritische succesfactoren van veranderingsprocessen in de zorg. Het gaat om de volgende projecten: 'Zorg voor ongedwongenheid' (2009) en 'Zorgzaam loslaten' (2014); twee projecten in het kader van de reductie van vrijheidsbeperkende maatregelen. De therapeutische relatie bleek telkens een cruciaal aspect te zijn. We schetsen enerzijds onze ervaringen rond deze cultuurwijziging, en anderzijds gaan we aan de hand van standpunten omtrent cultuurverandering een groepsdiscussie aan."

In deze bijdrage werd er eerst aangegeven dat de focus op cultuurverandering belangrijk is in een context waarin diverse nieuwe tendensen zich het afgelopen decennium hebben aangediend. Het gaat om een complexiteit van nieuwe tendensen. Concreet betreft het: herstel, empowerment, participatie, vermaatschappelijking, kwaliteitsdenken, dwang & drang, accreditatie, outcomemonitoring, patiëntveiligheid. Cultuurverandering is belangrijk omdat eenmalige structurele interventies in een dergelijke context niet bijdragen aan meer gedragenheid en aan borging. Cultuurverandering beoogt een meer fundamentele wijziging van denken en handelen, en voltrekt zich op diverse niveaus. Dat vraagt om de nodige tijd voor implementatie en integratie, en om een beleidsplan en een gefaseerd actieplan waarmee doelgericht gewerkt wordt aan een implementatie op diverse niveaus. Daarbij is het van belang dat er een goede afstemming is tussen het denken (inhoud), het handelen (gedrag en aanpak) en de structuur (inbedding in de organisatie op verschillende niveaus).

Vanuit het beleidsplan rond 'Zorg voor ongedwongenheid' werd aandacht gegeven aan een aantal specifieke items en aan de initiatieven op diverse niveaus:

- *Creëren van draagvlak*: afstemming op verschillende niveaus en bij diverse disciplines; communicatie via affiches en een artikel in het personeelsblad; een symposium; referentiepersonen (aanpassing van naam en inzake inhoud); doelstellingen in de functie van de verpleegkundig specialist.
- *Gebruik van beleidsinformatie*: opvolging van indicatoren; terugkoppeling aan de teamcoördinatoren.
- *De therapeutische relatie*: gesprekstechnieken; crisisontwikkelingsmodel; aanwezigheid en toegankelijkheid; afdelingsregels.
- *Preventie van agressie en/of crisis*: vroegsignalering, risico-assessment, anamnese, signaleringsplan, therapie in functie van stressreductie.
- *Nabespreking afzondering en fixatie*: procedure, vragen als houvast, vast item in het EPD (electronisch patiëntendossier).
- *Comfortroom*: installatie van acht comfortrooms; werkbezoek met de eerste afdeling; oprichting werkgroep.
- *Onderzoek naar moment van opname*: in vraag stellen van geldende afspraken; wetenschappelijk onderzoek naar opnamemoment en naar beslissing inzake vrijheidsbeperkende maatregelen.
- *Procedure afzondering*.

Het project 'Zorgzaam loslaten' werd opgestart vanuit noden zoals ze zich vanuit de praktijk aandienen, met als slagzin 'we gaan het anders aanpakken'.

In de keuzesessie ging het aangaande dit project om de volgende items:

- *Vorbereiding van het actieplan*: rondgang op de afdelingen; literatuurstudie (wetgeving, evidentie, klinische expertise); metingen (prevalentie, attitude, kennis).
- *Visie*: 'Waar gaan en staan we voor?'; expliciet onderschrijven door de directie; visualisatie; vertaling naar de praktijk in sessies voor personeel; artikel in personeelsblad.
- *Procedure*: start met uitwerking van visie; expliciet verbod inzake 1-puntsfixatie & gesloten kamerdeur, inclusief methodiek overleg in team; vertaling naar praktijk tijdens sessies.
- *Logo en slogan*: teasers, uitnodigingen, visualisatie van visie, badges, stickers, tassen.
- *Interactieve sessies*: filmpjes met hulpverleners, directie, patiënten en familie; 'wistje-datjes' in plaats van cijfers; stappenplan; inleefoefening; opleiding logistiek medewerkers.
- *Alternatieven*: valmatten; extra-lage bedden; aankoop elektronische alternatieven; samenwerking met de technische dienst.
- *Consultfunctie*: experts zijn beschikbaar op vraag van het team, samen analyseren van situatie en zoeken naar gepaste aanpak, op basis van eenvoudige systematiek.
- *Nameting*: prevalentie-meting; onderzoek naar attitude en kennis van alternatieven.

Volgende items kunnen tot slot als succesfactoren opgesomd worden:

- Vroegtijdig betrekken van de directe zorgverleners.
- Streven naar een congruente aanpak van verschillende disciplines (medisch, paramedisch, verpleegkundig; ondersteunende diensten).
- Rekening houden met gelaagdheid van cultuur en met diverse niveaus bij complexe zorgveranderingen.
- Tijd geven; erkennen van dynamisch karakter van proces; ook acties plannen die niet 'af te vinken' zijn.
- 'Oordeelsvrije houding' ten aanzien van de directe zorgverleners, met aandacht voor knelpunten, en uitgaan van goede intenties.

De therapeutische relatie in bewegingstherapie bij ouderen met een psychische problematiek

Julie Raepsaet, master in de revalidatiewetenschappen en kinesitherapie, specialisatie psychomotorische therapie, bewegingstherapeute divisie Ouderen OPZ Geel.

In het programmaboekje werd deze workshop als volgt omschreven: “Psychomotorische therapie is een ervaringsgerichte therapie waarin het lichaam en het bewegen centraal staan. Via lichamelijke en beweging pogen we positieve veranderingen teweeg te brengen zowel op het motorische als op het cognitieve en sociaal-affectieve vlak.

Ouder worden gaat gepaard met verlies op deze drie domeinen. Zowel motorische vaardigheden zoals lenigheid, coördinatie, evenwicht, kracht,..., evenals cognitieve vaardigheden (vergeetachtigheid, depressie, moeilijk kunnen plannen ...) en sociaal-affectieve vaardigheden (uiting van emoties, sociale isolatie ...) verminderen. Daarnaast zijn er ook omgevings-

en andere factoren die een rol spelen bij de coping met het ouder worden.

Ouderen met psychische problemen hebben naast het normale ouderdomsproces ook te maken met symptomen gerelateerd aan de psychische problematiek, zoals bijvoorbeeld angst, depressie, passiviteit ..., waardoor ze in een neerwaartse spiraal kunnen terecht komen.

Via psychomotorische therapie leren we mensen om te gaan met het ouder worden. We pogen de ouderen te activeren, te resocialiseren en het affectief functioneren te bevorderen; dit met het oog op het faciliteren van een opwaartse spiraal.

Om daarbij een goede therapeutische relatie aan te gaan, is het belangrijk de leefwereld van de ouderen te kennen. Aansluitend kan een goede therapeutische relatie een ruimte zijn waarin veranderingen in therapie mogelijk worden.

Tijdens deze workshop, waarin ook interactieve momenten voorzien worden, richten we ons vooral op het motiveren tot beweging en op het aangaan van een therapeutische relatie bij ouderen met een psychische problematiek.”



Binnen de psychomotorische therapie of bewegingstherapie staan het lichaam en bewegen centraal. Via bewegingssituaties proberen we symptomen van het psychisch disfunctioneren te verminderen of zelfs op te heffen. Tijdens de bewegingstherapie bij ouderen met een psychische problematiek richten we ons vooral op re-activatie, maar ook op coping met het ouder worden, zicht op eigen competenties en sociale contacten.

Vroeger moesten de mensen gaan jagen om eten op hun bord te krijgen en trokken de mensen van nederzetting tot nederzetting om handel te drijven. In vergelijking hiermee heeft de komst van de technologie ervoor gezorgd dat we vandaag weinig gestimuleerd worden om te bewegen.

Fysieke inactiviteit verhoogt niet alleen het risico op hart- en vaatziekten, diabetestype 2, osteoporose, borst- en darmkankers, obesitas, musculoskeletale aandoeningen, maar ook psychische aandoeningen, zoals depressie, angststoornissen en andere psychiatrische stoornissen worden erdoor in de hand gewerkt. Fysieke inactiviteit doet de morbiditeit toenemen.

Omgekeerd heeft fysieke activiteit zowel een preventieve als een curatieve functie. Enerzijds bevordert ze de levenskwaliteit (minder afhankelijkheid door mobiel te blijven), de fysieke gezondheid en fitheid (beweging zorgt voor een gunstig effect op het gewicht, de ademhaling, de bloeddruk, de hartspiersterkte en de darmfuncties). Anderzijds doet fysieke activiteit bepaalde symptomen van de psychische problemen, zoals vermoeidheid, een laag zelfbeeld, afnemen. Tijdens het bewegen komen er stoffen vrij in de hersenen, namelijk endorfines, die een gevoel van welbehagen geven.

Ouder worden gaat gepaard met veranderingen op motorisch, cognitief en sociaal-affectief vlak.

Op motorisch vlak zien we verlies van spiermassa en spierkracht, een verminderd uithoudingsvermogen, een afname van coördinatie en van balans met een verhoogd valrisico als gevolg.

Cognitieve en sociaal-affectieve veranderingen die met ouder worden gepaard gaan, zijn bijvoorbeeld: vergeetachtigheid, moeilijk kunnen plannen, verminderde aandacht, moeilijk kunnen uiten van

emoties, sociale isolatie, rouwen ... Daarnaast zijn er ook omgevings- en andere factoren die een rol spelen bij de coping met het ouder worden. De cognitieve achteruitgang en de beperkende gevolgen die ermee gepaard gaan in het dagelijks functioneren, vragen bij de persoon en ook bij de omgeving om een emotionele aanpassing.

Het omgaan met ouder worden, het handhaven van een emotioneel evenwicht, het behouden van een positief zelfbeeld en het voorbereiden op een onzekere toekomst zijn belangrijke aangrijpingspunten tijdens de behandeling.

Uit onderzoek blijkt dat meer dan 80% van de Vlaamse ouderen sedentair leeft. Ouderen creëren nog al eens obstakels die de deelname aan fysieke activiteiten belemmeren, zoals bijvoorbeeld: 'ik ben te oud', 'ik heb geen tijd', 'ik heb vroeger al genoeg bewogen', 'ik kan dat niet meer', 'dat is toch niets voor oude mensen' of ook 'ik ben moe'.

Het motiveren van ouderen tot bewegen, maakt deel uit van de begeleidende, activerende en dienstverlenende zorgfuncties van de psychomotorisch therapeut. Een psychomotorisch therapeut is een therapeut die tijdens de psychomotorische therapie via beweging en lichaam het psychisch functioneren poogt te verminderen of op te heffen. Bij ouderen noemen we dit de 'bewegingstherapeut' en de 'bewegingstherapie'. Het is namelijk belangrijk dat je dezelfde taal spreekt als je cliënt. Je moet geen moeilijke woorden gebruiken, maar duidelijke en verstaanbare taal gebruiken.

Als we iemand willen motiveren tot meer beweging proberen we een gedragsverandering teweeg te brengen. We proberen van een 'MOETivatie' naar een zelfdeterminatie te gaan. Verschillende soorten van motivatie kunnen daarbij onderscheiden worden: amotivatie, extrinsieke (omgevingsgerichte) motivatie en intrinsieke (persoonsgerichte) motivatie. Onderzoek bij een groep psychiatrische patiënten geeft aan dat autonome motivatie gerelateerd is aan een vermindering van symptomen van psychiatrische stoornissen en een verhoogd fysiek activiteitsniveau.

Mensen motiveren tot een actievere levensstijl is een gedragsverandering teweegbrengen. Het theoretisch veranderingsmodel van Prochaska en Diclemente stelt gedragsverandering voor als een dynamisch proces waarin mensen een aantal motivationele stadia doorlopen alvorens zij een verandering bereiken. Dit model wordt vaak gebruikt bij het stoppen met roken, maar het kan ook toegepast worden bij fysieke activiteit. Verandering is geen lineair proces en terugval is steeds een reële mogelijkheid. We onderscheiden zes fasen: precontemplatie- of voorbeschouwingsfase, contemplatie- of beschouwingsfase, beslissing, actiefase, consolidatie- of volhoudingsfase, terugval.

De *voorbeschouwingsfase* is een fase met veel ontkenning en weerstand. Men heeft nog geen intentie om het eigen gedrag te veranderen. Uitspraken, zoals 'beweging, waar is dat goed voor?', 'dat is niet voor oude mensen' of 'ik heb dat niet nodig', komen vaak voor. Men vindt beweging niet relevant. Het betekent niet dat er geen interesse is. Het is belangrijk om na te gaan wat er in de patiënt leeft, namelijk zijn gevoelens, gedachten en ideeën rond beweging.

In de *beschouwingsfase* is men nog niet actief, maar begint de motivatie vorm te krijgen. Uitspraken zoals 'ja ja, er zit iets in wat je zegt', 'ik denk erover na om meer te bewegen, maar ik weet nog niet of ik het zie zitten', of 'ik kom wel eens kijken', komen hier meer aan bod. De persoon begint zich meer bewust te worden van de voordelen van het bewegen. Hij weet dat er iets moet veranderen, maar kan zelf nog niet beslissen.

De voor- en de nadelen rond fysieke activiteit moeten afgewogen worden. Het is belangrijk dat je als therapeut niets gaat opleggen, maar alles aanpakt in samenspraak met de patiënt. Hij moet zijn gedrag veranderen en je houdt iets langer vol als je inspraak hebt en je het gevoel hebt vanuit autonomie te mogen handelen.

De persoon heeft de intentie om in de toekomst actief te gaan bewegen. Hij is zich bewust van de voordelen van fysieke activiteit en de nadelen van zijn huidig gedrag. Hij wil graag veranderen, maar weet nog niet goed hoe.

Als bewegingstherapeut zoek je in de beschouwingsfase samen met de patiënt naar activiteiten die hij plezierig of interessant vindt. Je probeert concrete en haalbare doelstellingen te formuleren. Je doet dit best in gedragstermen in plaats van in resultaatgerichte termen, zo bijvoorbeeld: 'ik ga op mijn werk meer de trap gebruiken in plaats van de lift', 'ik wil meer wandelen, daarom ga ik te voet door naar de bakker'. Vermeden wordt best een uitspraak als 'ik wil 10 km op een 1 uur afleggen'.

Je bekijkt samen met de patiënt de mogelijke hindernissen die zich kunnen voordoen en probeert samen met hem oplossingen te zoeken. En dan maak je een duidelijke planning. Je werkt in deze fase vooral rond het hoe.

In de *actiefase* is een begin gemaakt met bewegen, maar nog niet langer dan 6 maanden. 'Het gaat wel, maar het is niet altijd gemakkelijk', hoor je vaak. In deze fase is het daarom belangrijk dat de patiënt leert van het bewegen een gewoonte te maken en dat hij leert zelfcontroletechnieken te gebruiken; hierbij gaat het bijvoorbeeld om het (her)formuleren van doelstellingen, om zelfbekrachtiging zoals de gewoonte om na een wandeling iets gaan drinken, om zelfmonitoring (via het bijhouden van een dagboek of een schema), of om tijdsmanagement via planning in dag- en weekkalender.

De *volhoudingsfase* is de fase waar men al langer dan 6 maanden actief is. Het bewegen is geïntegreerd in de persoon. Belangrijk is dat de persoon zichzelf positief blijft bekrachtigen. Sociale steun kan daarbij ook helpen. Ook zelfmonitoring blijft een goed hulpmiddel.

Een *terugval* wordt best niet als een mislukking gezien, maar eerder als een leermoment. Het is belangrijk dat je als bewegingstherapeut nagaat wat het probleem is of wat de oorzaak van de terugval kan zijn; en dat je probeert concrete oplossingen te zoeken. Soms helpt het om opnieuw de diverse fasen te doorlopen. Bij anderen helpt het om het probleem te zoeken en dit aan te pakken; en dan weer verder te doen vanaf het punt waar ze gestopt zijn.

Bij dit alles is je houding als therapeut een belangrijk instrument met het oog op motivatie tot beweging. Therapeutische basisprincipes, zoals empathie, 'meeveren' met weerstand, ontwikkelen van discrepantie en ondersteunen van zelfefficaciteit, zijn belangrijk.

Hierbij gaat het om het werkelijk inleven in de patiënt en om begripvolle onvoorwaardelijke acceptatie. Aanvaarding schept namelijk een mogelijkheid tot verandering. Dat wil niet zeggen dat de bewegingstherapeut akkoord moet gaan met alles wat de patiënt doet en denkt. Het gaat er om dat de bewegingstherapeut de gevoelens, gedachten en perspectieven van de patiënt probeert te begrijpen, zonder ze te beoordelen en te bekritisieren. Een niet-aanvaardende reactie, zoals 'u beweegt te weinig, u moet gaan veranderen', heeft van de andere kant tot gevolg dat het veranderingsproces afgeremd wordt. Daarom is een houding van aanvaarding en respect steeds belangrijk; ze verstevigt de therapeutische werkrelatie en ondersteunt de eigenwaarde van de patiënt.

In het praktische gedeelte van de workshop werd gewerkt met een ouderdomsstimulerend pak. Het betreft: een assortiment van aangepaste brillen; enkel-, knie-, elleboog-, en polsgewichten; een nekbrace, een koptelefoon, en borstkast-verzwarende elementen; deze zorgen ervoor dat je kunt ervaren hoe het is om oud te worden met beperkingen.

Met dit ouderdomsstimulerend pak of een onderdeel van dit pak aan, werd er een fit-o-meter uitgevoerd. Verschillende opdrachten waaronder evenwichtsoefeningen, kracht- en uithoudingsoefeningen, evenals coördinatieoefeningen, kwamen tijdens de fit-o-meter aan bod.

In de nabespreking werd er naar de ervaringen en impressies van de deelnemers gepeild. De meesten onder hen waren onder de indruk van de effecten van het verminderde zicht en van het verstijven van de gewrichten naar het motorisch functioneren toe. Men vond het interessant om meer te weten over de verschillende fasen van gedragsverandering en over hoe er praktisch mee om te gaan. Men beseftte ook dat het voornamelijk in 'de kleine dingen' zit om mensen te motiveren tot bewegen.

Literatuur

Raepsaet, J., J. Knapen, D. Vancampfort & M. Probst (2010). *Motivation to physical activity in non-psychotic psychiatric inpatients*, in *International Journal of Psychosocial Rehabilitation* Vol. 15(1), 51-59.

Vancampfort, D. (2014). *Motiveren tot bewegen binnen de psychomotorische therapie*, in J. Simons (red.), *Actuele themata uit de psychomotorische therapie*. Leuven: Acco, 11-40.

Wederkerigheid in de therapeutische relatie

Katrien Rombouts, klinisch psychologe en psychotherapeute Dagkliniek Volwassenen OPZ Geel, in samenwerking met negen medewerkers van het Bezoekerscentrum van OPZ Geel (allen GGZ-ervaringsdeskundigen).

Sinds een aantal jaren kan men in de geestelijke gezondheidszorg een groeiende aandacht voor het 'herstelbevorderend werken' waarnemen. Concreet betekent dit dat in psychiatrische centra en in GGZ-samenwerkingsverbanden meer en meer de switch gemaakt wordt van een probleemgerichte bevoogdende aanpak naar een meer emanciperende en krachtgerichte aanpak waarin dialoog, evenwaardigheid en een gelijkwaardige verhouding centraal staan.



Ondanks deze evolutie, zijn het in de praktijk toch nog vooral de zorgprofessionals, die schrijven en reflecteren over vernieuwing in behandeling en therapie. Ook opleidingen voor toekomstige therapeuten worden vooral verzorgd door professionals.

Gelukkig groeit intussen het aanbod van opleidingen tot ervaringsdeskundige in de geestelijke gezondheidszorg; en ook worden er stilaan mogelijkheden gecreëerd waarin ervaringsdeskundigen, eventueel in samenwerking met zorgprofessionals, de kans krijgen om als actieve partner een rol te spelen in vorming en training. Binnen dit perspectief werd er in deze workshop heel bewust voor gekozen om (ex-)patiënten en -cliënten als actieve partners vanuit hun ervaringskennis het woord te geven.

Aan de hand van kleurkaarten werden de deelnemers willekeurig in zes groepjes ingedeeld. Elk groepje werd begeleid door één of twee ervaringsdeskundigen.

Samen werd naar een filmpje gekeken waarin de ervaringsdeskundigen vraagtekens plaatsten bij de rol van hulpverlener en patiënt en bij de ongelijke machtsverhoudingen. Op een ludieke manier werden ook de wachtlijsten in de GGZ aangeklaagd. Er werd ook openlijk stilgestaan bij de vraag 'wat echt helpt?', zoals 'een opname in de psychiatrie of warme menselijke contacten?'

Na de film, kregen de groepjes de opdracht om rond deze thema's met elkaar in gesprek te gaan. Het gesprek in ieder kleine groepje werd ingeleid door de ervaringsdeskundige met zijn of haar eigen herstelverhaal. In alle groepjes ontstonden al snel geanimeerde discussies.

Tenslotte werd in de grote groep gereflecteerd over het belang van ervaringsdeskundigen in de zorg en het nut van een dergelijke dialoog tussen zorgprofessionals en mensen met ervaringskennis.

Het werd door de deelnemers bijzonder gewaardeerd dat men rechtstreeks in gesprek kon gaan met mensen die getuigden vanuit hun eigen ervaringen in diverse behandelfasen en in verschillende zorgsettings. Hun oprecht getuigenis en hun engagement om op een heel positieve wijze vanuit het eigen herstelverhaal te spreken, kwamen 'binnen' bij vele deelnemers. Het ging als het ware om een leermoment dat bijdroeg tot een beter begrip van waar het bij herstel en bij een krachtgerichte aanpak om gaat.

Aan bod kwamen diverse specifieke thema's die met de therapeutische relatie verband houden, zoals:

- vertrouwen geven en krijgen.
- afstand en nabijheid.
- evenwaardigheid in het therapeutisch contact.
- kansen krijgen om jezelf te (her)ontdekken en aan je levensverhaal te kunnen schrijven.
- gecoacht worden in het (her)vinden van je talenten en eigen krachtbronnen.
- in de zorgverlener een kwetsbare medemens – die je als tochtgenoot vergezelt - mogen ontmoeten, draagt bij aan je groeiproces.

In de zijlijn kwamen een aantal thema's aan bod die belangrijk zijn in het herstelgericht werken, zoals:

- het belang van lotgenotencontacten.
- het zoeken naar instrumenten om (zelf)stigmatisering te doen afnemen.

- het bewust opnemen van nieuwe rollen in je leven en er erkenning in krijgen.
- het belang van kansen te krijgen om voor lotgenoten en professionals te spreken over je herstelverhaal.

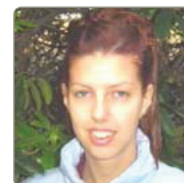
Tot slot werd er wat meer informatie gegeven over het nieuw opgerichte Bezoekerscentrum van het OPZ.

In dit centrum kunnen groepen van maximum 20 personen een rondleiding krijgen door een ervaringsdeskundige gids. Voor meer info, zie : <http://www.opzgeel.be/nl/algemeen/htm/archief.asp>

De therapeutische relatie in de begeleiding van cliënten met een verstandelijke beperking: participeren?

*An Broos, gediplomeerd sociaal verpleegkundige PVT Salto 1 OPZ Geel,
en Vanessa Keersmaekers, gediplomeerd verpleegkundige PVT Salto 1 OPZ Geel.*

Voor het programmaboekje werden inhoud en opzet van deze keuzesessie als volgt omschreven: "In het PVT (Psychiatrisch Verzorgingstehuis) Salto 1 wonen mensen met een aangeboren verstandelijke beperking en een gestabiliseerde chronische psychiatrische aandoening. De begeleiding richt zich op het faciliteren van een leefomgeving waarin vanuit het hersteldenken de klemtoon ligt op de eigen mogelijkheden van iedere bewoner.



Vanwege de diversiteit in de ernst van de verstandelijke beperking en de verscheidenheid van psychiatrische problematiek is het niet aangewezen om iedereen op eenzelfde manier te bejegenen. Juist omwille van de klemtoon op de eigen mogelijkheden en sterktes van ieder is het van belang dat zij of hij bejegend wordt op een manier die zoveel mogelijk aansluit bij het eigen levensverhaal.

In deze keuzesessie willen we aan de hand van concrete casussen de complexiteit van de begeleiding laten zien, en aansluitend de meerwaarde van de therapeutische relatie hierbij aantonen. We focussen ons daarbij op de vraag: hoe gaan we samen met de bewoners in proces om een klimaat van veiligheid te creëren? En ook: hoe laten we ieder van hen maximaal participeren?"

Voorstelling PVT

Het PVT in Geel heeft zijn plaats binnen de divisie Rehabilitatie van het OPZ Geel. Binnen het PVT zijn er nog twee onderverdelingen, namelijk PVT 1 en PVT 2. De doelgroep van PVT 1 betreft personen met een aangeboren verstandelijke handicap en een gestabiliseerde psychiatrische stoornis. Binnen PVT 2 wonen mensen zonder verstandelijke beperking.

In een PVT kunnen mensen terecht die (nog) niet (meer) in aanmerking komen voor Beschut Wonen, een RVT of een MPI of een WZC. Het gaat om mensen die geen intensieve ziekenhuisbehandeling nodig hebben, nog voldoende zelfredzaam zijn (zelfstandig eten, zichzelf binnenshuis verplaatsen, zich wassen, kleden) en zich kunnen handhaven in een leefgroep.

In een PVT staat behandeling niet langer centraal, maar wel het gewone alledaagse leven. Een verblijf in een PVT hoeft niet definitief te zijn. Het kan ook een tussenstap zijn naar een meer zelfstandige woonvorm of naar een woonzorgcentrum. Tijdens het verblijf is er tijd om vertrouwen op te bouwen, om zelfvertrouwen te versterken, om rollen terug op te nemen. De kwaliteit van leven die de bewoner ervaart, staat daarbij centraal.

Er is voor de bewoners dag en nacht (24u op 24u, en 7 dagen op 7) begeleiding aanwezig. De begeleidende teams bestaan uit een psychiater, orthopedagoog, verpleegkundigen, opvoeders, zorgkundigen en maatschappelijk werkers.

Er wordt herstelondersteunende zorg geboden. Herstel staat hier niet synoniem voor 'genezing'. Het betekent dat men, met en ondanks de beperkingen van de psychische aandoening en van de verstandelijke beperking, toch voldoening en hoop vindt in het leven.

Een algemene definitie van rehabilitatie

Rehabilitatie is een proces waarbij men directe hulpverlening aan de cliënt combineert met begeleiding en beïnvloeding van de omgeving, met als doel activiteit en participatie zoveel mogelijk te vergroten en aanwezige capaciteiten zo goed mogelijk te gebruiken in een zo normaal mogelijk sociaal kader. Rehabilitatie is dus een proces dat als doel heeft de cliënt te ondersteunen bij zijn eigen herstelproces.

Cliënten zelf 'doen' niet aan rehabilitatie, maar zijn aan het herstellen. Rehabilitatie ondersteunt cliënten bij dit herstelproces. Of nog: herstellen is wat mensen met een beperking zelf doen, rehabilitatie is wat hulpverleners kunnen doen om dat herstelproces te bevorderen. Sleutelbegrippen in de rehabilitatievisie zijn normalisatie, herstel, empowerment en participatie.

De therapeutische relatie

De therapeutische relatie is een belangrijk instrument voor het bereiken van veranderingen in de therapie. De therapeutische relatie kan gedefinieerd worden als het geheel van houdingen en gevoelens van cliënt en therapeut ten opzichte van elkaar en van de wijze waarop deze tijdens de behandeling tot uitdrukking worden gebracht.

Een positieve relatie tussen cliënt en therapeut hangt sterk samen met het succes van therapie. Succesvolle therapeuten onderscheiden zich door hun oprechtheid in de relatie, empathie en onvoorwaardelijke positieve belangstelling, waarmee ze in de therapie een context weten te creëren waarin cliënt zich veilig en volledig geaccepteerd voelt.

De therapeutische relatie binnen PVT 1

Aangezien het PVT1 een woonvorm is, kan mogelijk ook gesproken worden over een therapeutische gemeenschap. Hierin wordt gestreefd naar het creëren van een huiselijke sfeer. Door een rehabilitatiegerichte benadering wordt aan de bewoners een thuis geboden waarin ze zorg en begeleiding krijgen. Alle levensdomeinen kunnen hierbij aan bod komen: zelfzorg, wonen, werken, vrije tijd, opleiding, sociaal leven en maatschappelijke deelname.

De focus ligt niet langer op het behandelen van de stoornis, maar op het opnieuw invullen van het dagelijkse leven met de mogelijkheden en beperkingen die men heeft, waarbij iemands ontplooiingskansen maximaal benut worden. Dit doen we door met onze bewoners in proces te gaan en ons als team kwetsbaar op te stellen. Onze bewoners zijn 'chronisch ziek' en dit betekent dat ze voortdurend op zoek zijn naar een evenwicht. Belangrijke elementen zijn hierbij: hechting, klimaat van veiligheid, communicatie, betrokkenheid en autonomie (verantwoordelijkheid voor eigen behandeling). Door hun bijkomende verstandelijke beperking is het voor onze bewoners extra moeilijk om dit proces met ons aan te gaan. Daarbij gaat het om een grote diversiteit van verstandelijke beperkingen en psychiatrische aandoeningen. We worden ook geconfronteerd met een diversiteit van personen die ieder een eigenheid hebben op psychisch en emotioneel vlak, en die een eigen levensgeschiedenis hebben. Het is daarom ook niet evident om al deze mensen op eenzelfde manier te benaderen, iedereen heeft zo zijn eigenheid, zowel de bewoners als het team. Daarom hebben we de keuze gemaakt om onze bewoners in 3 groepen onder te verdelen; daarbij is ook gekeken naar welk team en welk teamlid het best welke groep kan begeleiden (rekening houdend met de eigenheid van het personeelslid, sterke en minder sterke kanten, en de effecten inzake de overdrachtsrelatie ...).

Voorstelling van de 3 leefgroepen

A-groep: minder zelfredzaam

- meer structuur en meer houvast nodig
- meer nood aan warme zorg
- minder zelf beslissingen kunnen nemen
- beperkt in participatie
- de verstandelijke beperking staat meer op de voorgrond dan de psychiatrische aandoening
- jaloezie, aandacht verdelen/vragen, kinderlijk karakter
- meer groepsgebeuren.

De A-groep bestaat uit 11 bewoners. In deze groep staan huiselijkheid, gezelligheid en samen activiteiten in kleine groep of individueel ondernemen centraal. De meeste bewoners blijven overdag in de leefgroep. Het leven speelt zich voornamelijk af in de gemeenschappelijke ruimtes (living, keuken,

eetplaats, veranda). Het is een open afdeling, bewoners zijn vrij om te gaan en staan waar en wanneer ze willen.

Participatie vertaalt zich in deze groep vooral in 'mee-weten', namelijk geïnformeerd worden over wat er zich afspeelt. Maar ook meedenken en meebeslissen komen aan bod in dagdagelijkse dingen; bijvoorbeeld bij het samen koken beslissen de bewoners mee over het menu; er wordt in overleg bepaald wie welke taken in de leefgroep opneemt; er is inspraak over vakanties en uitstappen. Het team is in deze groep steeds aanwezig; het biedt structuur door een voorspelbaar ritme te hanteren en het organiseert allerlei activiteiten met de bewoners.

B/C-groep: meer de eigen weg

- directe probleemoplossing
- andere zorgvraag, hogere zelfredzaamheid
- best niet te betuttelend
- meer nood aan participatie, inspraak en deelname
- afhankelijkheidspositie doorbreken
- de relatie staat onder druk
- het dwingende karakter (het moet 'nu' gebeuren)
- meer individuele benadering nodig.

De B-groep bestaat uit 12 bewoners. Hier wordt een omgeving gecreëerd waar rust en persoonlijke ruimte centraal staan. Zo zijn er meerdere TV- en zithoeken. In principe worden de bewoners hier ook op geselecteerd: mensen die minder behoefte hebben aan een groepsgebeuren en meer individueel gericht zijn, voelen zich hier thuis.

De begeleiding is steeds aanwezig, maar dringt zich niet op. Echte begeleidingsmomenten zijn eerder gecamoufleerd: tijdens een spel, zoals tafelvoetbal of een kaartspel, iets meer te weten komen over de gemoedstoestand; tijdens de wekelijkse geplande taak de bewoner eens bevragen; tijdens het ontbijt een babbel doen over het werk; tijdens een TV-moment een dieper gesprek hebben met een bewoner ...

Wat hygiëne en kamerorde betreft en ook de opvolging van de persoonlijke taken, is wel nog controle nodig; dit wordt individueel bepaald bij en doorheen de opname. Ook de uitvoering van de beperkte opgelegde afdelingstaken wordt, indien nodig, gecontroleerd.

Zelfstandigheid wordt zoveel mogelijk gestimuleerd, maar wordt individueel bekeken, afhankelijk van de draagkracht van de bewoner.

De invulling van de vrije tijd wordt in principe door de bewoners zelf georganiseerd. Over het algemeen zijn de bewoners van de B-kant meer op zichzelf en staan ze minder open voor groepsactiviteiten.

De verwachting naar het team toe betreft een constant aanwezig-zijn tussen de bewoners zonder viserend of confronterend te zijn. Het team dient vooral ook een aanspreekpunt te zijn dat door de bewoners kan geconsulteerd worden.

De C-groep is de kleinste groep en bestaat uit 7 bewoners. Deze groep bewoners is voornamelijk gesteld op privacy en zelfstandigheid. De C-groep wordt niet graag betutteld en wilt ook graag erkend worden in zelfstandigheid. Iedereen heeft zijn vaste taak op de mini-afdeling en er is een duidelijk vastgestelde structuur. De bewoners bewaken deze structuur zelf en beoordelen zelf of alles vlot verloopt.

In de wekelijkse teamvergaderingen worden door de bewoners twistpunten naar voor gebracht, besproken en opgelost. In deze momenten moet de begeleiding aanwezig zijn om te sturen, te herformuleren en op niveau van de bewoners iets uit te leggen of opnieuw af te spreken.

Er is geen specifieke controle van de begeleiding op huishoudelijke taken, hygiëne, kamerorde ... Er wordt bij gelegenheden een oogje in het zeil gehouden en als iets uit de hand loopt, wordt de bewoner pas aangesproken.

Vrijtijdsinvulling is volledig voor rekening van de bewoners.

De taak van de begeleiding is om in de buurt te zijn zodat men een aanspreekpunt kan zijn bij problemen. Verder werken we met 'eilandjes van aandacht'; een vrijblijvende aanwezigheid waarmee we aangeven aanwezig te zijn zonder verplichtingen, waarbij af en toe kan geventileerd worden. Typische momenten waarbij we zo eens binnenspringen en kunnen blijven 'hangen' zijn: de medicatiemomenten, de koffiemomenten in voor- en namiddag, of de TV-hoek 's avonds.

Een brug slaan tussen participatie en zorg

Wat we trachten te doen door onze bewoners in 3 leefgroepen te plaatsen, is hen op een efficiëntere manier te kunnen begeleiden. We merkten reeds dat door deze manier van werken, er meer rust kwam op de afdeling; en het is net die rust die zo belangrijk is voor onze bewoners.

In de A-groep is er meer zorg nodig; de bewoners hebben daar duidelijk meer nood aan directe ondersteuning in de verschillende levensdomeinen. Door hun zeer beperkt verstandelijk vermogen is er minder nood aan inspraak. Zij hebben meer nood aan vooropgelegde structuur dan aan het zelf kunnen kiezen van een structuur. Ze zijn meer afhankelijk. Toch willen we een brug slaan tussen participatie en zorg. Zo kunnen de bewoners die wat minder verstandelijk beperkt zijn, toch wat meer zelf kiezen en kunnen ze zelf mee bepalen wat ze willen doen. De manier van bevraging is vaak verschillend.

Bij de B-groep is de rust duidelijk merkbaar. De aangeboden infrastructuur ('aparte eilandjes van rust') heeft een positief effect hierop. Het individueel werken met bewoners bepaalt de mate van participatie. Op dit moment loopt dit zeer goed.

In de praktijk merken we voor de C-groep dat ze meer aandacht vragen en nodig hebben dan oorspronkelijk gedacht werd. De therapeutische relatie wordt hier meer bepaald door hun psychiatrisch ziektebeeld, dan door hun verstandelijke beperking (bijvoorbeeld: hypochondrie komt hier heel sterk naar voren).

Wat participatie betreft, blijft de verstandelijke beperking toch een belemmering. De bewoners kunnen zich beter voordoen, dan dat ze effectief op sociaal-emotioneel gebied functioneren. We moeten dus verder kijken dan hun uiterlijk voorkomen. Hierbij is het zeer belangrijk dat de begeleiding dit gedrag goed kan inschatten; duidelijke afspraken zijn een noodzaak.

Het belangrijkste is dat er bij de opname goed overlegd wordt wat de groepskeuze betreft.

Participatie of bewonersinspraak zijn voor het team zeer belangrijk. In de mate van het mogelijke laten we de bewoners hun regie in eigen handen nemen.

Balanceren op de brug tussen palliatieve zorg en psychiatrie - vanuit de therapeutische relatie en de aandacht voor zingeving

Dr. Ilse Decorte, algemene arts divisie Ouderen OPZ Geel, equipearts Ispahan (palliatieve thuiszorg arrondissement Turnhout), voorzitter Werkgroep Palliatieve zorg & psychiatrie (Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen).

In het programmaboekje werd deze keuzesessie als volgt omschreven: "Palliatieve zorg is gebaseerd op vier pijlers: pijn- en symptoomcontrole, de emotionele/psychische pijler, de sociale pijler en de spirituele/zingevende pijler.

Tussen psychiatrie en palliatieve zorg zijn er verschillende raakpunten; daarnaast zijn er ook verschilpunten met betrekking tot de specifieke therapeutische relatie. Zo benadert de palliatieve hulpverlener de patiënt vanuit een andere houding en kijkt zij of hij met een andere blik naar de problemen in vergelijking met de psychiatrische zorgverlener.

Dat kan moeilijkheden en spanningsvelden in de samenwerking teweegbrengen; ten eerste bijvoorbeeld in de therapeutische zorgcontext waarin de palliatieve hulpverlener een patiënt met psychiatrische problemen in begeleiding krijgt; of, ten tweede, omgekeerd, wanneer de psychiatrische zorgverlener geconfronteerd wordt met een patiënt die in een palliatieve fase terechtkomt ten gevolge van een lichamelijke aandoening. Tenslotte is er nog een derde specifieke zorgcontext: een patiënt met psychiatrische problemen komt in een uitzichtloze situatie terecht ten gevolge van psychisch lijden.

In deze voordracht kijken we naar de verschillende problemen en spanningsvelden die zich voordoen in de genoemde zorgcontexten en therapeutische relaties, maar ook naar de gelijkenissen. Er wordt gekeken naar de invulling van de vier pijlers van palliatieve zorg, zowel vanuit de positie van de psychiatrische zorgverlener, als vanuit de positie van de palliatieve hulpverlener.

Daarnaast wordt vanuit de vier pijlers aandacht gegeven aan wat palliatieve zorg bij de psychiatrische patiënt met een focus op het psychisch lijden kan inhouden.

De voordracht is gebaseerd op de eigen ervaring als palliatief arts die werkzaam is in de psychiatrie. Verder zijn ook de ontwikkelingen binnen de context van de Werkgroep Palliatieve zorg & psychiatrie van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen inspirerend."



Voor het geheel van deze bijdrage en de gedetailleerde uitwerking van de diverse onderdelen verwijzen we graag naar de presentatie zoals ze te vinden is op de OPZ Geel-website (www.opzgeel.be (Nieuws & Agenda, Studiedag 2014, Presentaties)). In dit verslag spitsen we ons toe op een aantal kerngedachten en accenten van Decorte bij de uitwerking van haar lezing:

- Bij palliatieve zorg gaat het om een totaalzorg met vier pijlers (lichamelijk, psychisch, sociaal, spiritueel), waarin comfort centraal staat en waarin constant gestreefd wordt naar welbevinden.
- Wat palliatieve zorg in Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen betreft, kan gesteld worden dat er weinig of geen objectieve gegevens bestaan en dat er nog geen systematisch onderzoek is gebeurd. Een mondelinge bevraging levert een gediversifieerd plaatje op: gaande van geen ruimte voor palliatieve zorg, tot een beperkte aandacht ervoor, en tot, op sommige plaatsen, een open ruimte voor palliatieve zorg inclusief de bereidheid om mensen te laten sterven op de (chronische) afdeling waar ze verblijven.
- Wat de therapeutische relatie betreft, enerzijds in palliatieve zorg en anderzijds in psychiatrische zorg, kan men gemeenschappelijke punten zien, maar ook diverse verschilpunten. Gemeenschappelijke elementen zijn bijvoorbeeld: empathie, authenticiteit, acceptatie. Verschilpunten zijn onder andere: de klemtoon op eindigheid en verleden (palliatieve zorg) versus de klemtoon op een toekomst (psychiatrische zorg); de gerichtheid op kwaliteit in het nu-moment en de afwezigheid van een doel (palliatieve zorg) versus de gerichtheid op een beter functioneren en het werken met doelstellingen (psychiatrische zorg); wat het emotionele niveau betreft, gaat men ervan uit dat 'alles normaal is' (palliatieve zorg) en benadert men alles vanuit de aandoening (psychiatrische zorg).
- Een palliatieve setting in een psychiatrische context – zoals wél uitgebouwd in de divisie Ouderen van het OPZ Geel – heeft een aantal belangrijke voordelen, zoals: de persoon kan de laatste periode van zijn leven doorbrengen daar waar hij de laatste jaren heeft geleefd; het gaat om een vertrouwde

omgeving en dat is belangrijk vanuit het opzicht van veiligheid; er zijn hulpverleners voorhanden die zijn klachtenpatroon kennen vanuit eerdere behandelassen en vanuit vertrouwde met zijn levenstraject; zo kan men snel en goed gedragsveranderingen interpreteren; er is tijd en ruimte voor zingeving (wie is hij? wat is zinvol bij hem?).

- Wat de psychische pijler betreft, namelijk het psychisch lijden in de palliatieve fase, kan gesteld worden dat er zich diverse ethische problemen voordoen, zoals met betrekking tot het meedelen van de waarheid en tot het omgaan met de autonomie van de persoon. Ook doen er zich problemen voor met betrekking tot het geven van comfort ('wat heeft deze specifieke patiënt precies nodig?') en tot het omgaan met de emotionele pijn van de persoon.
- Specifiek met betrekking het omgaan met de autonomie van de persoon in een psychiatrische setting, bestaat er onduidelijkheid en een gebrek aan juiste inschatting van wat mogelijk is, en ook een gediversifieerde aanpak ('beperkt autonoom', 'te' autonoom, nood aan hulp bij vinden van autonomie). Zo wordt bijvoorbeeld te weinig de invloed van de psychiatrische aandoening in de beslissingsbekwaamheid verrekend. Zo worden mensen soms als 'te' autonoom aangezien en wordt er te weinig rekening gehouden met hun beperkt begripsvermogen, en wel op zo'n manier dat ze overvraagd worden wat het afleggen van verantwoording betreft.
- Wat de begeleiding van de psychiatrische patiënt in zijn emotionele pijn betreft, is het belangrijk om goed te leren kijken naar wat 'normale' emoties zijn en om niet in de val te trappen van alle emoties te verklaren vanuit de psychiatrische aandoening. Ook is het belangrijk om bij een aantal symptomen goed te kijken en een onderscheid te maken tussen psychische en somatische oorzaken.
- De vierde pijler, namelijk de spirituele dimensie, moet centraal staan, zowel in de palliatieve zorg als in de psychiatrische zorg. Vaak wordt deze dimensie te weinig expliciet benoemd en is er te weinig ruimte voor. Gelukkig groeit het besef van de nood eraan. Bij de spirituele pijler gaat het om de krachtbronnen van de persoon en om de verbinding met anderen. Het is belangrijk om ook aandacht te hebben voor 'spirituele pijn', en dit ook specifiek bij de psychiatrische patiënt. Het gaat dan om vragen als: wie is er voor mij in mijn laatste dagen? wie zal er aan mijn sterfbed staan? wat heb ik van mijn leven gemaakt? welke delen van mezelf heb ik (niet) verwezenlijkt? welke dromen en wensen heb ik (niet) kunnen waarmaken? waarvoor wil ik mijn laatste dagen nog leven? Het is belangrijk dat er ruimte gemaakt wordt voor dergelijke vragen, en wel kijkend naar de persoon, die meer is dan zijn psychiatrische aandoening, en naar zijn eigen krachtbronnen en veerkracht. Zo blijkt in de praktijk nogal eens dat psychiatrische patiënten eigenlijk 'gewoon' zijn om met pijn en tegenslag om te gaan'. Ze kunnen, psychisch en fysiek gezien, vaak goed pijn verdragen en ze hebben een eigen veerkracht ontwikkeld waardoor ze zelf een weg vinden met de laatste levensperiode. Ondersteuning is belangrijk, maar ook aandacht voor de eigen manier om met spirituele pijn om te gaan.

Inhoud

De therapeutische relatie vandaag Inleiding

1 *Walter Krikilion*

De therapeutische relatie als centrale procesfactor in de context van het hersteldenken en zinzorg

3 *Walter Krikilion*

Zorg als product of zorg als relatie?

7 *Prof. dr. Joris Vandenberghe*

De therapeutische relatie in de begeleiding van cliënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen vanuit een integratief perspectief

9 *Prof. dr. Greet Vanaerschot*

'Zie de mens' – de vertrouwensrelatie in de zorg vanuit een pleidooi om anders te kijken

11 *Prof. dr. Manu Keirse*

Cultuur van ongedwongenheid vanuit projecten rond anders omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen – succesfactoren en valkuilen

13 *Riet Willems*

De therapeutische relatie in bewegingstherapie bij ouderen met een psychische problematiek

15 *Julie Raepsaet*

Wederkerigheid in de therapeutische relatie

18 *Katrien Rombouts*

De therapeutische relatie in de begeleiding van cliënten met een verstandelijke beperking: participeren?

20 *An Broos, Vanessa Keersmaekers*

Balanceren op de brug tussen palliatieve zorg en psychiatrie - vanuit de therapeutische relatie en de aandacht voor zingeving

24 *Dr. Ilse Decorte*

OPZ *Geel*

Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum

www.opzgeel.be