

Zorg in Samenwerking

(Collaborative Care)

voor patiënten met een bipolaire stoornis

Handboek

(instructies en handleidingen)

Nienke van der Voort-Scholten¹, RN, PhD

Berno van Meijel², RN, PhD

Ralph Kupka³, MD, PhD

Peter Goossens⁴, RN, MANP, PhD

Aartjan Beekman⁵, MD, PhD

¹ GGZ inGeest; Vrije Universiteit, EMGO instituut, Amsterdam; Dimence GGZ, Deventer; Hogeschool Inholland, Amsterdam

² Hogeschool Inholland, Amsterdam

³ GGZ inGeest, Amsterdam; Vrije Universiteit Amsterdam; Altrecht GGZ, Utrecht

⁴ Dimence GGZ, Deventer; Universiteit Nijmegen, Nijmegen; Hogeschool Saxion, Enschede

⁵ GGZ inGeest, Amsterdam; Vrije Universiteit, EMGO instituut, Amsterdam

Introductie	3
1. Samenwerken.....	5
1.1. Samenwerken met de patiënt en diens naaste.....	5
1.2. Zelfmanagement.....	8
1.3. Samenvatting hst 1	9
2. Samenwerken in het ZiS team.....	10
2.1. Deelnemers	10
2.2. Vaststellen van zorgbehoeften.....	10
2.3. De ZiS team vergadering	13
2.4. Samenvatting hst 2	15
3. Psycho-educatie	17
4. Stemmingsbeloop vroegsignalering en vroege interventie	20
4.1. Stemmingsbeloop: Het invullen van de stemmingsbeloopkaart.....	20
4.2. Vroegsignalering: het maken van een Signaleringsplan.....	20
5. Medicatie	23
6. Probleem Oplossende Behandeling (POB).....	25
6.1. POB achtergrondinformatie.....	26
6.1.1. Hoe ziet de cursus eruit?	26
6.1.2. Het verband tussen klachten en dagelijkse problemen.	27
6.1.3. Houding van de patiënt ten opzichte van problemen.....	28
6.1.4. De zeven stadia van POB.....	29
6.1.5. De relatie met de zorgbehoeften (CANSAS)	29
6.2. De structuur van de vijf sessies in de cursus.....	29
6.2.1. Stadium 1. Het beschrijven van het probleem	30
6.2.1.1. Stap 1: Het verduidelijken van het probleem.....	30
6.2.1.2. Stap 2: Het opsplitsen van grote problemen.	32
6.2.1.3. Stap 3: Verwoord het probleem helder en objectief.	32
6.2.2. Stadium 2. Het stellen van een realistisch doel (SMART)	34
6.2.3. Stadium 3. Zoveel mogelijk potentiële oplossingen bedenken.	36
6.2.4. Stadium 4. Het afwegen van de voor- en nadelen.	39
6.2.5. Stadium 5. Het kiezen van de oplossing die het beste past	41
6.2.6. Stadium 6. Het maken van een actieplan.	42
6.2.7. Stadium 7. Het evalueren van de voortgang.....	43
6.3. POB per sessie.....	45
6.3.1. Sessie 1	45
6.3.2. Sessie twee tot en met zes.....	47
6.3.2.1. De tweede sessie	47
6.3.2.2. Sessie drie tot en met vijf.....	48
6.3.2.3. Sessie zes: afronding	49
7. Op indicatie: aangepaste POB.....	52
8. Evalueren	55
Nawoord.....	57
Bijlage I: Informatiebronnen	
Bijlage II: Activiteiten per gesprek	
Bijlage III: Checklist POB	

September 2015 Tweede, herziene, versie. Alle rechten voorbehouden.

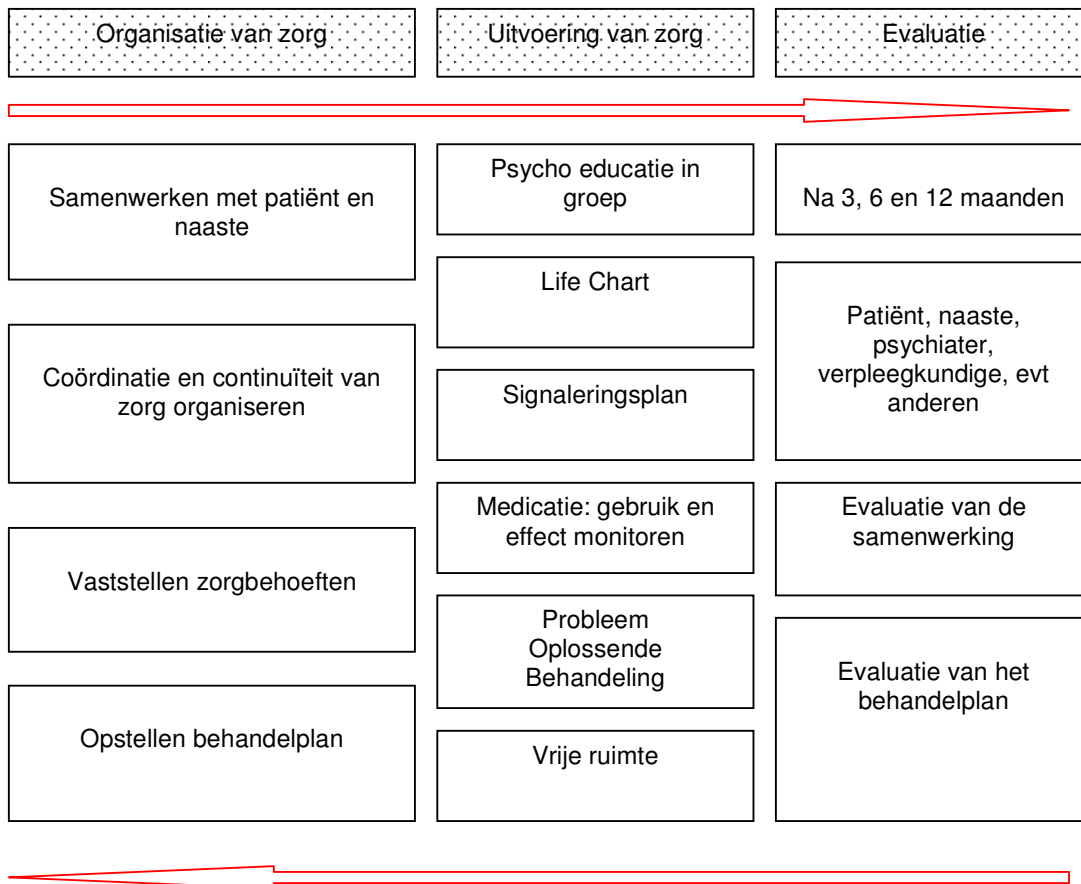
Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de eerste auteur.

Introductie

Het Interventieprotocol Zorg in Samenwerking (ZiS) bestaat uit 3 delen: het Achtergronddocument, het Handboek en het Werkboek. In deel I, het Achtergronddocument, worden de theoretische achtergronden van het programma beschreven. Voor je ligt deel II, het Handboek, met praktische handleidingen en instructies voor de uitvoering van het programma. ZiS bestaat uit een aantal onderdelen die hier gedetailleerd worden toegelicht. Deze onderdelen corresponderen met het los bijgeleverde Werkboek, dat speciaal is geschreven voor de patiënt. Met dit Werkboek gaan de patiënt, de naastbetrokkene en jij aan het werk.

In deel II dat nu voor je ligt vind je de benodigde instructies die je helpen de patiënt hierbij zo goed mogelijk te begeleiden. De formulieren en bijlagen worden allen los bijgeleverd, zodat je ze kunt kopiëren. De onderdelen die uitgewerkt worden zijn samengevat in figuur 1.

Figuur 1: Zorg in Samenwerking:



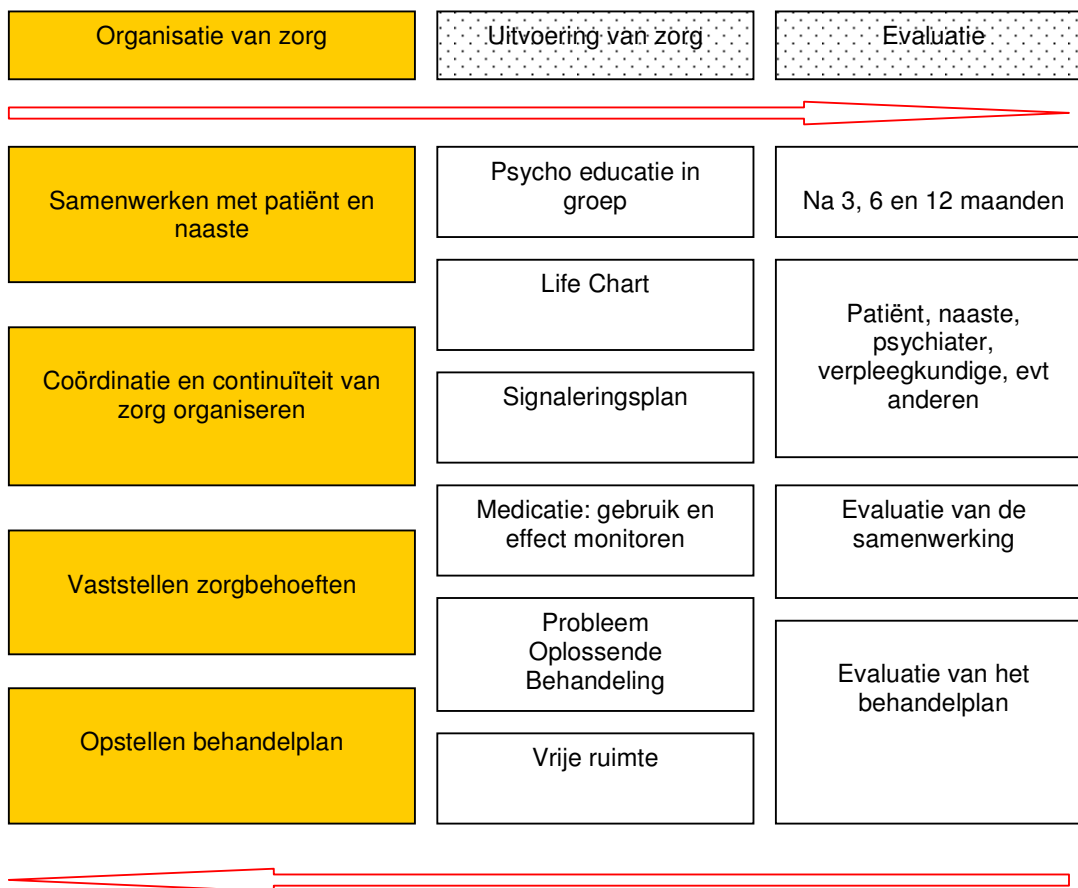
Deze figuur biedt houvast bij het lezen van dit Handboek.

Dit Handboek is als volgt opgebouwd: in de eerste twee hoofdstukken wordt beschreven hoe ZiS werkt en wat er van jou wordt verwacht als verpleegkundige. Binnen ZiS ga je de rol van 'care manager' vervullen, dat wil zeggen dat je verantwoordelijkheid draagt voor de organisatie en deels voor de inhoud van het programma. Beschreven wordt hoe de samenwerking vorm krijgt, zowel met de patiënt, diens naaste, als met je collega's in het ZiS team. In de daarop volgende hoofdstukken vind je instructies voor de verschillende interventies. Ieder hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting. Regelmatig wordt verwezen naar formulieren of bijlagen die je in het Werkboek vindt (onder vermelding van Wb). Deze zijn te gebruiken als praktische hulpmiddelen bij het uitvoeren van ZiS. In de tekst vind je in donkergeel gekleurde kaders overwegingen die zijn opgeschreven door Emmy van den Heuvel, ervaringsdeskundige, die je aan het denken zetten over het betreffende onderwerp.

Voor de leesbaarheid is ervoor gekozen om zowel naar de patiënt als de hulpverlener te verwijzen met 'hij'; het zal duidelijk zijn dat daarmee zowel 'hij' als 'zij' wordt bedoeld.

1. Samenwerken.

De verpleegkundige vervult een centrale positie binnen het ZiS-programma in de functie van care manager. In dit hoofdstuk worden je eerste activiteiten als care manager uitgebreid beschreven. Care management verwijst allereerst naar een goede planning en coördinatie van zorg. Binnen ZiS gaan we dat methodisch uitwerken. In dit eerste hoofdstuk beschrijven we hoe gestart wordt met de totstandbrenging van een goede samenwerking met de patiënt zelf en zijn naaste.



Figuur 2. ZiS: de organisatie van zorg

1.1. Samenwerken met de patiënt en diens naaste

ZiS zal worden ingezet bij patiënten die vaak al langere tijd in zorg zijn. Het is in dat geval van belang om aan de patiënt goed duidelijk te maken wat er zal gaan veranderen, zowel ten aanzien van de samenwerking als de feitelijke behandeling.

Om te beginnen is het vanaf nu vanzelfsprekend dat een naaste van de patiënt (familielid, vriend of vriendin) wordt uitgenodigd een actieve bijdrage te leveren aan het hulpverleningsproces. Om dit te realiseren worden de volgende stappen uitgevoerd:

- Adviseer de patiënt met klem om een persoon uit zijn directe omgeving uit te nodigen om te participeren in de behandeling.
- Vraag de patiënt het toestemmingsformulier (Wb fig. 1) in te vullen.
- Spreek af wie de betrokken persoon benadert en uitnodigt.
- Noteer de afspraken in het dossier⁶.

Als de patiënt redenen heeft om geen naaste te willen betrekken bij de behandeling, bied je de naaste aan om contact te hebben met een hulpverlener die niet direct bij de patiënt betrokken is. Dat doe je als volgt:

- Als binnen de instelling een dergelijke behandelaar beschikbaar is, verwijs je de naaste naar deze persoon.
- Als deze mogelijkheid binnen de instelling niet bestaat, dan vraag je een collega (uit je eigen of een ander team binnen de eigen instelling) die niet bij de patiënt betrokken is de contacten met de naaste te onderhouden. Maak afspraken over het bewaken van de privacy van de patiënt. De behandelaar zal in dit geval geen informatie over de patiënt geven, wel over het ziektebeeld en suggesties hoe ermee om te gaan.

Introductie van het ZiS programma aan de patiënt en diens naaste

Je legt nu aan de patiënt en zijn naaste uit wat er verder gaat veranderen. Een voorbeeld van hoe ZiS geïntroduceerd zou kunnen worden:

“U bent al langere tijd in zorg en heeft waarschijnlijk al diverse therapieën achter de rug. Het een heeft misschien beter geholpen dan het ander. Wat wij binnen Zorg in Samenwerking willen gaan doen is veel aandacht geven aan goede samenwerking, omdat we weten dat dit voor een belangrijk deel het succes van een behandeling bepaalt. Samenwerken is niet altijd makkelijk, we hebben beiden onze sterke en onze zwakke kanten. Het ZiS programma helpt ons om die samenwerking wel goed te krijgen en te houden. We gaan daarbij geen dingen meer doen waar we het niet samen over eens zijn. U weet het beste waar u behoefte aan heeft. Ik, en eventuele anderen, kunnen u ondersteunen bij het bereiken van uw eigen doelen.

We gaan zoveel mogelijk uit van uw eigen krachten en mogelijkheden. Tegelijkertijd houden we rekening met uw beperkingen. We zullen u behandelactiviteiten aanbieden die helpen om

⁶ Hoe om te gaan met rapportage in het (elektronisch) dossier zal per locatie uitgewerkt worden.

meer grip te krijgen op uw leven en die meer stabiliteit brengen, zodat u zich beter kunt richten op de dingen die u graag wilt bereiken in uw leven'.

De houding van de verpleegkundige

Binnen ZiS vergelijken we de behandelrelatie met de relatie tussen twee reizigers, die samen een autorit gaan maken. Het reisdoel is gezamenlijk bepaald. De verpleegkundige leest de kaart, en de patiënt zit achter het stuur. De naaste zit op de achterbank en heeft dus ook een aandeel in het bedenken van het doel en de weg erheen. Jouw houding wordt gekenmerkt door het bieden van hoop, het tegengaan van stigmatisering, geloof in het vermogen van de patiënt, en het benaderen van de patiënt als persoon in plaats van enkel als 'zieke'.

Gesprek over de samenwerkingsrelatie

Je vraagt aan de patiënt wat hij belangrijk vindt in het contact met de hulpverleners. Verzoek de patiënt dit op te schrijven (Wb fig. 2). Hieruit volgen nu afspraken met de patiënt en diens naaste over hoe die samenwerking eruit moet gaan zien. Dat gebeurt op de volgende manier:

- Bespreek het belang van goede samenwerking in een behandelrelatie met de patiënt en zijn naaste en nodig ze uit hun ervaringen ten aanzien van eerdere samenwerking te vertellen.
- Benadruk dat alle partijen elkaar nodig hebben en dat ieders inzet (hulpverlener, patiënt en naaste) wordt verwacht.
- Vraag de patiënt en zijn naaste samen met jou het lijstje "Afspraken over onze samenwerking" in te vullen (Wb fig. 3).
- Vraag naar concrete voorbeelden van goede samenwerking.
- Formuleer de afspraken zo concreet mogelijk.
- Noteer de gemaakte afspraken in het dossier.
- Neem de afspraken mee naar de eerste ZiS vergadering.

Eerste praktische afspraken

Naast afspraken over de gewenste samenwerking moet er ook een aantal praktische afspraken gemaakt worden. We gaan er bij ZiS van uit dat de continuïteit van zorg heel goed geregeld dient te zijn. Dit betekent onder meer dat de patiënt en de naasten precies weten met wie ze contact op kunnen nemen wanneer er behoefte aan ondersteuning bestaat. Hoe duidelijker het is waar de patiënt terecht kan, hoe meer de verantwoordelijkheid bij hem of haar kan komen te liggen betreffende het inschakelen van hulp indien dit nodig is. Steeds dient natuurlijk gekeken te worden naar de draagkracht van de patiënt (en niet te vergeten

die van zijn naaste!) en naar diens vermogens om bepaalde activiteiten zelfstandig uit te voeren.

De zorg is daarnaast ook 'outreaching', indien nodig. Dat wil zeggen dat als de patiënt afspraken niet nakomt of uit zorg dreigt te raken, jij het initiatief neemt en actief contact zoekt (bellen, mailen of huisbezoek). Als het de patiënt om een bepaalde reden niet lukt om zelf contact met de arts te zoeken terwijl dat wel noodzakelijk is, dan neem jij het initiatief daartoe.

Maak afspraken over:

- Continuïteit van zorg. Jij bent te allen tijde verantwoordelijk voor continue zorg en behandeling en onderhoudt daartoe het contact met andere hulpverleners. Je regelt dat er voor jou een vaste vervanger is.
- De bereikbaarheid van verpleegkundigen en arts. De bereikbaarheid is bekend bij de patiënt en diens naaste(n). In een telefoongesprek kan de patiënt of de naaste aangeven hoeveel spoed er is. Als de patiënt nog dezelfde dag teruggebeld wil worden dan wordt er alles aan gedaan om dit te realiseren.
- De contactfrequentie met de betrokken hulpverleners en de locatie waar dit contact plaatsvindt.
- De betrokkenheid van de naaste(n) bij de gesprekken.
- Outreachende activiteiten. Spreek af wat er gedaan moet worden als de patiënt zijn afspraak niet nakomt.

Al deze afspraken worden beschreven in Wb fig. 4 en opgenomen in het behandelplan. Deze afspraken worden later nader uitgewerkt in het Signaleringsplan.

1.2. ZiS en zelfmanagement

Geef de patiënt en zijn naaste meer informatie over ZiS en gebruik hierbij Wb §1.2 over zelfmanagement. Leg uit dat het programma is gericht op het zo goed mogelijk leren omgaan met de ziekte en al haar gevolgen voor het dagelijks leven (zelfmanagement). Het uiteindelijke doel is dat de patiënt zoveel mogelijk het leven kan leiden dat hij zelf wil.

Licht alle behandelactiviteiten van ZiS kort toe: het inventariseren van zorgbehoeften, vroegsignalering en vroege interventie, psycho-educatie, Probleem Oplossende Behandeling en medicatie.

Stel je uitnodigend op, vraag of alles duidelijk is en of de patiënt zich in de voorgestelde werkwijze kan vinden. Stel open vragen om te checken of de informatie begrepen is. Dus niet: "Begrijpt u het?" Maar: "Wat stelt u zich hierbij voor?" of: "Wat denkt u dat dit inhoudt?"

1.3. Samenvatting hst 1

Vraag de patiënt toestemming om een naaste te mogen benaderen	V & P
Introduceer de nieuwe werkwijze bij patiënt en naaste	V&P&N
Bespreek verwachtingen t.a.v. samenwerking en behandeling	V&P&N
Maak praktische afspraken over continuïteit van zorg, wat doen bij het niet nakomen van afspraken, hoe vaak en waar contact.	V&P&N

2. Samenwerken in het ZiS team

Het Zorg in Samenwerking team wordt gevormd op initiatief van de verpleegkundige. De patiënt, diens naaste en de behandelaar (psychiater of psycholoog) zullen worden uitgenodigd door de verpleegkundige. Dit team neemt alle belangrijke beslissingen over de behandeling, via gezamenlijke besluitvorming. Jij coördineert de samenwerking, wat betekent dat je er op methodische wijze voor zorgt dat steeds duidelijk is waar de patiënt en zijn naaste hulp bij nodig hebben en vooral, dat die hulp er ook komt.

2.1. Deelnemers

Zorg in Samenwerking partners zijn die hulpverleners die niet in het team werken, maar wel betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt. Je coördinerende rol als verpleegkundige strekt zich ook uit tot de afstemming met onder meer de huisarts, crisisdienst, opnameafdeling en verslavingszorg. Het is raadzaam om nu al met de patiënt en diens naaste te inventariseren welke samenwerkingspartners betrokken zijn en welke rol zij hebben. Besluit vervolgens in overleg met de patiënt of het zinvol is om een of meer van die samenwerkingspartners uit te nodigen voor het eerste gezamenlijke gesprek van het ZiS team. Gebruik hiervoor Wb fig. 5. en beschrijf dit ook in het dossier.

Misschien is het niet haalbaar dat alle partijen altijd fysiek aanwezig zijn bij een ZiS team evaluatie. Vaak zal er gekozen worden om samenwerkingspartners telefonisch of per email te vragen een gerichte bijdrage aan te leveren voor het behandelplan.

2.2. Vaststellen van zorgbehoeften

We verwachten dat de zorg effectiever is als deze beter aansluit bij de behoeften van de patiënt. De zorgbehoeften van de patiënt worden daarom systematisch vastgesteld door de verpleegkundige met behulp van de Camberwell Assessment of Need (CANSAS, Wb fig. 7). Je spreekt van een zorgbehoefte op een levensgebied als er specifieke opvang, hulp of begeleiding gewenst of nodig is op dat gebied. De CANSAS is een vragenlijst die bestaat uit de inventarisatie van deze zorgbehoeften op 24 leefgebieden. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen vervulde en onvervulde zorgbehoeften.

Vraag de patiënt de zelfinvulversie van de CANSAS thuis in te vullen. Jij vult apart van de patiënt ook de CANSAS in. Vervolgens leg je jouw visie op de zorgbehoeften naast die van de patiënt. Zo worden de zorgbehoeften van de patiënt vanuit verschillende perspectieven belicht. Je bespreekt de behoeften op de diverse leefgebieden met de patiënt en zijn naaste. Houd hierbij de volgende uitgangspunten in de gaten:

We zetten de stappen in dit proces op een rij:

- De patiënt en jij vullen afzonderlijk de CANSAS in.
- Hierover volgt een gesprek, samen met de naaste.
- Vraag goed door, tot helder is wat de behoeften aan zorg zijn.
- Vraag aan de patiënt welke onvervulde zorgbehoeften prioriteit hebben. Hierin maak je samen een ordening op basis van de volgende criteria:
 - belangrijk en oplosbaar
 - belangrijk en onoplosbaar
 - onbelangrijk
- Geef de patiënt hierin de regie. Begin bij voorkeur met die zaken waarmee relatief snel succes te behalen valt om succeservaringen op te doen.
- Bespreek hoe verder wordt omgegaan met niet-oplosbare problemen (bijv. er later op terugkomen of toewerken naar acceptatie).
- Bespreek hoe verder wordt omgegaan met problemen waarover jullie van mening verschillen. De mening van de patiënt is leidend, maar noteer wel in het dossier als er meningsverschillen zijn die niet overbrugd konden worden.
- Schrijf de afspraken op in het dossier.
- Bespreek de afspraken in het ZiS team besproken.

Zorg ervoor dat ook de naaste aan het woord komt in dit gesprek. Inventariseer ook de behoeften van de naaste: wat heeft hij nodig om zijn leven zo goed mogelijk te kunnen leiden, en hoe kan hij de patiënt het best ondersteunen zodat hij de zorg zelf goed vol kan houden?

Nu ga je het behandelplan voorbereiden. In deze fase is het van belang om voorlopige keuzes te gaan maken voor de behandeling. Dit moet na bespreking in het ZiS team leiden tot een gezamenlijk behandelplan waarin ook de samenwerkingsafspraken zijn opgenomen.

Van zorgbehoeften naar SMART-doelen

Het is niet alleen belangrijk om de behoeften aan zorg op probleemgebieden te bespreken. Ieder mens heeft doelen of wensen voor zichzelf, die hem motiveren en aanzetten tot verandering. Je gaat proberen aansluiting te vinden bij doelen en wensen van de patiënt. Vraag de patiënt om te formuleren wat hij belangrijk vindt in het leven en wat hij graag zou willen bereiken. Vraag hem hiervoor Wb figuur 6. in te vullen.

Nu de belangrijkste zorgbehoeften en wensen in het leven van de patiënt zijn geïventariseerd, is de volgende stap het formuleren van doelen. Vraag eerst wat de patiënt het allerliefst zou willen bereiken op het gebied van de eerste zorgbehoefte. Dit 'einddoel' hoeft nog niet haalbaar en concreet te zijn, je kan het zien als een 'wens', iets om naar te streven. Jij accepteert dit einddoel van de patiënt als een gegeven. Je hoeft er geen oordeel over uit te spreken, ook al denk je dat het een niet-haalbaar doel is. Je stimuleert de patiënt om te gaan onderzoeken wat er moet gebeuren om dat doel te verwezenlijken.

Je onderzoekt nu samen de eerste zorgbehoefte. Wat is precies het probleem dat eraan ten grondslag ligt? Het is vervolgens van belang duidelijk aan het licht te krijgen wat de patiënt precies aan het geformuleerde probleem veranderd wil zien. Vaak is het behulpzaam om aan de patiënt de volgende vragen te stellen: 'Als het probleem er niet meer was, wat zou er dan veranderd zijn?' of: 'Wat moet er volgens jou gebeuren om dit probleem op te lossen?' 'Stel je een lijn voor met cijfers van 0 tot 10. Als je het einddoel bereikt hebt zit je op 10. Op welk cijfer zit je dan nu? En wat moet er gebeuren om een stapje hoger te komen?'

Met behulp van deze vragen kan de patiënt de overstap maken van het nadenken over het probleem zelf naar wat hij of zij aan dat probleem wil doen. Als de patiënt heeft bepaald wat hij of zij wil veranderen aan het probleem, komt de nadruk te liggen op het formuleren van een realistisch doel. Het is belangrijk om bij het beoordelen van de haalbaarheid twee zaken goed in de gaten te houden: (1) de balans tussen de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt, en (2) het tijdspad waarin het doel gehaald moet worden.

Zie voor meer tips bij het formuleren van realistische doelen de Handleiding POB in dit Handboek.

Op deze manier behandel je alle geformuleerde zorgbehoeften.

Realistische doelen zijn SMART doelen:

Specifiek - een heldere definitie van het doel.

Meetbaar - het is eenvoudig vast te stellen of het doel wel of niet gehaald is.

hAalbaar - (Achievable) het doel moet haalbaar zijn, rekening houdend met de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt

Relevant - het doel sluit aan bij het probleem.

Tijdgebonden - na een vooraf bepaalde tijd wordt gekeken of het doel gehaald is

Als de doelen zijn geformuleerd maak je samen met de patiënt en diens naaste voorlopige afspraken over hoe er aan de doelen gewerkt zal worden. De definitieve afspraken zullen in het ZiS team worden gemaakt en vastgelegd in het behandelplan.

2.3 De ZiS team vergadering

In het ZiS team worden alle besluiten genomen over de behandeling, door middel van gezamenlijke besluitvorming.

Gezamenlijke besluitvorming.

Besluiten worden zoveel mogelijk genomen worden op basis van consensus waarbij de stem van de patiënt maatgevend is. Belangrijk is hierbij dat voor- en nadelen van alle (behandel-) mogelijkheden worden geïnventariseerd op een voor de patiënt begrijpelijke manier.

Aanbevelingen kunnen gedaan worden door behandelaars waarna de patiënt uiteindelijk een beslissing neemt, op basis van zijn eigen waarden en voorkeuren.

Stem voortdurend af op de patiënt wat betreft:

Tempo Het concentratievermogen kan minder zijn, soms door medicatie.

Taal Wat past bij de patiënt?

Tijd Wat is voor de patiënt haalbaar? Soms is een kwartier al teveel. Of drie kwartier tekort.

De vergadering

Jij hebt gezorgd voor de voorwaarden om te kunnen vergaderen, zoals een goede planning, een gespreksruimte en koffie en thee. Het betreft een officieel overleg, waarvan de afspraken genoteerd worden. Jij zit de vergadering voor, tenzij in het ZiS team anders wordt afgesproken.

Jij hebt de belangrijkste betrokkenen uitgenodigd. Aanwezig zijn minimaal:

- de patiënt,

- diens naaste(n),
- de verpleegkundige,
- de psychiater,
- en eventuele andere betrokken partijen.

Het doel van deze bijeenkomst is: overeenstemming bereiken voor een periode van drie maanden over het te volgen behandelbeleid voor wat betreft:

- (1) de samenwerkingsafspraken tussen alle betrokken partijen en
- (2) de inhoud van de behandeling en ieders rol daarin.

De werkwijze in de ZiS teamvergadering wordt in de eerste bijeenkomst vastgesteld door de aanwezigen. Aanbevelingen voor de werkwijze:

- (1) Vergader met een agenda.
- (2) Verdeel de taken (voorzitter, notulist).
- (3) Leg nog een keer kort uit wat ZiS is, met aandacht voor gezamenlijke besluitvorming en contracting.
- (4) *Eerste vergadering*: bespreek uitgebreid de resultaten van de voorbereidende gesprekken tussen patiënt, naaste en verpleegkundige dwz:

- Verwachtingen van patiënt ten aanzien van de samenwerking.
- Praktische afspraken die al gemaakt zijn.
- De resultaten van de zorgbehoeftemeting en de toekomstwensen.
- Voorlopige doelen op korte en lange termijn.

Elke volgende vergadering: evalueer de samenwerking, de praktische afspraken, de zorgbehoeften en alle ingezette behandelactiviteiten.

- (5) Bespreek welke behandelactiviteiten het best kunnen helpen om de doelen te bereiken en neem een gezamenlijk besluit.
- (6) Maak concrete en praktische afspraken over wie wanneer wat doet in de behandeling.
- (7) Stel het behandelplan vast (doelen, acties, taakverdeling): ieder tekent!
- (8) Plan alle evaluaties voor het komende jaar.

Het resultaat van deze bijeenkomst is een vastgesteld behandelplan, waaraan alle partijen zich committeren (handtekening). In Wb fig. 8. vind je een behandelplan waar al deze elementen zijn opgenomen.

'We zitten om de tafel: De psych, mijn vriend, m'n SPV en ik. En een stagiaire die ik niet ken. 'Vind je het goed dat hij er ook bij komt zitten?' vroeg mijn SPV. Ik heb ja gezegd. Ik zeg altijd ja, al wil ik 't eigenlijk niet. Maar ja, stagiaires moeten het immers ook leren. Vandaag had ik het liefst nee gezegd.

Ik voel me niet goed en dan is zo'n gesprek al moeilijk genoeg.

Hoe het met me gaat. Iedereen kijkt me aan. Vreselijk vind ik dat. Alsof ik voor een sollicitatiecommissie zit. 'Wel goed,' zeg ik, 'ik slaap goed en kan m'n bed uitkomen.'

'Ze doet erg haar best,' hoor ik mijn SPV zeggen. M'n psych knikt tevreden.

De twijfelende blik van mijn vriend zien ze gelukkig niet.

Hoe kan het beter?

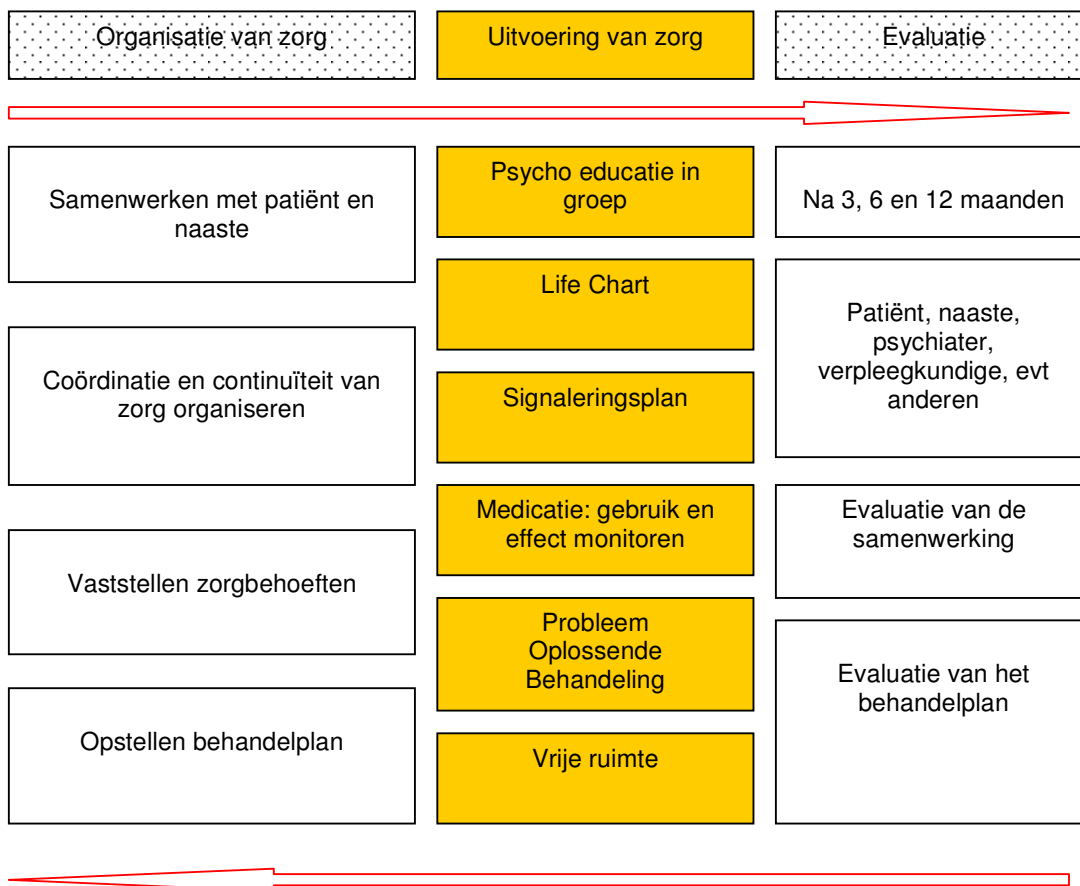
- Blijf je er steeds van bewust dat de patiënt degene is in de afhankelijke positie. Tijdens een vergadering is dat voor hem extra voelbaar; alle ogen zijn op hem gericht.
- De kans is aanwezig dat hij zich, om maar aan de verwachtingen te voldoen, beter voordoet dan dat hij zich voelt. Bemerkt je dit, vraag er dan niet teveel op door, maar bespreek het achteraf met hem. Vraag wat hem zou kunnen helpen om zich tijdens gesprekken meer op zijn gemak te voelen.
- Zorg ervoor dat er tijdens het gesprek niet óver maar mét de patiënt wordt gepraat.
- "Ze doet erg haar best", "hij zou zich beter moeten verzorgen": Dit soort opmerkingen werken kleinerend, zijn betuttelend en ondermijnen de eigen kracht van de patiënt.
- Het is vaak moeilijk voor de naastbetrokkene om zich eerlijk uit te spreken omdat hij de patiënt niet wil kwetsen. Bespreek vooraf met elkaar (patiënt, betrokkene en jij) wat zij nodig hebben om het voor elkaar veilig te houden en hoe jij dat kan ondersteunen.

EvdH ervaringsdeskundige

2.4. Samenvatting hst 2

V- verpleegkundige, P- patiënt, N- naastbetrokkene

Invullen zorgbehoefte lijst CANSAS door patiënt (huiswerk).	P
Apart invullen van de CANSAS door de verpleegkundige.	V
Gesprek met patiënt en naaste: keuze zorgbehoefte. Van probleem naar doel. Opschrijven belangrijke waarden en toekomstwensen.	V&P&N
Vorbereiden behandelplan: beschrijf voorlopige doelen.	V&P&N
Checken of iedereen is uitgenodigd voor ZiS team. Kamer, koffie & thee, agenda.	V
Vergaderen ZiS team (na 3, 6 en 12 maanden):	
Bespreeken van verwachtingen tav samenwerking & afspraken maken	ZiS t
Taken verdelen binnen ZIS team en werkwijze afspreken	ZiS t
Bespreeken van behandelplan en vaststellen	ZiS t
Maken van concrete afspraken en vaststellen	ZiS t
Data evaluaties voor het hele jaar vastleggen	ZiS t



Figuur 3. Zorg in Samenwerking: de uitvoering van de zorg

3. Psycho-educatie

Inleiding

Psycho-educatie (PE) is een systematisch uitgevoerd voorlichtingsprogramma aan patiënten en familieleden, waarin interactief aandacht wordt besteed aan symptomen, beloop, vroege herkenning en omgang met bipolaire stoornis. De PE cursus wordt standaard aangeboden aan patiënt en naaste. Het heeft de voorkeur dat PE in cursusvorm in een groep wordt gegeven. Het doel van de cursus is drieledig:

- (1) Het uitwisselen van directe ziektegebonden informatie,
- (2) het uitwisselen van informatie over hoe met de ziekte om te gaan en
- (3) herkenning en steun, het bieden van hoop op herstel. Deze drie doelen zijn van belang voor zowel de patiënt als de naaste. Veel naasten zijn op zoek naar een evenwicht tussen het steunen van de patiënt en het vinden van steun of ruimte voor zichzelf. De cursus kan hierbij een belangrijke rol spelen.

De cursus is relatief kort: 6 bijeenkomsten van elk 2 uur. Dat aantal bijeenkomsten is voldoende om de bedoelde informatie te verstrekken, om een aanzet te geven tot het vergroten van het zelfmanagement en om een begin te maken met het formuleren van herstelgerichte doelen. Overigens ben je vrij om deze hoeveelheid bijeenkomsten uit te breiden als daar behoefte aan is.

De cursus wordt gegeven door 2 hulpverleners, bij voorkeur samen met een ervaringsdeskundige (patiënt of betrokkene). Een verpleegkundige, psychiater of arts-assistent in opleiding, een psycholoog, SPV-er of maatschappelijk werkende kunnen de cursus geven. In een groeiend aantal centra wordt dit team uitgebreid met een ervaringsdeskundige, omdat is gebleken dat de inzet van een ervaringsdeskundige die de cursus actief ondersteunt een duidelijke positieve bijdrage kan leveren.

De cursus geeft een eerste aanzet om patiënten beter te leren omgaan met de ziekte. Zo maakt de cursist kennis met de principes achter het opstellen van een signaleringsplan en een stemmingsbeloopkaart. De nadere uitwerking moet na afloop van de cursus samen met de eigen behandelaar gebeuren. Aan het eind van de psycho-educatie cursus worden initiatieven tot voortzetting van de groep in de vorm van een zelfhulpgroep aangemoedigd.

Hoe geef je een boeiende cursus?

Een belangrijk onderdeel van de cursus is het verstrekken van informatie. Kennis over de ziekte helpt om er beter mee om te leren gaan en heeft daarmee een gunstig effect op het

beloop van de ziekte. Deze informatie hoeft niet allemaal van de cursusleiding te komen, de groepsleden weten zelf ook al heel veel. Het is de kunst om een goed evenwicht te vinden tussen het verstrekken van essentiële informatie en het bieden van voldoende ruimte voor interactie in de groep. De groepsleden moeten zich vooral prettig voelen in de groep en niet overstelpt worden met informatie. En bedenk: informatie die afkomstig is van lotgenoten heeft een grotere impact dan informatie die gegeven wordt door een hulpverlener!

Je kunt de interactie bevorderen door niet alle informatie zelf te geven, maar bij elk onderwerp dat je wilt behandelen aan de groep vragen te stellen als: “Wat denken jullie dat verschijnselen van een manie zijn?” of: “Wie gebruikt deze medicijnen en kan er iets over vertellen?”. Daarbij blijft het natuurlijk van belang dat jullie als gespreksleiders de door de groep ingebrachte informatie aanvullen of corrigeren als dat nodig is. Beperk je tot de basis, herhaal veel en vat steeds de essentie samen.

Bij dit Handboek wordt digitaal een PowerPoint presentatie (PPT) geleverd. Het verdient aanbeveling deze te gebruiken bij het voorbereiden van de cursus, als leidraad bij het bewaken van het proces. De PPT is uitdrukkelijk niet bedoeld om in zijn geheel te vertonen (teveel informatie). Zorg ook dat er een flap-over is om de informatie van de groepsleden zelf op te kunnen schrijven.

Inhoud van de cursus

In het Achtergronddocument (behorend bij dit Handboek) vind je informatie over de bipolaire stoornis. Gebruik het Achtergronddocument, de PPT en de informatiebronnen in Hb bijlage II bij het voorbereiden en geven van de cursus. Ook kun je de Richtlijn Bipolaire Stoornissen raadplegen die je hebt ontvangen als naslagwerk. Er kunnen vragen komen over specifieke onderwerpen waar noch de deelnemers noch jijzelf direct een antwoord weten. Dan is het wijs om te zeggen dat je het niet weet, maar het op zult zoeken.

Onderwerpen die in elk geval behandeld worden:

- De bipolaire stoornis: vóórkomen, ontstaan, verloop, behandelmogelijkheden. Rouw en acceptatieproces.
- Wat is een manie? Gevolgen voor het leven, gevolgen voor gezondheid. Hoe kan je ermee omgaan? Medicatie, vroegsignalering en sociaal ritme.
- Wat is een depressie? Gevolgen voor het leven, gevolgen voor gezondheid. Hoe kan je ermee omgaan? Medicatie, vroege signalering en sociaal ritme.
- Werken met de stemmingsbeloopkaart en het Signaleringsplan. Waarom is dit zinvol en hoe werkt het?
- Welke medicijnen kunnen worden voorgeschreven? Werking, bijwerkingen? Omgaan met medicijnen.

- Risico's voor de lichamelijke gezondheid bij bipolaire stoornissen. Leefstijl.
- Omgaan met hulpverleners: hoe blijf ik zelf verantwoordelijk voor mijn eigen behandeling?
- Stigma, werk.
- Lotgenotencontact, Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB).

Praktische tips voor de voorbereiding van de cursus:

- Vraag een ervaringsdeskundige via de VMDB om mee te doen.
- Plan een geschikt tijdstip op de dag en data voor de cursus. Organiseer om en om een cursus in de avonduren en een cursus overdag.
- Reserveer een ruimte.
- Reserveer een beamer en laptop, en een flap-over of whiteboard.
- Vraag een secretariael medewerker om ondersteuning, ook voor registreren van reacties van potentiële deelnemers. Een goede groepsgrootte varieert tussen 8 en 16 mensen (patiënten hebben soms een voorkeur voor kleine groep).
- Pas de PowerPoint- presentatie aan naar eigen behoefte.
- Bespreek samen (jij, je collega en de ervaringsdeskundige) de volgende les voor en verdeel de taken onderling.
- Regel dat er koffie en thee zijn op de avond zelf.
- Maak een doos met je USB stick, papier voor naambordjes, stiften voor whiteboard of flap-over, en het informatiemateriaal dat je de cursisten gaat geven.

Praktische tips voor de avond zelf:

- Zorg dat je minstens een half uur van tevoren aanwezig bent en zet de beamer aan.
- Zet de stoelen in een kring rond tafels.
- Zorg dat koffie en thee klaar staan.
- Vraag alle aanwezigen een naambordje te maken.
- Doe een voorstelronde en laat een van jullie zelf beginnen om 'de trend te zetten'.
- Begin met het vertellen van de grote lijn en de uitgangspunten van de cursus:
 - Welke onderwerpen gaan we globaal behandelen?
 - Groepsregels (interactief): bijvoorbeeld alle informatie blijft binnen deze 4 muren. Niets is gek. Je mag iets zeggen maar het hoeft niet. Meld je af als je niet kunt komen. Dit is een cursus, geen groepstherapie.
 - Soms moeten we een gesprek afronden in verband met de tijd.
 - Iedereen heeft een eigen behandelaar naast de groep: bespreek daar ook wat je hier leert.

Denk aan de principes: niet teveel informatie geven, wel veel interactie bevorderen!

4. Stemningsbeloop, vroegsignalering en vroege interventie

Het bijhouden van de stemmingsbeloopkaart (de Life Chart) helpt de patiënt en diens naaste om inzicht te krijgen in de stemming en factoren die er van invloed op zijn. Aanvullend helpt het maken en gebruiken van een Signaleringsplan om vroegtijdig een verstoring van het evenwicht te kunnen ontdekken en de juiste acties te kunnen ondernemen om dit evenwicht te herstellen. Beide hulpmiddelen versterken het zelfmanagement van de patiënt.

4.1. Stemmingsbeloop: Het invullen van de stemmingsbeloopkaart

Neem de stemmingsbeloopkaart die je vindt in Wb bijlage I.

- Leg de patiënt en diens naaste het belang uit van het leren herkennen van de eigen stemming en de beïnvloeding ervan door gebeurtenissen in het eigen leven.
- Maak terugkijkend op het afgelopen jaar een begin met het invullen van de kaart met de patiënt en diens naaste over het afgelopen jaar.
- Vraag als houvast naar 'grote' gebeurtenissen, zoals een verjaardag, vakantie, de kerstdagen. Hoe was de stemming toen? Vaak helpt dat bij het oproepen van herinneringen.
- Vraag bij de patiënt en diens naaste goed door naar de ernst van de symptomen van depressie en manie. Het is belangrijk dat hierover overeenstemming bestaat tussen de patiënt, diens naaste en jou. Gebruik de vraag: 'Als u een cijfer tussen 1 en 10 moet geven aan uw stemming op dat moment, hoe hoog zou dat dan zijn?'
- Vraag de patiënt de kaart thuis een maand dagelijks bij te houden en weer mee te nemen naar het volgende gesprek met jou en met de psychiater. Deze periode van intensieve monitoring dient om goed vertrouwd te raken met de methode.
- Maak afspraken over de frequentie van scoring van de stemming in de aankomende periode.
- Vraag vervolgens bij ieder gesprek naar de stemmingsbeloopkaart. Informeer vooral ook hoe het invullen ervaren wordt.
- In de eerste ZiS teamvergadering dient te worden besloten hoe vaak de patiënt de kaart de komende tijd zal bijhouden (dagelijks, eens per week, eens per maand etc).

4.2. Vroegsignalering: het maken van een Signaleringsplan

Vroegsignalering en vroege interventie betekenen: het leren herkennen van de eerste voortekenen die erop wijzen dat er een ontregeling van de stemming dreigt, om vervolgens vroegtijdig in te kunnen grijpen, gericht op herstel van evenwicht. Uitlokkende factoren zijn

factoren die eraan bijdragen dat het evenwicht verstoord raakt. *Vroege voortekenen* zijn signalen bij de patiënt – in de vorm van veranderende gedachten, gevoelens en gedragingen – die erop wijzen dat het evenwicht verstoord aan het raken is, dat wil zeggen dat er een manie of depressie dreigt. Beschermende factoren dragen eraan bij dat het evenwicht zoveel mogelijk in stand blijft.

Uitgangspunten:

- Een Signaleringsplan (SP) wordt gemaakt door de patiënt zelf en diens naaste, in samenwerking met een hulpverlener.
- Het beste moment voor het maken van een SP is als de stemming van de patiënt redelijk stabiel is.
- Je beschrijft uitlokkende factoren, vroege voortekenen en beschermende factoren zo concreet mogelijk.
- Begin bij de eigen ervaringen van patiënt en naaste, en vul in tweede instantie pas aan met je eigen kennis.

Het SP vind je in het Werkboek fig. 10.

Activiteiten bij het invullen van het SP manie:

- Bespreek welke factoren beschermend werken tegen het ontstaan van een manische episode. Beschrijf deze op het formulier (Wb fig. 10).
- Bespreek welke factoren mogelijke uitlokkers zijn van een manische episode. beschrijf deze op het formulier.
- Vraag de patiënt en diens naaste om, als huiswerk, onafhankelijk van elkaar te beschrijven welke de allereerste voortekenen zijn die ze hebben gezien voorafgaand aan eerdere manische episoden. (Wb fig. 9).
- Bespreek wat er gebeurt als de patiënt manisch is op het voor hem meest ernstige niveau (voor sommige patiënten is het ernstigste niveau hypomaan). Vraag de patiënt om de signalen zo concreet mogelijk te beschrijven. Vul dit in op het formulier SP, manie niveau 3.
- Ga dan samen op zoek naar hoe de fase voorafgaand aan de ernstigste fase eruit ziet, en beschrijf dit zo concreet mogelijk bij niveau 2.
- Nu zijn de drie fasen ingevuld van het ontstaan van een manische episode ingevuld. De volgende stap is het invullen van de acties die helpend zijn in elke fase: welk coping gedrag zetten de patiënt en zijn naaste zelf al in wanneer het evenwicht verstoord dreigt te raken? Wat helpt, wat helpt juist niet? Wie moet wat doen? Voeg vanuit jouw ervaring copingmogelijkheden toe indien nodig.

Activiteiten bij het invullen van het SP depressie:

- Bespreek welke factoren beschermend werken tegen het ontstaan van een depressieve episode. Beschrijf deze op het formulier SP (Wb fig. 10).
- Bespreek welke factoren mogelijke uitlokkers zijn van een depressieve episode. Beschrijf deze op het formulier.
- Vraag de patiënt en diens naaste om, als huiswerk, onafhankelijk van elkaar te beschrijven welke de allereerste voortekenen zijn die ze hebben gezien voorafgaand aan eerdere depressieve episoden. (Wb fig. 9).
- Bespreek wat er gebeurt als de patiënt depressief is op het voor hem meest ernstige niveau. Vraag de patiënt om de signalen zo concreet mogelijk te beschrijven. Vul dit in op het tweede deel van het formulier SP (Wb fig. 10), depressie niveau 3.
- Ga dan samen op zoek naar hoe de fase voorafgaand aan de ernstigste fase eruit ziet, en beschrijf dit zo concreet mogelijk bij niveau 2.
- Nu zijn de drie fasen van het ontstaan van een depressieve episode ingevuld. de volgende stap is het invullen van de acties die helpend zijn in elke fase: welk coping gedrag zetten de patiënt en zijn naaste zelf al in wanneer het evenwicht verstoord dreigt te raken? Wat helpt, wat helpt juist niet? Wie moet wat doen? Voeg vanuit jouw ervaring coping mogelijkheden toe indien nodig.

Zet de laatste puntjes op de 'i':

- Vul de nog ontbrekende onderdelen van het SP in: namen en bereikbaarheid.
- Maak afspraken over wie ervoor zorgt dat het SP daar terecht komt waar het bekend moet zijn (bijvoorbeeld huisarts).
- Neem het SP op in het dossier en maak collega's erop attent.
- Bespreek het SP in het volgende ZIS team overleg.
- Evalueer het plan minstens eens per jaar en in ieder geval na elke episode.

5. Medicatie

De meeste patiënten met een bipolaire stoornis gebruiken medicatie, vaak levenslang. Het is een essentieel onderdeel van de behandeling. Het gebruiken van medicatie is voor veel mensen moeilijk: het werkt niet altijd voldoende, er kunnen vervelende bijwerkingen optreden, sommigen ervaren het als stigmatiserend om medicatie te moeten nemen, als het beter met je gaat wil je stoppen, en telkens naar het lab moeten in verband met bloedonderzoek is belastend. Dus het is erg belangrijk om voldoende aandacht te hebben voor hoe de patiënt zijn medicatiegebruik ervaart.

Je inventariseert eerst de stand van zaken aangaande het medicatiegebruik. Als er problemen zijn worden die met de psychiater besproken en vervolgens zoek je samen met de patiënt en de psychiater naar oplossingen. Hier kun je ook de stappen van de Probleem Oplossende Behandeling gebruiken! (zie verder in deze handleiding).

Je bespreekt de volgende onderwerpen met de patiënt en diens naaste:

- Vul samen in welke medicatie de patiënt nu gebruikt (Wb fig. 11).
- Weet de patiënt waarvoor hij de medicatie gebruikt? Is de patiënt op de hoogte van de werking en de meest voorkomende bijwerkingen? Zo niet, geef die informatie of spreek af met de psychiater wie dat doet.
- Vraag naar de effecten van de medicatie. Is er al verbetering zichtbaar sinds de laatste keer dat het besproken werd?
- Vraag naar eventuele bijwerkingen en de hinder die deze bijwerkingen opleveren.
- Welke somatische controles worden uitgevoerd en hoe vaak? Hoe ervaart de patiënt dat?
- Hoe trouw neemt de patiënt de medicatie in en hoe vindt hij het om deze te moeten gebruiken? Vraag de patiënt de eerste keer de DAI vragenlijst in te vullen (Wb fig. 14) en bespreek de uitkomsten, zonder oordelen. Vervolgens wordt de DAI opnieuw gebruikt bij aankomende evaluaties van het medicatiegebruik.
- Vraag door naar eventuele weerstand tegen het gebruiken van de medicatie. Denk hierbij aan stigma, de verwachte werking van de medicatie, eventuele bijwerkingen, meningen van naasten over medicatiegebruik, eerdere ervaringen van de patiënt met (deze of andere) medicatie et cetera.
- Adviseer de patiënt de belangrijkste punten te bespreken met de arts. Vul samen ter ondersteuning het lijstje 'Gesprekspunten voor bij de psychiater' (Wb fig. 12) in en verzoek de patiënt dit mee te nemen naar het volgende gesprek met de psychiater.

- Indien de patiënt belemmeringen ervaart bij het bespreken van dit onderwerp met de arts: onderzoek samen wat die belemmeringen zijn en hoe deze opgelost of verminderd kunnen worden.
- Rapporteer in het dossier.
- Neem de uitkomsten van het gesprek ook mee naar het ZiS team en neem daar samen een besluit over hoe te werken aan oplossingen.

*'Je lithium afbouwen? Ik raad je dat ten zeerste af,' zegt mijn psychiater.
'Ja, maar ik ben al vijf jaar stabiel. Ik wil kijken of ik zonder kan. Ik zorg al jaren voor een goede dag- en nachtstructuur en heb een prima signaleringsplan.'
'Je beseft toch wel dat elke episode je kwetsbaarder maakt?'
'Ja, dat weet ik. Maar ik ga er vanuit dat ik geen nieuwe episode krijg. En mocht zich er onverhoopt een aandienen, dan trek ik aan de bel.'
'Dan ben je misschien al te laat. Ik vind het niet verstandig om te stoppen met je lithium.'
'Ik wil niet m'n hele leven lithium slikken. Dat vele drinken en plassen en het gedoe met m'n schildklier. U moest eens weten hoe vervelend dat is.'
'Ik kan me dat best voorstellen maar...'
'Dan kunt u zich toch ook wel voorstellen dat ik van de lithium af wil? Als ik het heel langzaam afbouw, gaat het vast lukken. En natuurlijk onder uw begeleiding. Goed?'*

Hoe kan het beter?

- De wens om medicatie af te bouwen speelt bij veel patiënten. Begrijpelijk, want het is geen prettig vooruitzicht om je leven lang medicijnen (met nare bijwerkingen) te moeten slikken. Het is belangrijk om hier, zonder oordeel, erkenning aan te geven.
- Als een patiënt wil stoppen met medicatie, wordt dat vaak geduid als gebrek aan ziekte-inzicht. Wees je ervan bewust dat het vooral iets zegt over de eigen kracht van de patiënt om de regie in eigen hand te houden. Benoem dit en durf met een open houding mee te kijken hoe de patiënt zijn medicatie zou willen afbouwen.
- Besef dat de patiënt, hoe pijnlijk dat ook kan uitpakken, recht heeft om zijn eigen builen te mogen vallen. Vaak ligt dat aan de basis om werkelijk tot acceptatie van medicatie te komen. Blijf, hoe dan ook, open staan voor de wens van de patiënt om medicatie af te bouwen: beter samen de mogelijkheden onderzoeken, dan dat je het contact verliest.

EvdH ervaringsdeskundige

6. Probleemoplossende Behandeling (POB)

Inleiding

POB is een korte en praktische behandeling voor psychische klachten, oorspronkelijk ontworpen voor gebruik in de eerstelijns zorg bij depressies. Binnen POB gaat de patiënt (individueel, samen met jou) aan de slag met alledaagse problemen en ervaart hierdoor dat hij invloed heeft op zijn stemming. Het is de bedoeling de patiënt te ondersteunen bij het oplossen van problemen, met als doel hem of haar meer vaardigheden aan te leren zodat hij in de toekomst een gevoel van controle over zijn functioneren krijgt.

Doelen van POB

De nadruk van POB ligt op het opbouwen van probleemoplossende vaardigheden. Gedurende de behandeling zijn de verpleegkundige en de patiënt bezig met de vier belangrijkste doelstellingen:

- Het creëren van succeservaringen, waardoor de patiënt sterker het gevoel krijgt controle te hebben over zijn of haar problemen. Hiermee wordt het zelfvertrouwen in het eigen vermogen om problemen op te lossen vergroot. Na het leren van de techniek van POB is de patiënt in staat om beter om te gaan met problemen in de toekomst en is hij of zij daarmee in staat gesteld om emotionele stress te verminderen.
- Leren dat er een relatie is tussen de huidige klachten/symptomen en dagelijkse problemen. Hierbij wordt ook gestreefd naar toenemend begrip voor het feit dat deze problemen een onderdeel zijn van het dagelijks leven. En een effectieve oplossing van dit soort problemen zal het eigen functioneren verbeteren.
- Het vergroten van de vaardigheid van de patiënt om zelf tot een goede probleemdefinitie te komen. De verpleegkundige benadrukt het belang van het maken van concrete en realistische doelen op basis van deze probleemdefinitie.
- Het leren van een specifieke manier voor probleemoplossing, zodanig dat de patiënt dit op een gestructureerde manier kan doen. De verpleegkundige introduceert specifieke vaardigheden die de patiënt toepast op dagelijkse problemen.

De cursus bestaat meestal uit zes sessies. Het eerste gesprek duurt ongeveer een uur. Daarna duren de sessies per keer ongeveer 30 minuten. Mocht het zo zijn dat een patiënt meer ondersteuning nodig heeft bij het uitvoeren van POB en dat huiswerkopdrachten soms te hoog gegrepen zijn, dan bestaat de mogelijkheid om POB zoals hier omschreven, aan te passen aan de capaciteiten van de patiënt.

Deze handleiding is een bewerking van Huijbregts e.a. (2007): Handleiding Problem Solving Treatment, met toestemming van de auteurs. In de hoofdstukken die volgen wordt achtereenvolgens beschreven wat de theorie is achter POB, voor wie de cursus is bestemd, en hoe de cursus is opgebouwd. De verschillende stadia van elk gesprek worden gedetailleerd uitgewerkt.

Omdat binnen het ZiS programma POB een belangrijke rol speelt hebben we ervoor gekozen om de handleiding uitgebreid weer te geven in dit Handboek.

6.1. POB achtergrondinformatie

In dit hoofdstuk wordt de theorie achter POB uitgelegd. Een cursus POB telt zes gesprekken, waarbij het eerste gesprek deels wordt gebruikt om de gedachten achter POB aan de patiënt uit te leggen. In dit hoofdstuk is uitgewerkt hoe de theorie van POB en de structuur van de cursus uit te leggen zijn aan de patiënt in het eerste gesprek.

6.1.1. Hoe ziet de cursus eruit?

De verpleegkundige legt eerst de basis van de cursus uit. Dit kan bijvoorbeeld door te zeggen: *'Vandaag zullen we beginnen met de Probleem Oplossende Behandeling (POB). Het doel van POB is u de vaardigheden te leren om probleemoplossende strategieën te kunnen gebruiken en daarmee te ervaren dat u invloed kunt hebben op uw problemen en uw leven, waardoor u zich beter kunt gaan voelen. We zullen hier in totaal zes gesprekken aan besteden, inclusief dit eerste gesprek, dat een uur duurt. Het tweede tot en met zesde gesprek zullen een half uur duren. Vandaag over een week spreken we elkaar weer, dan leg ik nog een keer uit hoe het werkt en zo zit er niet teveel tijd tussen het eerste en het tweede gesprek. Daarna zullen de gesprekken één keer per twee weken plaatsvinden. Ieder gesprek zullen we de volledige POB- strategie toepassen op tenminste één probleem. Voor sommige problemen zullen we een volledige oplossing bedenken binnen één gesprek. Andere problemen, over het algemeen de meer complexe problemen, zullen meer dan één gesprek nodig hebben en zullen continue aandacht nodig hebben, ook na afronding van de POB. We zullen starten met de meer eenvoudige problemen om later te gaan kijken naar de meer complexe problemen. Heeft u hier vragen over?'*

De klachten/symptomen en dagelijks ervaren problemen van de patiënt voor zover die al bekend zijn kunnen gebruikt worden om de theorie van de behandeling uit te leggen (het effectief aanpakken van problemen leidt tot klachtenvermindering). Op dit punt is het van belang om discussie over problemen te vermijden.

*Het zweet breekt me uit. Ik kan er geen touw aan vastknopen.
'Als je rustig de tijd neemt, wijst het zich vanzelf.' Ik hoor het hem nog zeggen.
Zie je wel, zelfs iets wat zich vanzelf wijst, komt bij mij niet binnen.
Het wordt niks met die cursus. Ik ben er gewoon te stom voor.
Wat zal hij nu wel niet van me denken? Hij heeft ervoor gezorgd dat ik die cursus mag volgen en nu bak ik er niets van. Ik zal zeggen dat een ander mijn plek maar moet innemen, iemand die het wel snapt. Aan mij valt immers geen eer te behalen.*

Hoe kan het beter?

- Het is goed om je te realiseren dat het volgen van een cursus geen vanzelfsprekende zaak is. Vraag om te beginnen hoe het, in zijn algemeenheid, is om een cursus te volgen. Waar ziet de patiënt tegenop? Wat ziet hij als uitdaging?
- Concentratieproblemen zijn vaak blijvend, ook al is de patiënt goed in balans. De confrontatie hiermee kan hem een wanhopig gevoel geven. Schaamtegevoelens kunnen hem parten gaan spelen. Neem tijd om bij deze gevoelens stil te staan alvorens je met de cursus van start gaat.
- Zoek samen naar wat nodig is om de stof goed te kunnen begrijpen. Vindt de patiënt het prettig om de dingen die jij zegt in eigen woorden samen te vatten? Wil hij steekwoorden opschrijven? Wil hij korte pauzes tussendoor? Door te volgen wat de patiënt nodig heeft, ondersteun je hem om grip te krijgen op de cursusstof.

EvdH ervaringsdeskundige

6.1.2. Het verband tussen klachten en dagelijkse problemen.

Het succes van iedere therapeutische inspanning komt gedeeltelijk voort uit de mate waarin een patiënt de onderliggende didactiek en filosofie van de interventie begrijpt. Daarom is het van essentieel belang dat de verpleegkundige een volledige uitleg geeft van het idee achter POB, in taal die de patiënt begrijpt. Hierbij geeft de verpleegkundige aan dat er een directe link is tussen de symptomen/klachten van de patiënt, de problemen die hij ervaart en de rol die 'probleemoplossende vaardigheden' kunnen spelen in de oplossing hiervan. Het is de taak van de verpleegkundige om de patiënt te leren begrijpen dat zijn of haar symptomen een emotionele reactie zijn op problemen. Onopgeloste problemen kunnen klachten veroorzaken of verergeren. Omdat deze klachten ook weer het oplossen van problemen belemmeren, ontstaat een neerwaartse spiraal tussen problemen en klachten/symptomen. POB verbetert de probleemoplossende vaardigheden, waarna een verbeterde probleemoplossing de stemming verbetert. Het idee hierachter is: 'verbetering volgt na actie'. Patiënten wachten vaak tot ze zich beter voelen voordat ze iets gaan ondernemen. Het is daarom van belang de patiënt duidelijk te maken dat andersom vaak beter werkt. De verpleegkundige legt uit dat de patiënt zijn of haar problemen kan aanpakken gedurende de behandeling, en dat een succesvolle oplossing zal leiden tot vermindering van de klachten/symptomen. Het is belangrijk om rekening te houden met de neerslachtige, angstige of wantrouwige gemoedstoestand van de patiënt zonder het gevoel van

hopeloosheid te versterken. Onrealistische verwachtingen hoeven niet gestimuleerd te worden, maar optimisme kan wel aangemoedigd worden om de patiënt te motiveren.

Op dit punt is het belangrijk nogmaals te benadrukken dat de patiënt een actieve rol heeft in de behandeling. De verpleegkundige investeert in een positieve en constructieve probleemoplossende oriëntatie. In de eerste sessie is de belangrijkste taak de patiënt te motiveren. Deze motivatie kan bereikt worden als de patiënt merkt dat de verpleegkundige luistert, de moeilijkheden van de patiënt begrijpt en deze gebruikt om de principes van POB helder en duidelijk uit te leggen.

Een introductie op POB kan als volgt geformuleerd worden: *‘Onopgeloste problemen in het leven kunnen mensen steeds maar weer in de (sociale) problemen brengen. Het kan zijn dat iemand zich gaat voelen alsof alles uit zijn of haar handen glipt en de problemen over hem of haar heen spoelen. POB is een systematische methode die u helpt de problemen te verhelderen en er een oplossing voor te vinden. Als er vorderingen zijn met het oplossen van deze problemen, dan ervaren mensen vaak dat ze meer invloed hebben op hun leven en hierdoor wordt de stemming beter. Verbetering komt na de actie, dus we zullen veel energie steken in het bedenken van zinnig huiswerk zodat hieraan gewerkt kan worden tussen de sessies door.’*

De link tussen symptomen en problemen kan ook helder gemaakt worden aan de hand van klachten die een patiënt vertelt te hebben. Als een patiënt bijvoorbeeld slecht slaapt, kan de verpleegkundige vragen of de patiënt soms ergens over piekert als hij wakker ligt. Als de patiënt in dat geval een probleem noemt dat hem uit de slaap houdt, kan de verpleegkundige zeggen: ‘Denkt u dat u beter zou slapen als het probleem er niet meer was?’ Het is op dit punt in de sessie nog wel van belang om niet te diep op het probleem in te gaan. Tijdens de inventarisatie van de problemen en de eerste POB-sessie (het tweede half uur van sessie 1) kan het probleem opnieuw aan bod komen.

6.1.3. Houding van de patiënt ten opzichte van problemen.

Depressieve mensen of mensen bij wie de stemming vaak en hevig wisselt hebben vaak het gevoel geen controle te hebben over hun problemen, worden regelmatig overspoeld door hun problemen en emoties en zien geen uitweg om hier iets aan te doen. Het is dan ook van belang dat de patiënt ervan overtuigd raakt dat problemen een normaal en te verwachten deel van het leven zijn. Problemen, kleinere of grotere, horen bij het leven. Problemen kunnen daarom beter gezien worden als uitdagingen die we tegenkomen in het leven, waarmee we het beste op een proactieve en constructieve manier om kunnen gaan. Een

negatieve stemming is meestal een signaal dat er problemen spelen in ons leven. Mensen met een bipolaire stoornis kunnen erg pessimistisch over hun situatie zijn en denken dat hun pogingen toch niet zullen werken. Benadruk als verpleegkundige dat het begrijpelijk is dat de patiënt dit zo ervaart, maar dat juist deze negatieve gedachten de patiënt weerhouden van het aanleren van een vaardigheid, een nieuwe strategie, die wellicht goed zou kunnen werken bij de patiënt. Erken de slechte stemming van de patiënt, maar bekrachtig zijn of haar hopeloze gevoel niet. Optimisme is belangrijk ter aanmoediging van de patiënt, zonder onrealistische verwachtingen te scheppen. 'Laten we het gewoon eens proberen. Dan kun je achteraf altijd nog oordelen.'

6.1.4. De zeven stadia van POB.

Het benoemen van de verschillende stadia van POB helpt bij het verminderen van onduidelijkheid bij de patiënt over wat hij of zij kan verwachten tijdens een sessie, en helpt daarmee bij het verminderen van angst of wantrouwen. De stadia hoeven daarvoor echter niet uitgebreid te worden besproken. De patiënt wordt dan overspoeld met nieuwe informatie. Benadruk de gerichte aanpak bij POB. De sessies zijn geen uitlaatklep waarin allerlei problemen in het wilde weg de revue passeren, maar een systematische aanpak van problemen. Discussie over bijkomstige zaken die niet sterk verbonden zijn met het probleem, wordt vermeden. Maak ook duidelijk dat van de patiënt een actieve houding verwacht wordt, waarbij ook huiswerktaken horen.

6.1.5. De relatie met de zorgbehoeften (CANSAS)

Als de structuur van de behandeling eenmaal duidelijk is, dan is de patiënt klaar om problemen te gaan benoemen waar aan gewerkt kan worden. De verpleegkundige kan beginnen met te stellen: *'Nu u weet hoe POB kan helpen, kunnen we daadwerkelijk beginnen met het toepassen van POB zodat u zich beter kunt gaan voelen. In uw behandelplan is een aantal doelen opgenomen, waarbij POB misschien kan helpen. Hoe lijkt het u om met een daarvan te beginnen?'* Het is belangrijk om voor deze eerste keer een niet te emotioneel belastend probleem te kiezen, om zo snel mogelijk succeservaringen te kunnen opdoen. Pas als de patiënt de POB vaardigheden onder de knie heeft kan gekeken worden naar meer complexe problemen.

6.2. De structuur van de vijf sessies in de cursus.

Tijdens elke sessie binnen de cursus POB worden 7 stadia doorlopen. Deze worden in dit hoofdstuk uitgebreid beschreven:

1. Verkenning en heldere omschrijving van het probleem.

2. Het stellen van een realistisch doel.
3. Het genereren van zoveel mogelijk potentiële oplossingen (brainstormmethode).
4. Het overwegen van de voor- en nadelen van elke mogelijke oplossing.
5. Het kiezen van de oplossing die het beste past.
6. Implementatie van de gekozen oplossing (het maken van een actieplan).
7. Het evalueren van de voortgang (nadat de oplossing is geïmplementeerd).

6.2.1. Stadium 1. Het beschrijven van het probleem

In het behandelplan zijn doelen opgenomen die gebaseerd zijn op de resultaten op de zorgbehoeftevragenlijst (CANSAS). Bij een aantal van deze doelen hebben we in het ZiS team vastgesteld dat deze zich lenen voor uitwerking via de probleemoplossende behandeling. Het is vaak handig als het eerste bij POB gekozen probleem een niet te grote emotionele belasting voor de patiënt met zich meebrengt. Anders bestaat het risico dat de drempel die een patiënt over moet om aan het probleem te werken te hoog is. De kans op een 'succeservaring' wordt dan kleiner.

Verderop in de behandeling kiest de patiënt steeds het probleem dat hij of zij tijdens die specifieke sessie aan bod wil laten komen, zelfs als een probleem uit een eerdere sessie nog niet volledig is opgelost. De keuze is aan de patiënt. Vaak is het probleem in het begin nog breed gedefinieerd en kan het beter in kleinere deelproblemen worden opgedeeld. Hierdoor wordt de succeskans groter.

De patiënt heeft altijd het laatste woord over welk probleem tijdens de sessie aan bod komt. Wel kan de verpleegkundige waar nodig sturen. Als er eenmaal een probleem is gekozen, worden tijdens stadium 1 de volgende drie stappen gevolgd:

Stap 1: Het verduidelijken van het probleem.

Stap 2: Het opsplitsen van grote problemen in kleinere deelproblemen.

Stap 3: Het verwoorden van het probleem op een heldere en objectieve manier.

6.2.1.1. Stap 1: Het verduidelijken van het probleem.

POB staat of valt met een heldere en de patiënt aansprekende probleemstelling. Als het probleem niet goed verkend is, bestaat het risico dat de patiënt er ontoereikende of zelfs irrelevante oplossingen voor bedenkt. Ook kunnen hierdoor soms problemen tijdens de vervolgstadia ontstaan. In dat geval keren de verpleegkundige en de patiënt terug naar stadium 1 om het probleem opnieuw te definiëren. Dit kost echter veel tijd, dus is het belangrijk om dit te voorkomen door goed stil te staan bij de probleemverkenning.

Daarbij kunnen we ons een tweetal zaken afvragen. Als eerste: wat is een probleem nu eigenlijk? Per definitie is een probleem een situatie waarin de gewenste gang van zaken afwijkt van de huidige gang van zaken en waarbij een of ander obstakel in de weg staat. Vaak zullen patiënten een probleem beschrijven (bijvoorbeeld een rommelige en volgepropte kast) dat zij nog niet hebben aangepakt, zonder dat er sprake is van een duidelijk obstakel (ze zijn er bijvoorbeeld gewoon nog niet aan toe gekomen). In zo'n geval is er eigenlijk geen sprake van een probleem dat relevant is voor POB. Het is prima om de patiënt dan toch te helpen om tot een plan van aanpak te komen, maar hiervoor hoeven niet alle 7 stadia doorlopen te worden. Dergelijke situaties kunnen doorgaans snel behandeld worden tijdens het begin van de sessie, zodat er voldoende tijd overblijft om de POB-sessie te gebruiken voor een meer relevant probleem.

De tweede (maar zeer belangrijke) vraag is: in welke mate heeft de patiënt controle over het probleem? 'Het hebben van een echtgenoot die teveel drinkt' is geen definitie van een hanteerbaar probleem. De patiënt heeft geen directe controle over het drinkgedrag van zijn of haar partner. 'Niet weten wat ik kan doen aan het drinkgedrag van mijn echtgenoot' is hanteerbaarder omdat de nadruk hiermee meer komt te liggen bij wat de patiënt kan doen.

Een van de positieve uitkomsten van POB is idealiter dat patiënten leren om onderscheid te maken tussen zaken waar ze wel controle over hebben en zaken waarbij dat niet het geval is. Aan de ene kant leert POB patiënten zich te ontworstelen aan chronische, frustrerende en depressief stemmende persoonlijke situaties, terwijl ze aan de andere kant leren zaken te accepteren die ze echt niet kunnen veranderen. Sommige patiënten leren dit mechanisme alleen al kennen doordat ze oefenen met POB, terwijl andere patiënten eerst een aantal mislukte pogingen moeten ondernemen voordat ze echt kunnen accepteren dat een probleem buiten hun sfeer van invloed ligt. Zulke leerervaringen kunnen grote invloed hebben op het vermogen van patiënten om oude vastgeroeste negatieve copingmechanismen te doorbreken.

Tijdens de probleemverkenning kan het helpen om de volgende vragen samen met de patiënt te overwegen:

- a) Wat maakt dit een probleem?
- b) Wanneer treedt het probleem op?
- c) Waar doet het probleem zich voor?
- d) Wie is/zijn betrokken bij het probleem?
- e) Hoe vaak doet het probleem zich voor?
- f) Wat heb je al geprobeerd om het probleem op te lossen?
- g) Kun je echt controle uitoefenen over dit probleem?

6.2.1.2. Stap 2: Het opsplitsen van grote problemen.

Grote problemen blijken vaak te zijn samengesteld uit een aantal kleinere, maar toch duidelijk te onderscheiden, deelproblemen. Tijdens het verkennen van het probleem kan het voorkomen dat de patiënt zich niet bewust is van of niet voldoende waarde hecht aan de onderlinge verbondenheid tussen deze deelproblemen die samen het grotere overkoepelende probleem vormen. Als deze deelproblemen niet worden onderscheiden kan een te vage probleemdefinitie ontstaan, waardoor het probleem niet goed kan worden opgelost. Een voorbeeld hiervan is een patiënte die aangaf dat ze problemen had met 'familiebanden'. Bij navraag bleek dat er een aantal verschillende problemen speelden. Ten eerste was ze boos op haar echtgenoot omdat deze vier avonden in de week niet thuis was. Ten tweede ervoer ze veel kritiek van haar moeder op de manier waarop zij het huishouden deed. Ten derde had ze de zorg op zich genomen voor haar chronisch zieke, ondankbare zus. De verpleegkundige en de patiënt namen al deze deelproblemen zorgvuldig door en kozen er toen één om in eerste instantie aan te werken.

Ook als het probleem op zich duidelijk verwoord is, kan het zijn dat er naar verschillende deelaspecten gekeken moet worden. Een voorbeeld van zo'n probleem is 'geld sparen om Sinterklaascadeautjes te kopen'. Op zich is dit een helder en specifiek genoeg probleem. Het is echter mogelijk dat meerdere probleemgebieden aan dit probleem raken. Iemand's inkomen kan bijvoorbeeld te laag zijn. Tegelijkertijd kan iemand een te hoog uitgavenpatroon hebben. Er kunnen schulden zijn. En misschien is er onenigheid tussen de patiënt en zijn of haar partner over wat er met het geld gedaan moet worden. Het is dan nodig om elk van de probleemgebieden aan te pakken.

De belangrijkste boodschap van deze voorbeelden is dat problemen het best aangepakt kunnen worden als ze in kleinere, behapbare deelproblemen worden opgedeeld die tot duidelijke gedragsdoelen leiden. Hierdoor ontstaat een completer inzicht in alles wat bij het probleem meespeelt. Dit werkt een effectieve en efficiënte probleemaanpak in de hand.

6.2.1.3. Stap 3: Verwoord het probleem helder en objectief.

Bij POB is de probleemdefinitie van groot belang, omdat de volgende stadia in de POB erop gebaseerd zijn. Het is daarom erg belangrijk dat het probleem op een heldere en zo specifiek mogelijke manier wordt verwoord. Met andere woorden: de probleemdefinitie moet verwijzen naar concreet gedrag.

Het belang hiervan mag niet worden onderschat. In het dagelijks leven definiëren mensen hun problemen vaak niet op een duidelijke manier. Probleemdefinities zijn vaak vaag en worden al helemaal niet uitgedrukt in concreet gedrag. 'Mijn dochter gedraagt zich niet respectvol ten opzichte van mij', is een voorbeeld van een te vage probleemdefinitie. Er wordt niet duidelijk wat de moeder kan doen om de situatie positief te beïnvloeden. De volgende probleemdefinitie geeft daarover meer duidelijkheid: 'Mijn dochter zegt dat ik mijn kop moet houden als ik haar vraag om iets te doen'. Deze probleemdefinitie is objectiever en wijst in de richting van gedrag dat gewijzigd kan worden (overigens is het gedrag van de dochter misschien niet te wijzigen, maar het gedrag van de moeder ten aanzien van haar dochter wel. Dit komt bij de doelstelling uitgebreider aan bod).

Problemen die op een subjectieve of niet observeerbare manier worden verwoord, dienen te worden vermeden. Voorbeelden hiervan zijn problemen als 'laag zelfvertrouwen'. Het probleem met 'laag zelfvertrouwen' is, dat niet iedereen er dezelfde betekenis aan zal toekennen omdat het toch vooral verwijst naar iets dat zich 'binnen de persoon' afspeelt. Het is niet direct te observeren of te vertalen in concreet meetbaar gedrag. 'Laag zelfvertrouwen' kan anders worden verwoord. Het is bijvoorbeeld vaak gekoppeld aan het vermijden van andere mensen en het verzeild raken in een isolement. Een werkbare definitie van het probleem zou kunnen zijn: 'teveel tijd alleen doorbrengen' of 'het niet hebben van vrienden'. Met name 'teveel tijd alleen doorbrengen' verwijst naar gedrag en is misschien zelfs meetbaar.

Een ander voorbeeld van een niet productieve definitie is 'depressie', ook weer omdat de aandoening zich vooral binnen de persoon zelf afspeelt. Door te kijken naar de gevolgen ervan voor de patiënt kan naar een werkbare probleemdefinitie worden gezocht. Depressie wordt bijvoorbeeld vaak in verband gebracht met uitval op het werk en het niet meer vervullen van de huishoudelijke taken. Een nieuwe definitie zou dan misschien kunnen luiden: 'teveel dagen niet naar het werk kunnen gaan' of 'het werken in de tuin laten versloffen'. Door het probleem concreter te verwoorden wordt het beter observeerbaar en meetbaar.

Als patiënten hun probleem op een erg subjectieve manier verwoorden, kan het vaak helpen om te vragen hoe het probleem hun functioneren op het gebied van familie, werk en sociaal leven beïnvloedt. Een dergelijke vraag brengt het probleem terug in het domein van het 'hier en nu' en brengt praktische aspecten aan het licht die direct kunnen worden aangepakt.

Een andere strategie is de patiënt te vragen het probleem te visualiseren. De verpleegkundige vraagt de patiënt bijvoorbeeld zijn of haar ogen te sluiten en een plaatje van

het probleem te maken. Wat ziet hij of zij dan? Het is niet mogelijk om zelfvertrouwen te visualiseren, maar het is wel mogelijk om een plaatje te bedenken van iemand die alleen thuis zit en door het raam een overwoekerde tuin ziet. Als iemand het probleem kan visualiseren, kun je er als verpleegkundige redelijk zeker van zijn dat het op een objectieve manier is verwoord en dat het mogelijk is om er met behulp van POB iets aan te doen.

Soms willen patiënten graag problemen bespreken die onderzoekers en verpleegkundigen meer als symptomen van een stoornis zien. Voorbeelden hiervan zijn: slaapproblemen, gebrek aan energie en weinig motivatie. Hoewel deze symptomen problematisch zijn, zijn het geen objectieve alledaagse levensproblemen en zijn ze daarom niet bijzonder geschikt voor POB. Toch kan het goed zijn, zeker als de patiënt aandringt, om een symptoom te kiezen als probleemgebied; zeker als iemands functioneren door het symptoom wordt beperkt. De probleemdefinitie kan dan ook beter in termen van functioneren dan van symptomen worden beschreven. Een laag energieniveau kan bijvoorbeeld iemands' vermogen verminderen om het huishouden te doen. In dat geval is het beter om het probleem te verwoorden als 'problemen met het doen van huishoudelijke taken' dan als 'een te laag energieniveau'. Een gebrek aan motivatie kan bijvoorbeeld in de weg gaan staan van het bezoeken van vrienden. Als de patiënt zijn of haar functionele beperkingen (bijvoorbeeld de problemen met betrekking tot huishoudelijke taken) kan aanpakken, zal de ervaren hopeloosheid minder heftig worden en zullen symptomen als 'een laag energieniveau' en 'weinig motivatie verminderen'.

Vraag

Sta even stil bij het volgende: de probleemstelling van de patiënt luidt 'mijn echtgenoot is chronisch ziek'. Is dit een werkbare probleemstelling? Hoe zou je de probleemstelling anders kunnen verwoorden?

6.2.2. Stadium 2. Het stellen van een realistisch doel (SMART)

Als het probleem helder en duidelijk geformuleerd is, volgt het stadium van het stellen van één of meer haalbare doelen. Hiervoor is het nodig duidelijk aan het licht te krijgen wat de patiënt precies aan het probleem veranderd wil zien. Wat wil de patiënt bereiken? Is dat haalbaar? Vaak is het behulpzaam om aan de patiënt de volgende vraag te stellen: *'Als het probleem er niet meer was, wat zou er dan veranderd zijn?'* Dit stelt de patiënt in staat om een toekomstbeeld te visualiseren en vanuit dat punt terug te denken aan de stappen die nodig zijn om daar te komen (een beetje zoals je bij het uitzetten van een route op een landkaart ook het beste kunt beginnen bij het eindpunt van de reis).

De volgende vragen helpen om helder te krijgen wat in verband met de problemen van de patiënt een doel zou kunnen zijn:

- 1) Wat wilt u aan het probleem doen?
- 2) Wat wilt u veranderen aan het probleem?
- 3) Wanneer zou u zich beter voelen ten aanzien van het probleem?
- 4) Wat zou een verschil maken?
- 5) Waardoor zou u zich beter gaan voelen?

Met behulp van deze vragen kan de patiënt de overstap maken van het nadenken over het probleem naar wat hij of zij aan dat probleem wil doen. Als de patiënt heeft bepaald wat hij of zij wil veranderen aan het probleem, komt de nadruk te liggen op de haalbaarheid van het doel. Het is belangrijk om bij het beoordelen van de haalbaarheid zowel de balans tussen de mogelijkheden en onmogelijkheden van de patiënt (draagkracht-draaglast) in de gaten te houden, als het tijdsplan waarin het doel gehaald moet worden.

Ook hier is het van belang, net als bij de probleemdefinitie, dat het doel helder geformuleerd wordt. Het doel moet echter niet zo gedetailleerd zijn dat maar één specifieke oplossing mogelijk is en het proces van oplossingen genereren voortijdig wordt afgebroken. Dat genereren van oplossingen gebeurt namelijk tijdens het volgende stadium van POB waarin het 'brainstormen' plaatsvindt. Als het doel niet helder geformuleerd is, bestaat het risico dat een stap in het proces wordt overgeslagen en het uiteindelijke resultaat minder goed is dan het zou kunnen zijn!

Voor het probleem van 's avonds het huis niet uitkomen, formuleerde een patiënt als doel: 'één keer per week naar de bioscoop gaan'. Dit is weliswaar een helder doel maar nogal beperkt. Een ruimer gesteld doel is bijvoorbeeld: 'twee keer per week uitgaan, eenmaal alleen en eenmaal met iemand anders'.

Haalbare doelen zijn SMART doelen:

Specifiek - een heldere definitie van wat het doel is.

Meetbaar - het is eenvoudig vast te stellen of het doel wel of niet gehaald is.

hAalbaar - spreekt voor zich, maar zie voorbeeld hier onder (Achievable)

Relevant - het doel sluit aan bij het probleem.

Tijdgebonden - na een vooraf bepaalde tijd wordt gekeken of het doel gehaald is

Doelen die op het eerste gezicht SMART lijken, blijken dat bij nader inzien niet altijd te zijn. Een voorbeeld van een doel dat aan bijna alle criteria voldoet is: 'in de loop van de komende

week 5 kilo afvallen'. Dit doel is specifiek, meetbaar, tijdsgebonden en kan voor de patiënt zeer relevant zijn. De vraag is echter of het doel ook haalbaar is. De patiënt heeft in ieder geval maar beperkte controle over het daadwerkelijke gewichtsverlies. Een beter doel zou kunnen zijn: 'over een week heb ik minimaal 3 manieren bedacht om mijn vetconsumptie te verminderen' of 'over een maand beweeg ik minstens een half uur per dag'. Deze doelen verhogen de kans op een succeservaring omdat de patiënt er volledige controle over heeft. Of de kilo's er af vliegen of niet, het is in ieder geval gelukt om meer te bewegen.

Een risico bij het formuleren van SMART-doelen is dat het doel zo gedetailleerd wordt gesteld dat er geen ruimte meer is om te brainstormen over mogelijke oplossingen (stadium 3). Een voorbeeld hiervan is een patiënt die als probleem formuleerde dat ze geen zicht had op haar inkomsten en uitgaven in de komende maand. Zij wilde vervolgens als doel stellen dat ze zou gaan bezuinigen. Als de verpleegkundige niet had ingegrepen had het brainstormen alleen nog bestaan uit het benoemen van bezuinigingsmaatregelen. De verpleegkundige greep echter in en vroeg de patiënt of ze echt alle facetten van het probleem had overzien. Na enige denkwerk werd het doel opnieuw geformuleerd: 'over twee weken heb ik meer dan 3 verschillende manieren bedacht en uitgeprobeerd die kunnen helpen de inkomsten en uitgaven in de komende maand beter te overzien'. Het oorspronkelijke doel (bezuinigen) werd daardoor slechts één van de mogelijke oplossingen. Andere oplossingen waren: een accountant zoeken, haar vader om hulp vragen en het halen van boeken over de huishoudelijke financiën in de bibliotheek. Deze opties waren over het hoofd gezien als het oorspronkelijke, te gedetailleerde doel was blijven staan.

Als het de patiënt tijdens het consult niet lukt een doel te formuleren bij een probleem, kan hij of zij dit ook thuis doen. Het kan hierbij helpen eventuele doelen eens te bespreken met vrienden of familie. Als een helder (SMART) doel is geformuleerd kan de verpleegkundige verder gaan met stadium 3 het genereren van potentiële oplossingen (brainstorm techniek).

Vraag

Is 'steviger in mijn schoenen staan' een SMART-doel? Hoe zou je dit SMART kunnen verwoorden?

6.2.3. Stadium 3. Zoveel mogelijk potentiële oplossingen bedenken.

Wanneer er eenmaal een haalbaar doel is gesteld, wordt de patiënt gevraagd om een scala aan potentiële oplossingen te bedenken. Dit gebeurt met de brainstormmethode. De

veronderstelling hierbij is dat creativiteit de kans op het vinden van een goede oplossing verhoogt. Daarbij geldt: 'het eerste idee dat in je opkomt is niet altijd het beste'. Daarom is het belangrijk de patiënt erop te wijzen dat het de bedoeling is met behulp van de brainstormtechniek zoveel mogelijk oplossingen te bedenken. Potentiële oplossingen moeten niet te vroeg worden afgekeurd en verworpen, zelfs als ze in eerste instantie misschien belachelijk of onuitvoerbaar lijken. Patiënten leren nadenken over verschillende oplossingen helpt ze flexibeler te worden in hun kijk naar oplossingen voor problemen.

Als de patiënt een oplossing meteen beoordeelt (bijvoorbeeld door te zeggen: 'Maar dat is toch onmogelijk'), kan de verpleegkundige reageren door te zeggen: *'Ik merk dat u deze oplossing al meteen beoordeelt. Het is mogelijk dat u uiteindelijk besluit deze oplossing niet te kiezen, maar dat gebeurt pas in het volgende stadium.'*

Benadruk de volgende belangrijke aandachtspunten. Allereerst: het aantal oplossingen is belangrijk. Hoe groter het aantal potentiële oplossingen, des te groter is de kans dat problemen met succes kunnen worden opgelost. Ten tweede: de patiënt moet zich vrij voelen om een aantal ideeën te combineren als dat praktisch lijkt en ook om gaandeweg nog ideeën te wijzigen en bij te stellen. Ten derde: het is belangrijk dat ideeën niet worden 'beoordeeld' voordat de patiënt klaar is met brainstormen. Dat heeft namelijk het risico dat misschien voortijdig van een wellicht succesvolle of innovatieve oplossing wordt afgezien. Tenslotte: als de patiënt grote moeite heeft met het bedenken van oplossingen, moedig hem of haar dan aan te bedenken hoe anderen zouden reageren op een dergelijk probleem, of vraag om expres eens een 'gekke' oplossing te bedenken. Deze depersonaliserende tactiek helpt geremde patiënten doorgaans zich er minder zorgen over te maken misschien domme oplossingen te bedenken en bevordert creatiever denken en effectiever brainstormen in de toekomst. Leg wel duidelijk uit dat het doel van deze exercitie 'veel oplossingen' is en niet 'gekke oplossingen'.

Om het brainstormen te vergemakkelijken stelt de verpleegkundige de volgende vragen en/of maakt de volgend opmerkingen:

- 'wat kunt u nog meer bedenken?'
- 'laat uw gedachten eens gaan?'
- 'welke ludieke ideeën kunt u bedenken?'
- 'oordeel niet te snel'
- 'laat alle voorzichtigheid eens varen'
- 'wat zou je beste vriend/partner/moeder/baas zeggen?'

Opmerkingen als 'kunt u nog iets anders bedenken?' en 'hebt u nog andere ideeën?'

kunnen beter worden vermeden, omdat daarop gesloten antwoorden kunnen volgen zoals 'nee', en er abrupt een einde komt aan het proces van brainstormen. Een andere nuttige techniek staat bekend als de 'Baksteen Techniek'. Aan de patiënt wordt gevraagd zoveel mogelijk toepassingen van een baksteen te bedenken. Patiënten beginnen altijd met het meest voor de hand liggende gebruik, namelijk bouwen van een huis, garage, etc. De verpleegkundige vraagt vervolgens of de patiënt de baksteen ook kan gebruiken om een ruitje in te slaan als hij of zij buitengesloten is, of om een raam open te houden, of om zich te verdedigen wanneer hij wordt aangevallen in een nauw steegje. Deze oefening helpt patiënten 'buiten hun eigen denkkader' - in het Engels 'outside of the box' - te leren denken. Hierdoor hebben zij snel door dat het niet behulpzaam is als zij zich beperken tot de gebruikelijke manieren van denken.

Met name tijdens de eerste sessies kijken patiënten vaak naar de verpleegkundige op het moment dat er oplossingen bedacht worden. Patiënten vragen vaak: 'Wat denkt u dat er moet gebeuren?' Vaak denken ze op dat moment nog erg negatief over hun mogelijkheden om verschillende nieuwe oplossingen te bedenken. De verleiding voor de verpleegkundige is dan groot om de patiënt ideeën aan te gaan reiken. Dit is echter nooit een goed idee. Ten eerste krijgt de patiënt hierdoor de boodschap dat hij of zij afhankelijk is van de verpleegkundige voor het oplossen van zijn of haar problemen. Ten tweede neemt het de voldoening bij de patiënt weg dat hij zelf effectieve coping strategieën kan bedenken. Ten derde ontwikkelt de patiënt hierdoor geen nieuwe vaardigheden.

Gelukkig zijn er verschillende manieren om dit te ondervangen. De eerste en meest voor de hand liggende manier is de patiënt te vertellen dat het jouw taak als verpleegkundige is om hem nieuwe vaardigheden bij te brengen en dat het zijn taak is om problemen, doelen en oplossingen te bedenken. De patiënt is immers zelf degene die het beste weet welke oplossingen relevant zijn voor zijn leven. De verpleegkundige kan feitelijk alleen oplossingen bedenken die voor hem- of haarzelf relevant zijn. Een andere manier is het laten vallen van stiltes. Een bekend gezegde luidt niet voor niets 'geen woorden maar daden'. Als de patiënt zich realiseert dat de verpleegkundige de kolen niet voor hem uit het vuur gaat halen, wordt vaak snel duidelijk hoe het model werkt.

Als niets lijkt te werken, kan de verpleegkundige de patiënt ook nog vragen of hij iemand anders kent die ook met dit probleem heeft geworsteld. Hoe heeft die persoon het aangepakt? Ook oplossingen die niet bleken te werken mogen worden genoemd. Dat lijkt en beetje vreemd, maar het is belangrijk je daarbij te realiseren dat de patiënt waarschijnlijk een enigszins vertekend beeld heeft van wat een succesvolle oplossing is. In ieder geval zijn veel

mensen het niet gewend om oplossingen op een systematische manier te evalueren. Het is daarom wel degelijk mogelijk dat een onderdeel van een oplossing die eerder niet effectief leek, na enige discussie toch werkbaar blijkt te zijn. In ieder geval helpt deze oefening de patiënt om te brainstormen zonder alle oplossingen al bij voorbaat als kansloos te bestempelen.

De laatste strategie die hier aan bod komt, is het problematiseren van het brainstormen op zich. Brainstormen is een essentieel onderdeel van POB. Het is daarom prima om hier wat extra tijd voor in te ruimen. De verpleegkundige kan hierbij vragen stellen als: *‘Waar zou je normaal gesproken ideeën vandaan halen om dit probleem op te lossen?’*, en *‘Wie zou je om raad vragen?’*, en *‘Hoeveel weet je al van alles wat er over dit probleem te weten valt?’*

Vraag

Bij het brainstormen zegt de patiënt: “Wat denk jij dat ik moet doen?” Hoe kun je hier als verpleegkundige goed op reageren?

6.2.4. Stadium 4. Het afwegen van de voor- en nadelen.

Als de patiënt een scala aan potentiële oplossingen heeft bedacht, leert de verpleegkundige de patiënt hoe hij deze op strategische wijze tegen elkaar af kan wegen. De patiënt denkt daarbij na over de voor- en nadelen van elke potentiële oplossing.

Effectieve oplossingen zijn oplossingen waarmee niet alleen het probleem wordt opgelost maar waarbij ook de kans op een negatieve uitkomst voor de patiënt of anderen in zijn omgeving zo klein mogelijk is. Net zoals bij het brainstormen is het belangrijk eventueel commentaar ‘open’ te formuleren, bijvoorbeeld als volgt: ‘wat zijn de nadelen van..?’ Dit impliceert dat er altijd wel enkele voor- en nadelen zijn.

Bij het begin van de POB-behandeling worden de voor- en nadelen bij voorkeur tijdens de sessie besproken. Als de patiënt dit stadium goed onder de knie heeft kan het echter een goed idee zijn hem of haar te vragen thuis de voor- en nadelen tegen elkaar af te wegen. Hierdoor is er tijdens de sessie meer tijd om ingewikkelde problemen te behandelen of aan meerdere problemen te werken.

De patiënt wordt voor elke potentiële oplossing aangemoedigd te overwegen of deze oplossing:

- een belangrijke impact heeft op het probleem;
- voor- of nadelen heeft met betrekking tot de tijdsinvestering, de moeite die het kost, maar ook financieel of emotioneel;

- positieve of negatieve gevolgen kan hebben voor vrienden of familieleden van de patiënt;
- hoogstwaarschijnlijk ook echt goed kan worden uitgevoerd.

Men kan alleen een goed gewogen keuze maken als de voor- en nadelen van de mogelijke oplossingen tegen elkaar zijn afgewogen. Het kan helpen een oplossing met duidelijke voor- of juist nadelen te kiezen als vergelijkingsmateriaal voor de patiënt. Je kunt de patiënt dan vragen waarom hij of zij deze wel of juist niet zou kiezen. Dit maakt het proces van afwegen inzichtelijker.

Hiermee hangt samen dat het indelen van voor- en nadelen in goed versus slecht enigszins gemaakt aandoet. Het menselijke beslissingsproces is toch vaak ingewikkelder. Een betere vraag dan of het om een goede of slechte oplossing gaat, is daarom: 'Is deze oplossing een stap in de juiste richting of werp ik hiermee juist een nieuw obstakel op?'

In absolute zin zijn er geen goede of slechte oplossingen. Het is daarom van belang om oplossingen tegen elkaar af te wegen en een inschatting te maken in hoeverre een oplossing je vergeleken met andere oplossingen vooruit helpt. Een voorbeeld hiervan is een vrouw met overgewicht die kan kiezen uit twee oplossingen: minder vet gaan eten of meer gaan bewegen. Beide oplossingen hebben voor- en nadelen. Beiden vergen een bepaalde inspanning, en bij beiden kleven er bepaalde kosten aan of is er hulp van derden nodig. Alleen door deze elementen met elkaar te vergelijken kan een betekenisvolle oplossing gekozen worden. Uiteindelijk is het mogelijk dat de oplossing met (in absolute zin) de meeste nadelen niet wordt afgewezen en dat de oplossing met het grootste aantal voordelen niet wordt gekozen, maar op deze manier komt wel de oplossing die de patiënt het meest vooruit helpt boven drijven.

Net zoals in het hele probleemoplossings proces is het belangrijk dat de patiënt zijn of haar eigen voor- en nadelen in het evaluatieproces meeneemt. Er zijn echter twee uitzonderingen waarbij het de verpleegkundige is toegestaan zich in dit proces te mengen en informatie toe te voegen. De eerste uitzondering is wanneer de patiënt een belangrijke uiterst negatieve consequentie voor zichzelf of anderen over het hoofd dreigt te zien. Dit geldt zeker bij het risico op lichamelijke of psychische schade en als er sprake is van interpersoonlijke conflicten bijvoorbeeld met de partner of een collega. De tweede uitzondering geldt als de patiënt eerder al een voor- of nadeel heeft genoemd, bijvoorbeeld tijdens het brainstormen, maar dit nu weer vergeten lijkt te zijn. In dit geval is de patiënt zich er wel van bewust en wordt hij er dus alleen aan herinnerd.

Vraag

Wat kun je het beste doen als de patiënt zegt geen voor- of nadelen te zien bij de verschillende oplossingen?

6.2.5. Stadium 5. Het kiezen van de oplossing die het beste past

Nadat de voor- en nadelen van elke potentiële oplossing bekeken zijn, kiest de patiënt één of meer voorkeursoplossingen. Idealiter zorgt de gekozen oplossing ervoor dat het probleem wordt opgelost met zo min mogelijk persoonlijke en interpersoonlijke nadelen. Sommige patiënten vinden het aanvankelijk lastig om dit stadium zelfstandig uit te voeren. Ze blijven potentiële oplossingen herkauwen zonder er één te kunnen kiezen ofwel ze vergeten de eerder besproken belangrijke besluitvormingsrichtlijnen.

De verpleegkundige gebruikt zijn eigen gezonde verstand om te beoordelen of de gekozen oplossing voldoende impact heeft op het probleem en past bij het geformuleerde doel. De verpleegkundige wil de patiënt niet overstelpen met taken die hij of zij niet aankan, maar aan de andere kant wil men ook vermijden dat er een oplossing gekozen wordt die niet of nauwelijks aan de oplossing van het probleem bijdraagt, triviaal is of bijna beledigend is voor het gevoel van competentie van de patiënt. Het is niet verstandig om een oplossing aan te moedigen alleen omdat deze oplossing gemakkelijk uitvoerbaar is. Alhoewel de uitvoerbaarheid zeker een factor is, is het belangrijkste criterium of met deze oplossing het doel wordt bereikt. Vaak is de gemakkelijkste oplossing niet de beste en kan deze ook beter niet op voorhand en los van andere oplossingen gekozen worden. Er mag immers ook een combinatie van meerdere oplossingen gekozen worden. Als een patiënt kiest voor een oplossing zonder de eerder geformuleerde voor- en nadelen voldoende af te wegen, wijst de verpleegkundige hem hierop.

Hetzelfde geldt als een mogelijke oplossing over het hoofd gezien lijkt te worden, terwijl dit voor de verpleegkundige juist voor de hand liggend lijkt. De verpleegkundige vraagt dit dan na om er zeker van te zijn dat de patiënt de voor- en nadelen van deze oplossing wel heeft meegenomen toen hij besloot deze niet te kiezen. Het is belangrijk dat de verpleegkundige controleert of de patiënt zich bewust is van het belang van en de methode van het afwegen van voor- en nadelen. Als dat onvoldoende het geval lijkt, bespreekt de verpleegkundige de methode nogmaals kort met de patiënt.

Vraag

De patiënt kiest een oplossing die je niet uitvoerbaar lijkt. Hoe wijs je hem hierop?

6.2.6. Stadium 6. Het maken van een actieplan.

Als er eenmaal gekozen is, worden de stappen geïdentificeerd en gepland die nodig zijn om deze oplossing uit te voeren. Hieruit volgt dan een gedetailleerd actieplan met specifieke data, tijden etc. Dit stadium helpt om te verzekeren dat 'goede voornemens' omgezet worden in vastomlijnde actiepunten. De uitvoering van de actiepunten is het 'huiswerk' voor de volgende week. De verpleegkundige kan vragen stellen als:

- Wat moet er gedaan worden of verkregen worden?
- Waar moet dit gebeuren?
- Wie is er bij betrokken?
- Hoe moet het gebeuren?
- Wanneer is een goed moment om dit te doen?

Zo koos een alleenstaande moeder ervoor om een vriendin mee uit eten te vragen. Ze identificeerde de volgende stappen:

- (1) Een vriendin bellen (net zo vaak bellen als nodig is om verzekerd te zijn van een datum voor volgende week); vanavond beginnen met bellen.
- (2) Een reservering maken in een restaurant (zo vaak bellen als hiervoor nodig is); vanavond beginnen met bellen.
- (3) Oppas bellen, indien niet beschikbaar zorgen voor een aanvullende lijst met oppassen (via vriendinnen).
- (4) Een afspraak maken bij de kapper; morgenvroeg meteen bellen.

De patiënt identificeert en kiest zelf stappen die bij hem of haar passen, maar de verpleegkundige waakt ervoor dat deze taken ook voldoen aan de eisen van de oplossing. Soms is het nodig de oplossing in eenvoudigere substapjes op te breken. Het kan af en toe nodig zijn terug te keren naar de oorspronkelijke probleemdefinitie en het hele proces opnieuw te beginnen. Dit onderstreept overigens het belang van een heldere probleemdefinitie en haalbare doelen aan het begin van de sessie. Er mag een nieuwe oplossing gekozen worden als de eerder gekozen oplossing van de patiënt een actie vereist waartoe hij of zij zich niet in staat voelt. Hiervoor keert men dan doorgaans terug naar stadium 4: het afwegen van de voor- en de nadelen.

Als het de patiënt eigenlijk aan vertrouwen ontbreekt maar hij wil toch een specifiek actieplan doorzetten dan is het belangrijk de stappen heel gedetailleerd te beschrijven. Zo kan bijvoorbeeld precies worden gespecificeerd wat de patiënt zal gaan zeggen, waar hij gaat zitten en hoe hij zich zal gedragen. De patiënt en de verpleegkundige kunnen daarvoor

bijvoorbeeld een gesprek op het arbeidsbureau oefenen, of een discussie met de partner, of een telefoongesprek over een klacht met betrekking tot de telefoonrekening of iets dergelijks. Aan het eind van dit stadium kunnen zo duidelijke taken worden geformuleerd die uitgevoerd worden voorafgaand aan de volgende afspraak. Deze taken worden 'huiswerk' genoemd. Het is het beste deze taken te noteren en op schrift mee te geven aan de patiënt.

Er wordt vaak weinig tijd uitgetrokken voor het opstellen van het actieplan, omdat dit aan het eind van de sessie gebeurt. Dit is echter zonde, omdat het actieplan de uitkomst is van al het goede werk dat al aan dit stadium vooraf is gegaan. Het risico bestaat dat alle waarde van de sessie verloren gaat als de patiënt geen duidelijke huiswerkopdracht heeft. Het is daarom zeker de moeite waard om een paar extra minuten uit te trekken om een goed actieplan op te stellen.

Vraag

De gekozen oplossing is 'een sport kiezen en een eerste keer mee trainen'. Hoe zou het actieplan bij deze oplossing eruit kunnen zien?

6.2.7. Stadium 7. Het evalueren van de voortgang

Stadium zeven vindt plaats aan het begin van de volgende sessie. Voorafgaand aan stadium zeven hoort de patiënt de taken die tijdens de vorige sessie als 'huiswerk' werden afgesproken, te hebben uitgevoerd, of in ieder geval een poging daartoe te hebben gedaan. De verpleegkundige vraagt naar het succes dat de patiënt met het huiswerk heeft behaald en prijst elke vooruitgang. Vervolgens bespreekt hij eventuele problemen en moeilijkheden in de wetenschap dat patiënten vaak selectief letten op wat niet gelukt is. Daarom is het zo belangrijk elk succes, hoe klein ook, te prijzen echter zonder neerbuigend te worden. Bij succes zijn opmerkingen als 'goed gedaan', 'ik wist dat je het kon', etc. voldoende.

Hierop volgt de vraag welk effect dit succes heeft gehad op de symptomen van de patiënt. Door het verband tussen succes en symptoomreductie nogmaals te benadrukken, wordt het centrale idee achter het probleemoplossings proces nog eens bekrachtigd.

Wanneer de verpleegkundige 'mislukkingen' bespreekt, is het belangrijk de patiënt te laten merken dat hij of zij vertrouwen heeft in zijn mogelijkheden om de moeilijkheden die hij of zij is tegengekomen, effectief het hoofd te bieden. Hiermee zet de verpleegkundige de toon

voor een positief gevoel ten opzichte van probleemoplossing. Als de patiënt op moeilijkheden is gestuit, is het van belang dat naar de oorzaken hiervoor wordt gezocht. Misschien is het nodig de doelen duidelijker te formuleren? Zijn de doelen wel realistisch? Zijn er nieuwe belemmeringen ontstaan? Is het actieplan moeilijk uit te voeren? Zo ja, waarom? Is de patiënt wel echt gemotiveerd om aan dit probleem te werken?

De antwoorden op deze vragen vormen de leidraad voor het gesprek in stadium 7. Als het probleem eenvoudigweg te moeilijk is (meestal vanwege het feit dat de patiënt er niet genoeg controle over heeft), dan is het redelijk om op een ander probleem over te stappen, of om het doel te wijzigen en zich meer te richten op aspecten van het probleem waarover de patiënt meer controle heeft. Het is belangrijk daarbij te beseffen dat het doel van POB niet is om alle problemen in het leven van de patiënt op te lossen maar om die problemen te gebruiken om de patiënt een effectievere strategie voor probleem oplossen te leren. Tenslotte, een belangrijk punt is dat een 'POB benadering' de patiënten in staat stelt een gevoel van controle over hun leven te krijgen. Hierdoor verandert de perceptie van al hun problemen, los van het feit of deze nu tijdens de sessies opgelost zijn of niet.

Als de patiënt zijn 'huiswerk' niet heeft gedaan, kan dat betekenen dat hij of zij de centrale rol van huiswerk voor POB niet heeft begrepen. In dat geval legt de verpleegkundige het nogmaals uit. Vorderingen die bij het uitvoeren van het huiswerk gemaakt zijn zijn belangrijker zijn dan vooruitgang geboekt tijdens een sessie. Het belangrijkste mechanisme waarmee POB invloed uitoefent op iemands stemming is door middel van 'actie ondernemen' op problemen. Daarom is het ook zo belangrijk dat de verpleegkundige benadrukt dat doelen en oplossingen door de patiënt zelf worden gekozen. De verpleegkundige bespreekt daarbij wel de haalbaarheid van de doelen en oplossingen met de patiënt. Als de patiënt met succes zijn of haar 'huiswerktaken' heeft afgerond kan, indien nodig, een nieuw probleem gekozen en besproken worden waarbij hetzelfde proces nogmaals wordt doorlopen.

Soms lukt het een probleem in één cyclus op te lossen (een cyclus bestaat uit alle zeven stadia van POB). Als dat niet het geval is, kan de patiënt ervoor kiezen door te werken aan hetzelfde probleem. Dan worden nieuwe doelen gesteld en nieuwe oplossingen gegenereerd. De patiënt kan er echter ook voor kiezen de techniek te gebruiken voor een heel ander probleem. Hoeveel cycli de verpleegkundige en de patiënt doorlopen hangt af van het vermogen van de patiënt om weer controle te krijgen over zijn of haar leven en in welke mate hij in staat is om de geleerde vaardigheden zelfstandig toe te passen.

Vraag

*De patiënt geeft aan dat er 'opnieuw niets van het actieplan terecht is gekomen'.
Wat zijn mogelijke oorzaken van dit probleem en hoe is (misschien) te voorkomen dat dit weer gebeurt?*

Samenvatting

Een cursus POB bestaat uit zes gesprekken (of sessies of behandelcontacten).

Tijdens elk POB gesprek worden 7 stadia doorlopen:

- 1. Het verduidelijken van het probleem.*
- 2. Het stellen van een realistisch doel (SMART).*
- 3. Zoveel mogelijk potentiële oplossingen bedenken (brainstormmethode).*
- 4. Het afwegen van de voor- en nadelen van elke mogelijke oplossing.*
- 5. Het kiezen van de oplossing die het beste past.*
- 6. Het maken van een actieplan.*
- 7. Het evalueren van de voortgang (nadat het actieplan is uitgevoerd).*

Of een stadium succesvol kan worden doorlopen hangt af van het resultaat in de voorgaande stadia.

Stadium 7 komt pas vanaf gesprek 2 aan bod. Dan wordt het resultaat van het door de patiënt uitgevoerde actieplan besproken. De patiënt kan dan kiezen om verder te werken aan hetzelfde probleem of om de zeven stadia bij een nieuw probleem toe te passen.

6.3. POB per sessie

In deze paragraaf wordt per sessie (gesprek) beschreven wat er aan de orde dient te komen en wat daarbij nodig is. Eerst wordt aandacht besteed aan het eerste gesprek van de cursus POB. Daarna wordt beschreven hoe de gesprekken twee tot en met zes zijn opgebouwd.

6.3.1. Sessie 1

Het eerste gesprek van de cursus duurt een uur.

Benodigd materiaal:

1. Checklist sessie 1 'uitleg van POB' (Hb Bijlage III)
2. Behandeldoelen-lijst die is gemaakt mbv de CANSAS (Wb fig.8)
3. POB-werkblad (Wb bijlage III)
4. Uitleg voor patiënten zoals in dit hoofdstuk, (zie p. 34-37 van dit hoofdstuk).
5. Extra POB-werkbladen voor zelfstandige Probleemoplossing tussen de sessies door.
6. Lijst positieve activiteiten (Wb bijlage IV)

In het eerste half uur van het eerste gesprek worden de werkwijze en achterliggende gedachte van POB uitgelegd aan de patiënt. Zie voor de uitwerking hiervan hoofdstuk 1 van deze handleiding en gebruik voor de uitleg de checklist. In het tweede half uur wordt een eerste probleem uitgewerkt.

Aan de slag!

Nu komt het daadwerkelijk kiezen van een probleem aan bod, met behulp van de eerder opgestelde lijst van zorgbehoeften of het behandelplan. Nu wordt het probleemoplossingsproces echt gestart. Het is op dit punt in dit gesprek nog niet nodig om de problemen zeer helder en specifiek te beschrijven. Het is goed om bij een eerste probleem te kiezen voor een niet te emotioneel belastend probleem om zo snel mogelijk succeservaringen op te doen. Pas als de patiënt de POB vaardigheden onder de knie heeft, kan gekeken worden naar meer complexe problemen.

De verpleegkundige kan de taak introduceren door te vertellen dat de patiënt vertrouwd kan raken met POB door het uitvoeren van de huiswerktaken (het actieplan). De verpleegkundige benadrukt daarnaast dat POB een actieve behandeling is, en dat daarom tussen de behandelingen door de aandacht zal liggen bij het aanpakken van problemen door middel van het uitvoeren van het in de sessie opgestelde actieplan. Het doel daarvan is problemen zo snel en goed mogelijk te verhelpen en hierdoor meer controle over het leven en de stemming te ervaren.

Bij het uitwerken van het eerste probleem en de daaropvolgende problemen wordt gebruik gemaakt van het POB-werkblad (Wb bijlage III). Met behulp van dit werkblad worden alle zeven stappen van het probleemoplossings proces doorlopen. Het is van belang dat de patiënt zo vroeg mogelijk in de behandeling zelf gaat werken met het POB werkblad. Tijdens de eerste sessie vult de verpleegkundige het samen met de patiënt in, en geeft hij aan de patiënt een werkblad mee, zodat deze thuis kan oefenen. Vanaf sessie twee (hoewel het ook iets later in de behandeling kan) is het streven dat de patiënt de werkbladen zelfstandig invult.

Samenvatting

Sessie 1 staat eerst in het teken van uitleg over de behandeling (zie hoofdstuk 1 van deze handleiding). De volgende onderwerpen komen in het eerste half uur aan bod:

- De structuur van POB.
- De relatie tussen klachten en dagelijkse problemen: de theorie van POB.
- De houding van patiënten ten aanzien van problemen.
- De 7 stadia van POB.
- De relatie met de vastgestelde zorgbehoeften.

In het tweede half uur: aan de slag!

Nu wordt het eerste probleem behandeld aan de hand van de 7 stadia. Zorg voor een succeservaring!

6.3.2 Sessie twee tot en met zes

In deze paragraaf worden de volgende gesprekken van de cursus POB uitgewerkt. De gesprekken hebben veel overeenkomsten, maar het tweede en het zesde gesprek hebben bijzondere kenmerken en worden daarom apart beschreven.

6.3.2.1. De tweede sessie

Benodigheden voor dit gesprek zijn het POB werkblad (Wb bijlage III). Het gesprek duurt een half uur.

De taken zijn:

- De voortgang van de patiënt ten aanzien van de vorige bijeenkomst bespreken en succes bekrachtigen.
- De patiënt herinneren aan het model van de POB.
- De patiënt begeleiden en ondersteunen in het verkrijgen en gebruiken van probleemoplossende vaardigheden.
- Een positieve probleemoplossende houding faciliteren.

Het gesprek begint met het terugkijken en het bespreken van de voortgang aan de hand van de huiswerktaak (stadium 7). In het beginstadium van de behandeling kan de ervaren last rondom bestaande problemen de ontwikkeling van probleemoplossende vaardigheden belemmeren. Het is daarom belangrijk dat de verpleegkundige de patiënt verbaal ondersteunt en gerust stelt om demotivatie te voorkomen. De patiënt zal misschien moeilijkheden met het uitvoeren van de opdrachten overschatten en het gebrek aan voortgang onderschatten. Deze houding kan bestreden worden door de patiënt duidelijk te

wijzen op het succes dat hij geboekt heeft. Het kan helpen als een patiënt zichzelf beloont als hij een moeilijke stap heeft gezet, bijvoorbeeld door naar de film te gaan. Doordat dit ook een positieve activiteit is, slaat de patiënt dan twee vliegen in een klap. Het is de taak van de verpleegkundige om erop te letten dat er niet teveel tijd gaat zitten in het bespreken van de voortgang. Vijf minuten of minder kunnen hieraan besteed worden, tenzij er belangrijke obstakels waren bij het doen van huiswerk, of als er nieuwe, belangrijke problemen zijn ontstaan.

Na het bespreken van het huiswerk kan de rest van het gesprek gebruikt worden voor probleemoplossing en het plannen van huiswerkopdrachten voor de volgende sessie. Deze taken kunnen te maken hebben met het eerste probleem, dat wellicht nog niet opgelost is, of kunnen te maken hebben met een nieuw probleem.

Ook al is een eerste probleem nog niet compleet opgelost, het kan toch zinvol zijn om de patiënt aan andere problemen te herinneren, terwijl de pogingen om het initiële probleem op te lossen ook doorgaan. Wel is het zinvol om tijdens elk gesprek alle problemen die al besproken zijn in eerdere sessies nog eens door te lopen. De vraag daarbij is of de patiënt al voldoende in staat is om op deze wijze problemen op duurzame wijze het hoofd te bieden.

6.3.2.2. Sessie drie tot en met vijf.

Het derde tot en met het vijfde gesprek verlopen op dezelfde manier als het tweede gesprek, echter er vindt in de loop van de gesprekken een verschuiving plaats in de taken. Het is de bedoeling dat de patiënt steeds beter leert om zelfstandig probleemoplossende vaardigheden te oefenen. De verpleegkundige zal zich dus in de loop van de gesprekken steeds minder actief opstellen en de patiënt meer aan te moedigen zelf te doen. Benodigheden voor deze gesprekken zijn hetzelfde als bij gesprek twee: het POB werkblad (Wb bijlage III).

De taken in deze gesprekken zijn:

- De voortgang van de patiënt te bespreken en succes en voortdurende pogingen te bekrachtigen (b.v. door het geven van een compliment).
- De probleemoplossende vaardigheden te verstevigen .
- Telkens een nieuw probleem te kiezen.
- De onafhankelijkheid van de patiënt in het oplossen van problemen geleidelijk te vergroten.

De patiënt en de verpleegkundige bekijken de originele problemen en bespreken de voortgang. Idealiter kan de patiënt in de loop van de sessies steeds beter uit de voeten met het POB werkblad. Het is van belang dat de verpleegkundige dit aanmoedigt.

Op dit punt in de behandeling kan de patiënt al een aantal korte- en middellange termijn doelen doorgewerkt hebben om een lange termijn doel te bereiken. Bijvoorbeeld als het uiteindelijke doel was om een nieuwe baan te krijgen, zouden de korte- en middellange termijn doelen kunnen zijn:

1. Het verkrijgen van informatie over de kwalificaties die nodig zijn.
2. Het sturen van sollicitatiebrieven.
3. Als er een uitnodiging ligt, het gesprek goed voorbereiden.

Voor doelen zoals deze, die bestaan uit verschillende stadia, moedigt de verpleegkundige de patiënt aan om voortdurend te proberen de bereikte voortgang te zien bij het doorlopen van de verschillende stadia.

6.3.2.3. Sessie zes: afronding

Gesprek zes duurt eveneens 30 minuten en het POB werkblad is erbij nodig.

De stappen in dit gesprek zijn:

- De voortgang van de patiënt te bespreken ten aanzien van de probleemoplossing. Bekrachtig de inspanningen en behaalde successen!
- Overgebleven problemen van de patiënt te bespreken en de patiënt aan te moedigen om probleemoplossende vaardigheden in de toekomst zelf te blijven gebruiken.
- Nadenken over / anticiperen op potentiële problemen in de toekomst en de mogelijkheid om POB zelfstandig te blijven gebruiken.
- Een positieve probleemoplossende attitude en optimisme te faciliteren voor de toekomst.
- Extra POB werkbladen mee te geven, zodat de patiënt thuis verder kan werken met de techniek.
- Af te spreken op welke wijze aan POB een vervolg wordt gegeven binnen de behandeling.

Onderwerpen bij de afronding van de POB-cursus

In het eerste gesprek is uitgelegd dat de POB-cursus gelimiteerd is tot een beperkt aantal gesprekken binnen een aantal weken. In vervolggesprekken, en speciaal in gesprek zes, benadrukt de verpleegkundige dat de technieken van POB zowel gebruikt kunnen worden voor actuele problemen, als voor problemen in de toekomst. Het is waardevol om POB te blijven oefenen voor problemen in de toekomst.

De gesprekken twee tot en met zes zijn korter dan het eerste gesprek. Dit kan met name als patiënten hebben laten zien dat ze de vaardigheden van POB beheersen. Zij kunnen dan ook tussen de gesprekken door oefenen. Hierdoor is het ook mogelijk dat de verpleegkundige steeds minder actief wordt in het proces. De verpleegkundige kan zeggen: *'O.k. –naam patiënt- dit is ons derde gesprek en ik heb echt het gevoel dat u de aanpak van POB steeds beter onder de knie krijgt. Het doel van onze gesprekken is dat u de aangeleerde vaardigheden uiteindelijk helemaal zelfstandig toe kunt passen. Daarom zou ik u vanaf nu wat meer de leiding willen geven. Kunt u mij vertellen wat de eerste stap is die u kunt zetten in het oplossen van het probleem dat u heeft met uw baas?'*

De verpleegkundige begint gesprek zes met te zeggen: *'Dit is ons laatste gesprek van de cursus POB'*

Als POB succesvol is geweest, dan zou de patiënt zich overtuigd moeten voelen van het feit dat hij in staat is zelfstandig problemen op te lossen door middel van probleemoplossingstechnieken en daardoor meer controle over zijn leven ervaart. De verpleegkundige zet de prestaties die zijn behaald gedurende de behandeling op een rijtje zodat de patiënt voldoende vertrouwen heeft in zijn probleemoplossende vaardigheden. In het vervolg van de behandeling zullen de POB-vaardigheden geïntegreerd worden in de behandeling als manier om te werken aan het oplossen van problemen die nog spelen en waarvoor meer nodig is om ze op te lossen. Ook kunnen nieuwe problemen die ontstaan in het leven van de patiënt aangepakt worden .

Samenvatting

Tijdens sessie 2 tot en met 6 wordt telkens een probleem uitgewerkt aan de hand van de zeven stadia. Het gesprek begint met een terugblik op het 'huiswerk' van de vorige keer. De verpleegkundige wijst de patiënt duidelijk op elk succes. Als er obstakels waren bij het uitvoeren van de opdracht kunnen deze eventueel gebruikt worden voor een nieuwe POB sessie. Als de patiënt de vaardigheden goed in de vingers heeft, kunnen grotere en complexere problemen worden aangepakt en doelen op de langere termijn worden gesteld. De patiënt wordt zelf steeds actiever en de verpleegkundige stimuleert dit.

Het zesde gesprek is het laatste POB gesprek binnen de formele cursus. Als de behandeling succesvol is geweest zou de patiënt zich overtuigd moeten voelen dat hij actief heeft bijgedragen aan het eigen herstel en dat hij de POB technieken in de toekomst kan blijven gebruiken.

7. Op indicatie: aangepaste POB

Op indicatie kan een bijzondere vorm van POB worden geboden die is gebaseerd op de principes van Systematische Activering. Bij patiënten die langdurig depressief blijven bied je POB aan gericht op het uitbreiden van de hoeveelheid positieve of voldoening gevende activiteiten. Depressie en inactiviteit gaan vaak samen: depressie leidt tot meer inactiviteit en minder voldoening, en dit leidt weer tot meer depressiviteit. Een vicieuze cirkel dus. Je gaat proberen deze cirkel te doorbreken door POB in te zetten. Doel is het doorbreken van de inactiviteit en het introduceren van voor de patiënt plezierige en/of voldoening gevende activiteiten.

Op de volgende manier kun je aan de patiënt en zijn naaste uitleggen wat dit inhoudt:

In de behandeling van uw depressie zal er aandacht worden besteed aan het verband tussen uw activiteiten (dat wat u doet) en uw stemming (hoe u zich voelt). Het blijkt namelijk dat wanneer mensen depressief zijn, ze veel minder ondernemen dan gewoonlijk. Ze zijn er niet voor in de stemming om activiteiten te ondernemen. Ze zien er tegen op en ze komen nergens meer aan toe. Waarschijnlijk hebt u dat ook bij uzelf ontdekt. Op zichzelf is het heel begrijpelijk dat u weinig onderneemt wanneer u zich somber voelt. Aan de andere kant is het wel zo dat u ook weinig kans heeft op plezier en voldoening. U verkleint de kans op positieve ervaringen wanneer u bijvoorbeeld uw huishouden niet meer doet, uw kennissen, familie of (klein) kinderen niet meer opzoekt, en uw hobby's links laat liggen. Bij gebrek aan voldoening wordt u juist weer vatbaar voor gevoelens van neerslachtigheid, somberheid en eenzaamheid. U draait in een cirkel rond: depressie leidt tot passiviteit -> passiviteit geeft weinig plezier en voldoening -> door gebrek aan plezier en voldoening wordt u (nog meer) depressief.

Je plant vier gesprekken om POB op dit probleem toe te passen. De structuur van de sessies is dezelfde als bij de al afgeronde POB. Als 'probleem' in de sessie wordt telkens 'gebrek aan positieve of zingevende activiteiten' gekozen, of een concreet voorbeeld waarin dit gebrek aan activiteiten zich voordoet. Het doel van deze aanvullende sessies is dat de patiënt meer activiteiten gaat uitvoeren die voor hem plezierig zijn en/of voldoening geven.

Neem hiertoe de volgende stappen:

- Vraag de patiënt een lijst te maken met zoveel mogelijk activiteiten die hij prettig of zingevend vindt of ooit vond. Een voorbeeldlijst vind je in Wb bijlage IV.
- Vraag de patiënt nu activiteiten te kiezen die voor hem of haalbaar zijn. Voor elke dag minimaal één. Voorkom dat er activiteiten worden gekozen die momenteel niet binnen het bereik van de patiënt liggen. Dit leidt enkel tot teleurstellingen en tot

versterking van gevoelens van falen. Juist nu is het van belang om succeservaringen op te doen.

- Huiswerk voor de eerste week is het uitvoeren van deze positieve activiteiten. Maak hiervoor samen met de patiënt een concreet en haalbaar actieplan.
- Vraag de patiënt dagelijks bij te houden wanneer hij de geplande activiteit heeft ondernomen (Wb bijlage V). Vraag de patiënt ook de stemming zo nauwkeurig mogelijk te scoren op de stemmingsbeloopkaart. Deze scores worden dan daarna ingevuld in het weekschema (Wb bijlage V).
- Evalueer het actieplan in het volgende gesprek. Bespreek met de patiënt in welke mate het uitvoeren van de geplande activiteiten is gelukt en welke invloed het heeft gehad op de stemming van de patiënt.
- Stel vervolgens het plan bij voor de komende periode. Stel vast welke activiteiten voort worden gezet en welke niet. Plan ook nieuwe activiteiten, dit in overeenstemming met de wensen en mogelijkheden van de patiënt. Streef wederom haalbare doelen na en voorkom gevoelens van falen.
- De patiënt gaat ontdekken dat er verband bestaat tussen de *hoeveelheid* positieve of zingevende activiteiten en stemming.

POB kan ook worden ingezet als de patiënt wensen of problemen heeft op het gebied van bijvoorbeeld maatschappelijke participatie, medicatietrouw of leefstijl. POB kan gedurende het gehele proces van behandelen worden ingezet als daar (opnieuw) een indicatie voor is.

*'En, is het gelukt om elke dag een wandeling te maken?' vraag je.
Nee, het is niet gelukt. Het ging gewoon niet.
Het aantrekken van mijn jas en schoenen lukte al niet eens.
Ik ben bang. Straks ben ik weer helemaal terug bij af.
'Ik begrijp dat het moeilijk is, maar je moet het wel blijven proberen, hoor.
Anders zak je steeds verder weg,' zeg je.
Ik voel boosheid opkomen. Hoezo begrijp je het? Je kán het niet begrijpen.
Jij hebt nog nooit de hel op aarde meegemaakt. Je weet niet waarover je het hebt!
Niemand om mij heen weet hoe het is om dood te zijn van binnen.
'Kom op, zet je schouders eronder. Ik wil je best helpen, maar je moet het zelf doen,' zei mijn vriendin gisteren.
Welke schouders? denk ik wanhopig.
Ik voel me schuldig. En eenzaam, vreselijk eenzaam.*

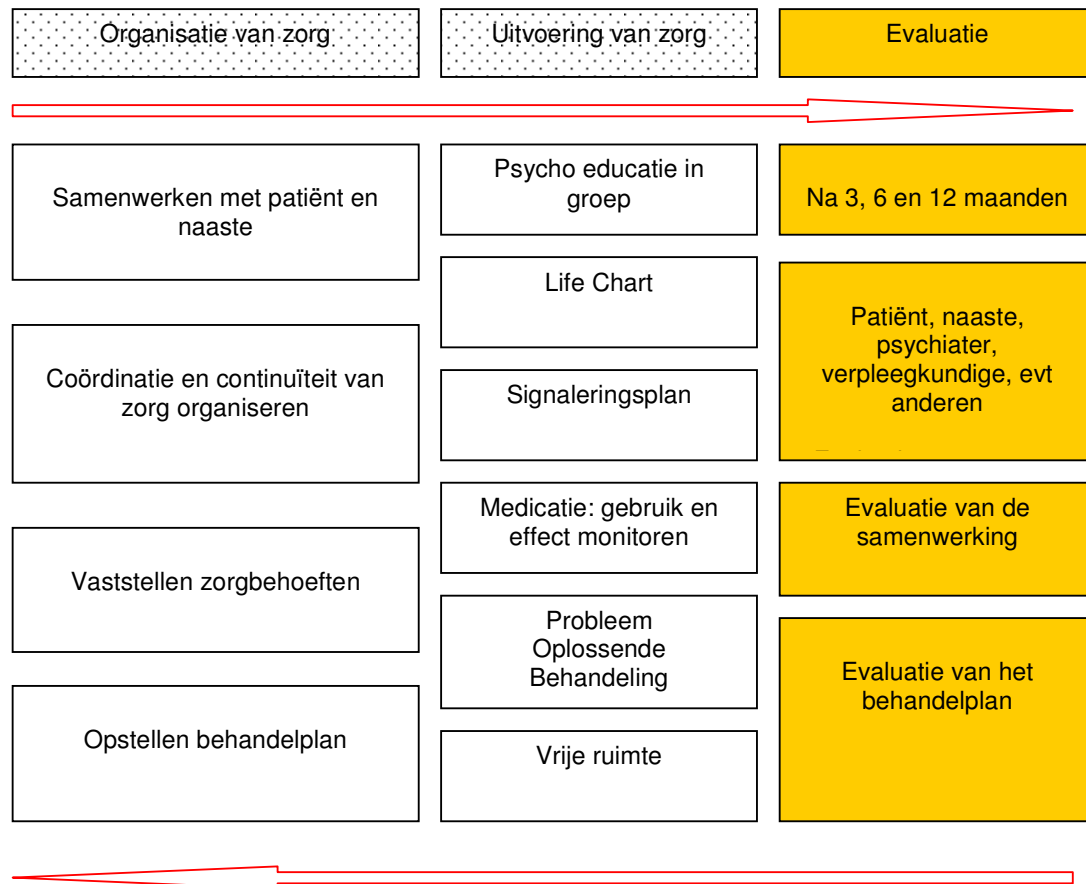
Hoe kan het beter?

- Ongemerkt zeggen hulpverleners nog steeds dat ze "het begrijpen". Besef dat alleen mensen die zelf een depressie hebben doorgemaakt het kunnen begrijpen. Beter is het om te zeggen: 'Ik zie aan je dat je het heel moeilijk hebt.' Het is een groot goed als je oprecht aanwezig kan zijn bij het lijden van de patiënt, zonder meteen met oplossingen of tips aan te komen.
- Het is heel menselijk als je soms bij jezelf merkt dat je ongeduldig wordt. Of dat je je geïrriteerd voelt omdat de patiënt steeds maar niet in actie komt. Wees je ervan bewust dat de patiënt dit feilloos aan zal voelen. Durf transparant te zijn over deze gevoelens. Benoem hoe kwalijk het je vindt dat ze in je opkomen. Je eigen kwetsbaarheid laten zien is geen zwaktebod. Het laat zien dat je, naast hulpverlener, vooral ook mens bent. Net zoals de patiënt bovenal ook mens is.
- 'Je moet het echt zelf doen,' is een opmerking die een patiënt vaak hoort. Veelal van familie en vrienden maar soms ook van de hulpverlener. Het is de meest misplaatste opmerking die iemand kan maken. De patiënt weet best dat hij het zelf moet doen, maar is daar in een depressie niet toe in staat. 'Hoe kan ik je ondersteunen? Wat heb je op dit moment nodig?' zijn de enige vragen die in zo'n situatie belangrijk zijn.

EvdH ervaringsdeskundige

8. Evalueren

Het ZiS team vergadert na 3, 6 en 12 maanden. Er wordt steeds begonnen met kritisch terugkijken naar de afgelopen periode. Zowel de inhoud van de behandeling als de samenwerking komen hierbij aan bod. Dit geeft de patiënt de regie en ruimte om op zaken terug te komen.



Jij bereidt elke ZiS team vergadering voor met de patiënt en diens naaste, en daarin wordt altijd eerst teruggekeken. Jij zorgt ervoor dat de volgende onderwerpen bij zo'n evaluatie altijd aan de orde komen en ook in de ZiS vergadering worden besproken:

- Hoe loopt de onderlinge samenwerking tussen de patiënt, diens naaste en de verschillende hulpverleners? Gebruik Wb fig 3 en 4.
- De actuele zorgbehoeften van de patiënt. Hiertoe is de CANSAS opnieuw afgenomen voorafgaand aan de vergadering (CANSAS, Wb fig. 7).

- Zitten we nog op de goede weg? Werken we aan de juiste doelen? Zijn de zorgbehoeften verminderd? Zo niet: welke nieuwe doelen kunnen we dan stellen? Wb fig. 13.
- Het medicijngebruik van de patiënt, te beoordelen aan de hand van de ingevulde DAI-vragenlijst (DAI Wb fig 14). Welke acties zijn ingezet om de therapietrouw te bevorderen en werken die?
- De resultaten van de monitoring van medicatiegebruik. Hoe tevreden is de patiënt met de medicatie?

Nawoord

Je bent aan het eind gekomen van dit Handboek. We hopen dat het jou, net zoals we dat hopen voor de patiënt en diens naaste, iets heeft opgeleverd: een verbeterde samenwerking, meer mogelijkheden om je eigen zorg tussentijds bij te sturen, en een gerichte en methodische inzet van interventies waar de patiënt en zijn naaste mee verder kunnen.

Onze verwachting is dat de interventie effectief is, maar dat zal ons onderzoek nog moeten uitwijzen. We houden je op de hoogte van het vervolg van het onderzoek en hopen dat je met zoveel plezier hebt gewerkt aan het uitvoeren van de interventie dat je er mee door wilt gaan!

Veel succes met het vervolg!

De auteurs.

HB. Bijlage I. Informatiebronnen

Website Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB):

<http://www.vmdb.nl>

Boekenlijst over Manisch Depressiviteit, op site VMDB:

<http://www.vmdb.nl/alles-over-de-ziekte-mds/boekenlijst/>

Website Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen:

<http://www.kenniscentrumbipolairestoornissen.nl>

Website over Manisch Depressiviteit:

<http://md.ziektes.info>.

Website van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP):

<http://www.nvvp.net>

Richtlijn Bipolaire Stoornissen 2008 (op site NVVP):

<http://www.nvvp.net/publicaties/richtlijnen/>

Folders Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP):

In Gesprek over: Manisch Depressiviteit

In Gesprek over: Medicijnen bij Manisch Depressiviteit

HB. Bijlage II. Activiteiten per gesprek

In onderstaande tabel vind je schematisch uitgewerkt welke activiteiten je uitvoert, per gesprek met de patiënt, in een jaar. Je krijgt tijdens de training een losse versie van deze tabel.

Instructie bij gebruik van de tabel:

- In de tabel staat beschreven welke taken per individueel behandelcontact tussen de verpleegkundige, de patiënt en de naaste moeten worden uitgevoerd.
- De lengte van het consult is in de eerste 3 gesprekken vastgesteld op 45 minuten.
- Het ZiS-team overleg en de daarmee gecombineerde voorbereiding duren in totaal een uur. Na 30 min (of anders indien afgesproken) schuift de psychiater aan (en evt anderen).
- Gesprek 5 duurt een uur. Hier vindt de introductie van POB plaats.
- Als binnen de instelling reguliere contacten een andere tijdsduur hebben dan de 30 minuten die staat vermeld vanaf gesprek 11, dan wordt de reguliere tijd gehanteerd, mits die niet minder is dan 30 minuten.
- In de derde kolom staat het werkblad/ invulformulier vermeld dat hoort bij de betreffende taak en dat je kunt vinden in het Werkboek.

	ZiS activiteiten verpleegkundige	Duur	Werkboek: Formulier
	Telefonisch	standaard	
	Algemene informatie over ZiS en belang van betrekken naaste		
	Afspreken welke naaste zal worden betrokken en wie dat doet		
	Afspraak maken voor 1 ^e gesprek, waarbij naaste uitgenodigd is.		
1	Face to face, met naaste	45 min	
	Overhandigen Werkboek en eerste uitleg		
	Invullen welke naaste betrokken zal zijn/blijven		Fig. 1
	Inventariseren: wat is belangrijk in contact met hulpverlener		Fig. 2
	Het maken van afspraken over samenwerking		Fig. 3
	Het maken van praktische afspraken		Fig. 4
	Uitleg over de onderdelen van ZiS (en rol van naaste daarbij). Daarbij: Aankondigen (data afspreken) start cursus POB (5 ^e gesprek) Aankondigen PE cursus indien al bekend wanneer start		§1.2
	Samenstelling ZiS team vaststellen		Fig. 5
	Plannen ZiS evaluatie's voor een jaar		
	Vrije ruimte		
2	Face to face	45 min	
	Introductie Life Chart		Bijlage I
	Introductie Signaleringsplan		Fig. 10
	Introductie zorgbehoeftenlijst		
	Vrije ruimte		
	<i>Thuis:</i> Life Chart invullen		Bijlage I
	<i>Thuis:</i> vroege voortekenen inventariseren (patiënt & naaste)		Fig. 9
	<i>Thuis:</i> CANSAS invullen		Fig. 7
3	Face to face, met naaste	45 min	
	Signaleringsplan verder invullen		Fig. 10
	Gesprek nav zorgbehoeftenlijst (die tevens door verpl is ingevuld)		Fig. 7
	Bespreken Life Chart en introductie hoe LC voortaan leidend zal zijn in gesprekken		
	Vrije ruimte		
			Bijlage I
	<i>Thuis:</i> DAI invullen		Fig. 14
	<i>Thuis:</i> lijstje huidige medicatie invullen		Fig. 11
	<i>Thuis:</i> signaleringsplan verder invullen		Fig. 10
	<i>Thuis:</i> Life Chart bijhouden		Bijlage I
4	Vorbereiding van / 1 ^e ZiS-team vergadering	60 (2 x 30)	
	<i>Vorbereiding met patiënt en naaste (30 min):</i>		
	Definitieve vaststelling van zorgbehoeften mbv CANSAS		
	Voorlopige doelen vaststellen		Fig. 8
	Bespreken Life Chart		Bijlage I
	Bespreken signaleringsplan		Fig. 10
	<i>ZiS-team overleg met pat, naaste, psychiater en evt anderen:</i>		

	Hoe gaan we samenwerken?		
	Hoe gaat behandeling eruit zien?		
	Vaststellen behandelplan en tekenen		Fig. 8
	Vrije ruimte		
	<i>Thuis</i> : Life Chart		Bijlage I
	<i>Thuis</i> : Signaleringsplan verder invullen		Fig. 10
5	Face to face	60 min	
	Eerste uitleg Probleem Oplossende Behandeling		
	POB eerste sessie		
	<i>Thuis</i> : POB		Bijlage III
6-10	Face to face	a 40 min	
	POB sessie 2 t/m 6		
	In elk gesprek vrije ruimte van 10 minuten		
	<i>Thuis</i> : POB		Bijlage III

	Vervolgens ELK GESPREK kort	Regulier consult	
	Life Chart (tevens leidraad in gesprek)		Bijlage I
	Medicatiegebruik en -effect		
	Uitvoeren interventies behandelplan (bv extra of aangepaste POB, individuele PE, ingelast consult psychiater)		
	Signaleringsplan altijd bij de hand houden		Fig. 10
	Vrije ruimte		
	Na 6 en 12 maanden ZiS-team voorbereiden met aansluitend ZiS-team overleg	Regulier consult	
	CANSAS doornemen: werken we aan de juiste doelen?		Fig. 7
	Zitten we nog op de goede weg?		Fig. 13
	Samenwerking en behandeling evalueren		
	DAI invullen en bespreken		Fig. 14
	SP min jaarlijks evalueren en bijstellen		Fig. 10
	Medicatie en somatiek		
	Behandelplan evt bijstellen en accorderen met handtekening		Fig. 8
	Vrije ruimte		

	Psycho educatie cursus voorbereiden	1 uur	
	Besluiten in team wie verantwoordelijk is/ wordt (2 teamleden)		
	Afspraken maken rond voorbereiding		
	Datums en tijd plannen		
	Laten uitnodigen van patiënten en naasten door secretaresse		
	PE cursus uitvoeren	6x 2,5 uur	

HB. Bijlage III. Checklist POB

Drie kernpunten van POB:

- 1. Verbetering (van stemming) komt na de actie.**
 - a. De patiënt leert dat hij zelf invloed kan hebben op zijn stemming.
 - b. De patiënt leert vaardigheden om problemen zelfstandiger op te lossen.
- 2. De patiënt is actief aan het werk.**
 - a. Nodig de patiënt uit tot activiteit.
 - b. Benoem dit zo vaak als nodig.
 - c. Ga zelf (ook letterlijk!) achterover zitten.
- 3. De structuur van POB is zeer belangrijk.**
 - Werk met de werkbladen.
 - Jij bewaakt de structuur.
 - Stap niet te snel over de fasen heen.
 - Vraag door, vul niet in!
 - Stel open vragen.

Eerste gesprek: uitleg POB en rationale

Kern: patiënt leert dat hij zelf invloed kan hebben op zijn symptomen door problemen in het leven op te lossen. Bovendien leert hij vaardigheden aan om problemen zelfstandiger op te lossen. In 6 sessies.

- Verbetering komt na de actie.
- Patiënt moet zelf actief zijn in POB.
- Huiswerk na elke sessie.
- Structuur en methodiek zijn belangrijk en die ga jij bewaken.
- Elk gesprek verloopt volgens hetzelfde stramien: 7 stadia.

Per stadium (in elk gesprek):

1. Verkenning en heldere omschrijving van het probleem

Kern: aan welk probleem wil de patiënt het eerst werken? Gebruik de al ingevulde CANSAS.

- Kies de eerste keer een niet te complex probleem (succeservaring!).
- Maak een goede probleemdefinitie.
- Is het probleem door de patiënt te beïnvloeden?
- Soms moet je een probleem in deelproblemen opsplitsen.
- Pel het probleem af als een ui door middel van open vragen. Zoek goed door naar het werkelijke probleem. *Wat, wanneer, waar, waarom, voor wie en hoe vaak is het een probleem?*

2. Het formuleren van een SMART doel

Kern: wat wil de patiënt veranderd zien?

Voorbeeldvragen zijn:

- *Stel dat het probleem er niet meer is, wat zou er dan veranderd zijn?*
- *Wat nog meer? En wat nog meer?*
- *Waarom zou je dat merken?*
- *Waarom zou u zich beter voelen?*
- *Wat zou het u opleveren als het probleem er niet meer was?'*

Wat vervolgens helpt is om de patiënt te vragen de volgende zin af te maken:

Ik wil.....

Toets vervolgens samen of het geformuleerde doel aan de eisen van SMART voldoet en of het aansluit bij het probleem.

3. Brainstormen

Kern: vind zoveel mogelijk potentiële oplossingen. Oordeel er nog niet over.

- Stel open vragen.
- Laat je niet verleiden tot het aandragen van oplossingen.
- Wijs de patiënt erop dat hij nieuwe vaardigheden aan wil leren.
- Herhaal eventueel de vraag en laat stiltes vallen.
- Heb geduld.

Voorbeeldvragen:

- *Welke oplossingen kunt u allemaal bedenken om dit probleem op te lossen?*
- *Wat kunt u nog meer bedenken?.... wat nog meer? Wat nog?.....*
- *Laat uw gedachten eens gaan!*
- *Welke ludieke ideeën kunt u bedenken?*
- *Laat alle voorzichtigheid eens varen!*
- *Wat zou je beste vriend(in) als oplossing bedenken?*

Denk aan de 'baksteen' techniek; op welke manieren kun je een baksteen allemaal gebruiken? Bijv. om een huis te bouwen, maar ook bijv. om jezelf mee te verdedigen, een ruitje in te slaan om je huis binnen te komen etc.

4. Voor- en nadelen van elke oplossing

Het gaat om de voor- en nadelen die de patiënt formuleert! Stel de vraag open, bijvoorbeeld

- *Wat zijn de voordelen van deze oplossing? Of: Wat levert het je op?*
- *En wat zijn de nadelen van deze oplossing? Of Wat kost het je?*

Denk aan investeringen (financieel of emotioneel), impact op het probleem, positieve of negatieve gevolgen voor anderen, haalbaarheid.

De patiënt is aan het nadenken, jij stimuleert alleen maar. Uitzonderingen:

- Bij evident gevaar of risico van bepaalde oplossingen, die de patiënt over het hoofd ziet, dan mag je de patiënt hierop wijzen.
- Als de patiënt bepaalde voor- en nadelen al eerder genoemd heeft en nu vergeet, mag je hem helpen herinneren.

5. Het kiezen van de oplossing(en) die het beste past.

De patiënt maakt een keuze voor een (combinatie van) oplossing (-en).

- Daag de patiënt uit de oplossing(en) te kiezen die het meest bijdraagt om het doel te behalen. Nu mag je iets meer steunend en sturend zijn.
- De makkelijkste oplossing is niet altijd de beste oplossing.
- Houd altijd rekening met de (on)mogelijkheden van de patiënt.

6. Implementatie van de gekozen oplossing(en): het actieplan.

Het actieplan biedt houvast om de gekozen oplossing uit te voeren. Uitvoeren van dit actieplan is het huiswerk voor de volgende keer.

- Wees zo specifiek mogelijk over tijden, data, concrete acties.
- Probeer goede voornemens om te zetten in concrete acties. Neem hiervoor genoeg tijd.
- Evt oefenen van spannende acties (bijv. in een rollenspel): wat gaat de patiënt zeggen, hoe kan de patiënt zich het beste gedragen?
- Als de patiënt te gemakkelijk over mogelijke belemmeringen heen stapt, probeer dan met open vragen die belemmeringen te verhelderen.

Voorbeeldvragen:

- *Hoe zou je deze oplossing het beste kunnen uitvoeren?*
- *Wat is de eerste stap die daarvoor nodig is?*
- *Wat is er nog meer nodig?... wat nog meer? Wat meer?*
- *Wat zou je zelf kunnen doen?*
- *Wie zou je daarbij tot steun kunnen zijn?*
- *Hoe zou je die kunnen benaderen?*
- *Welke belemmeringen ('beren op de weg') zouden er kunnen optreden? Hoe kan je die voorkomen? Of hoe kun je die uit de weg ruimen?*
- *Wat zou er mis kunnen gaan? Wat zou dan je alternatief zijn?*
- *Wanneer ga je dat doen? Wat als dat niet lukt?*

- *Op een schaal van 0-10, hoeveel vertrouwen heb je dat het deze week gaat lukken? Wat maakt dat je op die score staat? Wat zou het eerste stapje kunnen zijn om daarin 1 stap vooruit te komen?*

7. Evaluatie

Stap 7 vindt plaats bij het begin van elke volgende POB-sessie.

- Is het gelukt het actieplan uit te voeren?
- Prijs elke vooruitgang!
- Welk effect heeft het succes gehad op de klachten/symptomen van de patiënt? Hiermee bekrachtig je het centrale idee van POB, namelijk de relatie tussen het oplossen van alledaagse problemen en verminderen van klachten/symptomen.

Ook als acties niet (helemaal) gelukt zijn:

- Laat merken dat je vertrouwen hebt in de mogelijkheden van de patiënt om problemen het hoofd te bieden.
- Zoek wel naar de oorzaken van de 'mislukking'.
- Was doel helder, realistisch?
- Zijn de stappen te groot bij de acties?
- Zijn er nieuwe belemmeringen?
- Zijn er automatische negatieve gedachten: negatieve zaken uitvergrooten, zaken zwart/wit beoordelen, moeilijk positieve uitzonderingen kunnen zien? Blijf positief!

Na de evaluatie van het actieplan kies je een nieuw probleem of je werkt hetzelfde probleem opnieuw uit met nieuwe doelen en oplossingen. Je doorloopt de stappen 1-7 opnieuw.