

Henk-Willem Klaassen

Bondgenoten

*Hoe familieleden en hulpverleners
in de psychiatrie samen kunnen optrekken*

Boom | Amsterdam

Inhoud

Voorwoord	13
Inleiding	15
Deel 1 – De praktijk	21
1 Intake	25
1.1 Aanmelding	27
1.2 100% familie	28
1.3 Heteroanamnese	28
1.4 Leestips	29
2 Start van de behandeling	31
2.1 Ruimte voor het verhaal en de emoties	33
2.2 Voorlichting of psycho-educatie	34
2.3 Verwachtingen peilen	35
2.4 Leestips	36
3 De samenwerking tijdens de behandeling	37
3.1 Werken aan de triade	39
3.2 De triade	40
3.3 Schijnbare hobbels in de triade	41
3.4 Leestips	42
4 Herstelprocessen	43
4.1 Herstelproces van de hoofdpersoon	45
4.2 Acceptatie en herstelproces van de familie	46
4.3 Rehabilitatie	48
4.4 Empowerment	48
4.5 Leestips	49

5 Samenkracht	51
5.1 De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	54
5.2 Het bevorderen van de eigen regie	54
5.3 Rollen van familie	55
5.4 Eigen kracht	56
5.5 Eigen Kracht-conferenties	56
5.6 Leestips	58
6 Inwonende hoofdpersoon	59
6.1 Gezinsinterventie	62
6.2 De familie betrekken als de cliënt bij zijn familie inwoont	62
6.3 Ingaan op interacties in het gesprek	63
6.4 Achterstand inhalen	64
6.5 Leestips	65
7 Overbezorgd	67
7.1 Het bespreken van de overbezorgdheid	69
7.2 Triadekaart	69
7.3 Stigma	71
7.4 Grenzen stellen	72
7.5 Familiegroep	73
7.6 Herstel en regie	73
7.7 Leestips	74
8 Sterker worden in een familiegroep	75
8.1 Familiegroepen	78
8.2 Een hele investering	79
8.3 Leestips	80
9 Zorgmijding	81
9.1 Zorgmijding en bemoeizorg	83
9.2 Familie betrekken door mee te denken	84
9.3 Aandacht voor het kind	85
9.4 Leestips	85

10 Crisis	87
10.1 Informatie delen	89
10.2 Draagkracht van familie	89
10.3 Steunfiguren	90
10.4 Leestips	91
11 Opname	93
11.1 Het herstellen van een relatie	96
11.2 Privacy	96
11.3 Het betrekken van familie tijdens een opname	96
11.4 Familiebeleid	97
11.5 Leestips	98
12 Uit de crisis	99
12.1 Draaglast van familie	101
12.2 Crisisplan	102
12.3 Beter worden doe je thuis	103
12.4 Leestips	103
13 Een ambulante dwangbehandeling	105
13.1 Juridische maatregelen	107
13.2 Agressie	108
13.3 Samenwerking tijdens dwangmaatregelen	108
13.4 Mentorschap	108
13.5 Leestips	109
14 In een beschermde woonvorm	111
14.1 Het betrekken van familie ten tijde van het verblijf in de woonvorm	114
14.2 Herstel	114
14.3 Schaamte	115
14.4 Leestips	116

15 Verslaving	117
15.1 Verslaving en familie	120
15.2 Hoe om te gaan met het verslavingsgedrag van een familielid?	120
15.3 Leestips	122
16 Terug naar de huisarts	123
16.1 Ggz in de huisartsenpraktijk	125
16.2 Signaleringsplan	126
16.3 Leestips	128
Deel 2 – Theorie en informatie	129
17 De triade	133
17.1 3 + 1 = 5	134
17.2 De triade nader uitgelegd en onderbouwd	135
17.3 Meerzijdige partijdigheid	140
17.4 De invulling van de triade	141
17.5 Tips voor een goede triade	143
18 De behandeling	145
18.1 Aanmelding en intake	146
18.2 Diagnose	146
18.3 Behandeling	148
18.4 Behandelplanbespreking	148
18.5 Multidisciplinaire richtlijnen	150
18.6 Bewezen interventies	150
18.7 Gezinsinterventies	151
18.8 Psycho-educatie	152
18.9 Bemoeizorg	153
18.10 Integrale dubbelediagnosebehandeling	155

19 Herstel en regie, besproken vanuit het perspectief van de hoofdpersoon	157
19.1 Rouw	158
19.2 Acceptatie	159
19.3 Herstelfasen	159
19.4 Werken aan je herstel	161
19.5 Empowerment	161
19.6 Rehabilitatie	162
19.7 Herstel en regie	163
19.8 Verschillende herstelprocessen	164
19.9 Herstelondersteunende zorg	165
20 Hersteltheorie besproken vanuit familieperspectief	169
20.1 Rouw-, acceptatie- of herstelproces van de familie	170
20.2 Werken aan het eigen herstel	172
20.3 Empowerment	174
20.4 Rollen van naasten	176
20.5 Herstelproces van de familie in de triade	177
20.6 Herstelondersteunende zorg, tips voor naasten en hulpverleners	178
21 Familievaardigheden	179
21.1 Vaardige familie	180
21.2 Omgaan met hulpverleners	180
21.3 Op jezelf letten	181
21.4 Sociale steun	182
21.5 Het leren van specifieke gespreks- en interactievaardigheden	183
21.6 Familievaardigheden voor hulpverleners	184
21.7 De hulpverlener is een passant, de familie blijft altijd	184
21.8 De sociale context	185
21.9 Het hart, het oor en een vleugje professionaliteit	186
21.10 100% familie	187
21.11 Individuele familiebegeleiding	188

21.12	Strategieën om familie te betrekken	190
21.13	Vijftien handvatten voor familiebegeleiding	191
21.14	Training voor hulpverleners en teams	192
22	Handvatten en hulpmiddelen	195
22.1	De triadekaart	196
22.2	Eigen Kracht-conferenties	197
22.3	Signaleringsplan	199
22.4	Crisisplan	200
22.5	Crisiskaart	200
23	Aanbod voor familie	203
23.1	Familiegroepen	204
23.2	Mantelzorgcentra en Mezzo	206
23.3	Mantelzorgcompliment	207
23.4	E-health	207
23.5	Brochures	208
23.6	Familievertrouwenspersoon	208
23.7	Zelfhulpboeken en literatuur	209
24	Belemmerende factoren	211
24.1	Privacy	212
24.2	Stigma	216
24.3	Beroepsdeformatie	218
24.4	Verkeerde denkbeelden en houding	219
24.5	Oneigenlijke redenen om familie er niet bij te betrekken	220
24.6	Falend familiebeleid	221
25	Ggz-familiebeleid	223
25.1	Betrokken omgeving	224
25.2	Familiebeleid	226
25.3	Familiebeleid in de praktijk voor familieleden en hulpverleners	228

26 Juridische maatregelen	229
26.1 Wet verplichte ggz	230
26.2 Mentorschap	232
26.3 Sociaal-juridische hulpverlening	233
27 Epiloog: maatschappelijke ontwikkelingen	235
Eén ervaring zegt meer dan duizend woorden	235
27.1 Familiebegeleiding in perspectief	236
27.2 Basis-ggz	237
27.3 De Wet maatschappelijke ondersteuning	237
27.4 Omdenken	238
27.5 Inclusie	239
27.6 Tot slot	241
Literatuur	243
Aanbevolen literatuur	248
Bijlage: cursussen/trainingen voor familie waarin voorlichting en empowerment aan de orde komen	251
Het aanleren van speciaal gedrag of interacties	252
Gezamenlijke probleemoplossing	253
Speciale lotgenotengroepen	253
Verantwoording	255
Dankwoord	257
Over de auteur	259

Voorwoord

Jarenlang laadde Henk-Willem Klaassen zijn supermarktkarretje vol met kennis. Met open blik en niet gehinderd door de knellende boodschappenlijstjes van protocollen of semi- of pseudowetenschappelijke prietpraat. Hulpverleners is mensenwerk en Henk-Willem is zich daar als geen ander van bewust. Altijd staat bij hem de praktijk voorop. Een praktijk die hij vervolgens wel weer weet te verbinden aan de theorie, aan de actualiteit, aan het juiste politieke jargon. In handzame porties strooit hij al die opgedane kennis in dit boek over de lezer uit.

Vooraf noemde ik het een ongelooflijke uitdaging om een handboek te schrijven voor hulpverleners én voor familieleden. Maar het is hem gelukt om deze twee doelgroepen tegelijk aan te spreken en schijnbaar moeiteloos van perspectief te wisselen. Daarmee krijgt de lezer twee voor de prijs van één, maar laat Henk-Willem bovenal duidelijk zien dat hulpverlener en familie samen een klus te klaren hebben: steun bieden om iemand die onderuit is gegaan weer zo goed mogelijk op de rit te zetten. Ieder met zijn eigen hobbels en ontdekkingen, maar werkend aan hetzelfde doel: het bouwen aan een triade van cliënt, behandelaar en familie.

Het gemak waarmee Henk-Willem wisselt van positie laat zich verklaren door het feit dat hij dagelijks met familieleden en hulpverleners werkt, maar ook zelf hulpverlener én familielid is. Een combinatie waarvan we bij Ypsilon, de vereniging voor familieleden van mensen met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychose, steeds nadrukkelijker de meerwaarde beseffen. Professionals met eigen familie-ervaring zouden wel eens de sleutel kunnen vormen om familie en andere naasten een échte plaats te geven in de zorg. Omdat familieleden het verdienen, omdat zij iets toevoegen en omdat goede zorg niet meer in stand kan worden gehouden zonder hun bijdrage.

Dit boek komt uit in een tijd waarin de financiering van de zorg volledig op zijn kop staat. Niet langer kan de zorg worden georganiseerd op de manier die we gewend waren. En meer dan ooit beseffen we dat de eigen kracht van de patiënt het fundament moet vormen waarop hulpverlener en familie verder moeten bouwen. Dat lukt alleen als ze de kracht van de andere partij erkennen en als bondgenoten op een respectvolle wijze gebruikmaken van elkaars mogelijkheden. Als directeur van Ypsilon ben ik daarover hoopvol gestemd, maar het gaat niet vanzelf. Het is een proces van durven, van proberen, van vallen en opstaan en al doende op elkaar leren bouwen. Dit boek biedt daarvoor zowel de ankerpunten als de richtingaanwijzers. Henk-Willem, dank je wel dat je je kennis met ons wilde delen.

Bert Stavenuiter

Directeur van Ypsilon, vereniging van familieleden en naasten van mensen met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychose

Inleiding

Met *Bondgenoten* heb ik een boek willen schrijven voor twee doelgroepen: hulpverleners en naasten van mensen met een psychische aandoening. Is dat geen onmogelijke taak? Laat ik hierdoor deze twee doelgroepen niet te veel bij elkaar in de keuken kijken? Ik heb me niet laten leiden door deze vragen, omdat ik vind dat ik zelf tot die beide doelgroepen behoor. Ik heb ervaringen met mijn vader, mijn zus en mijn dochter die voor mij uiteindelijk de aanzet zijn geweest om me in de sociaal-psychiatrische praktijk meer bezig te houden met de families van patiënten.

Hoewel de laatste jaren meer boeken zijn uitgegeven over familiebegeleiding (Van Meekeren & Baars, 2011; Van Meekeren, 2012; Baars & Van Meekeren, 2013) dan in de afgelopen twintig jaar (Borgesius, 1994), heb ik gemeend dat het nodig was om dit boek te schrijven. Ik heb gekozen voor een praktisch boek, dat dicht bij de praktijk van hulpverleners en naasten staat. Een boek waarin ik beide partijen tracht te motiveren om slechts bescheiden middelen te gebruiken om met elkaar samen te werken, namelijk het hart, het oor, een vleugje professionaliteit en begrip. Ik heb er bewust voor gekozen om niet te veel theoretische onderbouwingen toe te voegen. Daarvoor nodig ik de lezer uit om de gebruikte en aanbevolen literatuur na te slaan. *Bondgenoten* geeft aan de hand van de dagelijkse praktijk handreikingen om de triade van familie en hulpverleners succesvol te maken.

Ik wil de lezer vooral vragen om steeds weer te bedenken: ‘Stel dat de hoofdpersoon mijn partner of familielid is. Stel dat hij of zij geconfronteerd wordt met een aandoening waar ik niets van begrijp. De specialist betreft me niet bij de behandeling en geeft me verder geen uitleg of tips hoe ik met de situatie om kan gaan. Hoe zou ik me dan voelen? Hoe zou het voor mij anders en beter kunnen?’

Ik vind dat juist sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, bij wie de sociale context van hun cliënt centraal staat, bij uitstek degenen zouden moeten zijn om naasten te betrekken bij de behandeling. Om families te begeleiden heb je geen specifieke opleiding nodig, bijvoorbeeld die van systeemtherapie. Het is wel nuttig om bepaalde weerstanden en denkbeelden (zoals privacy, jezelf ongeschikt vinden) te laten varen. Daarna kan bij wijze van spreken elke hulpverlener (mbo-, hbo- of universitair opgeleid, van woonbegeleider tot psychiater) aan de gang met de sociale context van de hulpverlening. Ik hoop dat dit boek ondersteuning biedt om verlost te raken van die weerstanden en denkbeelden, om geïnspireerd te raken om het ‘gewoon’ te doen.

Ik ben ervan overtuigd dat wanneer hulpverleners en naasten met elkaar samenwerken, de behandeling van de hoofdpersoon het efficiëntst kan verlopen. Dat de huidige veranderingen in zorg en welzijn een appel doen op hulpverleners en naasten om veel meer samen te werken, is een bijkomstigheid; de reden voor deze samenwerking moet zijn omdat het zinvol is, niet omdat het ‘moet’. Dit boek is dus niet geschreven vanuit deze veranderingen.

Binnen de psychiatrie zijn tal van situaties denkbaar waarin een goede vormgeving van de triade van groot belang is. Denk aan situaties waarin de hoofdpersoon te maken heeft met bijvoorbeeld psychoses, autisme, borderline, depressie, angststoornis, ADHD, eetstoornis, verslaving, bipolaire stoornis enzovoort. In al deze situaties hebben de naasten veel te stellen met de hoofdpersoon en hebben zij voldoende en adequate informatie nodig. Soms hebben zij daarnaast individuele ondersteuning nodig, bijvoorbeeld informatie over de ziekte of begeleiding bij het behandel- en herstelproces. Uiteindelijk moet de hulpverlener elke keer bedenken dat hij slechts een passant is, maar dat de familie voortdurend in contact staat met hun familielid. De naasten kennen de hoofdpersoon nu eenmaal het beste.

Er zullen altijd situaties zijn waarin geen sprake is van een netwerk, of waarin het averechts werkt om het netwerk bij de behandeling te betrekken. Deze situaties vormen echter slechts een kleine minderheid. Voor zulke situaties zijn weer andere benaderingswijzen en werkwijzen beschreven, zoals bemoeizorg.

Ik hoop dat de volgende formules een ondersteuning kunnen zijn voor de invulling in de praktijk, $3 + 1 = 5$, 100% familie, het hart en het oor, een vleugje professionaliteit en begrip en de triade 5.0.

$$3 + 1 = 5$$

Dit boek gaat uit van de formule: $3 + 1 = 5$. Hulpverlening in de (langdurende) psychiatrie heeft in veel situaties niet direct resultaat. Zou het uitmaken of de hulpverlener drie, vier of vijf gesprekken met de cliënt voert? Stel dat de hulpverlener één gesprek minder voert met de cliënt, drie in plaats van vier, en één gesprek houdt met de cliënt en zijn familie of met de familie alleen, dan zou dat voor alle partijen meerwaarde hebben: $3 + 1 = 5$.

100% familie

Met 100% familie wordt bedoeld dat hulpverleners, teams en afdelingen in de ggz werken met het principe dat familie wordt betrokken bij de behandeling. Met dit principe in het achterhoofd werken alle hulpverleners met cliënten én hun naasten. Vanaf het begin van de behandeling wordt met de cliënt besproken waarom de familie bij het proces betrokken wordt. Er wordt uitgegaan van het feit dat de familie niet alleen voorlichting kan krijgen over de psychiatrische diagnose, maar ook ondersteuning kan krijgen bij de vraag welke rol zij verder kunnen spelen tijdens het behandelproces. Daarnaast kan met elkaar worden afgestemd hoe een succesvolle triade kan worden vormgegeven.

Het hart en het oor, een vleugje professionaliteit en begrip

Familiebegeleiding begint met het hart en het oor van de hulpverlener. Allereerst met zijn hart, waarmee hij een poging doet om in te voelen hoe het voor hemzelf zou zijn als het zijn familielid of naastbetrokkene zou betreffen. Hoe zou dat voelen, en hoe zou hij reageren als hulpverleners hem niet bij de behandeling betrekken, of zich formeel opstellen en hem het gevoel geven dat hij er niet toe doet? Maar ook het oor is onmisbaar, om te luisteren naar de verhalen en de emoties van de familie. De hulpverlener gebruikt daarnaast vanuit

zijn professionaliteit zijn kennis en inzichten. Ten slotte, als de hulpverlener zich verplaatst in de situatie van zijn cliënt en zijn naasten kan hij ook begrip tonen voor het feit dat het niet altijd eenvoudig is voor de hoofdpersoon en zijn naasten om te leren omgaan met de klachten, symptomen en beperkingen van zijn aandoening, die voor korte of langere tijd zijn leven veranderen.

Triade 5.0

Hulpverleners en naasten geven vaak aan dat ze wel contact met elkaar hebben. Wat ze hiermee bedoelen kan echter variëren: alleen telefonisch contact, elkaar zien bij huisbezoeken (die noem ik 'triade 1.0'), of samenwerken aan de behandeling (triade 3.0). Het ideaal is de triade 5.0, waarbij naasten en hulpverlener met meerzijdige partijdigheid het herstel van de hoofdpersoon ondersteunen.

Opzet van het boek

Bondgenoten bestaat uit twee delen. In het eerste deel worden zestien veelvoorkomende situaties geschetst die hulpverleners en familieleden kunnen meemaken. In deze casussen worden verschillende aspecten van samenwerking besproken en wordt ingezoomd op de interactie tussen familie en hulpverlener. Deze voorbeelden bieden zo handreikingen aan beide doelgroepen: de lezer wordt aan het denken gezet en uitgenodigd om de cases te vertalen naar de eigen situatie. In elke casus wordt een gesprekssituatie uitgewerkt en nabesproken. Uiteindelijk vormen de nabesprekingen en literatuurtips bij Deel 1 een groot arsenaal aan handvatten voor hulpverleners en familieleden om de triade vorm te geven.

In het tweede deel wordt een aantal onderdelen van die triade nader uitgewerkt, onderbouwd met theorie en informatie. Getracht is om ook deze onderdelen kort en krachtig te houden en voor een meer uitgebreide bespreking ervan te verwijzen naar literatuur. De onderdelen die in Deel 2 worden uitgelicht zijn onder andere de triade, behandeling, het herstelproces van de hoofdpersoon, het herstelproces van de familie, familievaardigheden, het aanbod van cursussen, trainingen en andere bijeenkomsten voor de familie, belemmerende

factoren, ggz-familiebeleid en juridische maatregelen. In de epiloog komen te slotte de maatschappelijke ontwikkelingen aan bod.

Ik hoop dat familieleden door dit boek worden geïnspireerd en zich uitgenodigd voelen om zelf ook initiatieven te nemen tegenover de hulpverlener, om ook de regie te nemen om de samenwerking, de triade, beter vorm te geven. Ook hoop ik dat hulpverleners na het lezen van dit boek niet het idee krijgen dat hun *caseload* wordt verdubbeld, maar ervan overtuigd raken dat het betrekken van naasten de kwaliteit van zorg en ondersteuning van hun cliënt zal verbeteren.

- De termen ‘familie’ en ‘naaste’ zijn ook te vervangen door bijvoorbeeld ‘partner’ of ‘vriend’.
- In dit boek worden de termen ‘hoofdpersoon’, ‘familielid’ en ‘cliënt’ door elkaar gebruikt. ‘Hoofdpersoon’ wordt gebruikt als wordt gekeken vanuit het perspectief van zowel de familie als van de hulpverlener. ‘Familielid’ wordt gebruikt vanuit het perspectief van de familie, ‘cliënt’ wordt gebruikt wanneer wordt gekeken vanuit het perspectief van de hulpverlener. In het kader van de hersteltheorie en antistigmaprogramma’s wil ik ervoor pleiten dat er vaker over de ‘hoofdpersoon’ wordt gesproken dan over de cliënt.
- De cases zijn afkomstig uit mijn eigen werkervaringen. De cases en de namen van de personen zijn zodanig gewijzigd dat de hoofdpersonen niet herkenbaar zijn.
- Voor de leesbaarheid is er in de mannelijke vorm geschreven. Daar waar ‘hij’ staat kan ook ‘zij’ worden gelezen. Er is voor gekozen om één (en soms een tweede) naam voor de hulpverlener te gebruiken, namelijk die van Anne (en Mike).
- In dit boek worden geen diagnoses genoemd en worden behandelteams van ggz-instellingen niet nader onderscheiden.
- In dit boek wordt uitgegaan van mensen die tijdelijk of langdurend een psychiatrische ziekte hebben. Er kunnen op korte of lange termijn beperkingen of handicaps optreden. Daar waar in dit boek gesproken wordt over een handicap of beperking, hoeft dit niet te betekenen dat deze voor altijd blijft bestaan. Het gaat

om het moment, en om de klachten in iemands leven die op dat moment in de casus worden besproken en aanwezig zijn. Er zijn mensen die bezwaar maken tegen uitdrukkingen zoals ‘psychiatrische ziekte’, ‘aandoening’, ‘handicap’ of ‘beperking’; als alternatief wordt soms de term ‘uitdaging’ voorgesteld. Toch ben ik een voorstander van de eerstgenoemde uitdrukkingen, omdat ze beter aangeven hoe de hoofdpersoon en zijn naasten de situatie ervaren. Uiteindelijk is het doel uiteraard wel de uitdaging aan te gaan om met die psychiatrische achtergrond zo goed mogelijk te functioneren.