

# **Psycho-educatie voor patiënten van Assertive Community Treatment; een onderzoek naar de wensen, behoeften en mogelijkheden**

M.P.C. Alkemade  
Studentnummer 3129217  
Afstudeerwerkstuk  
25 juni 2011

Klinische gezondheidswetenschappen,  
Masterprogramma Verplegingswetenschap, UMC-Utrecht

Begeleider: Dr. Frederike Jörg

Cursusdocent: Drs. Truus van der Hooft

Zorginstelling: GGZ Friesland Leeuwarden

Beoogd tijdschrift: Tijdschrift voor Psychiatrie

Referentiestijl: volgens tijdschrift *Brain*

Aantal woorden 3550

Aantal woorden samenvatting: 269

Aantal woorden abstract: 291

## Samenvatting

### **Psycho-educatie voor patiënten van Assertive Community Treatment: een onderzoek naar de wensen, behoeften en mogelijkheden**

**Inleiding:** Onderzoek naar effecten van psycho-educatie voor patiënten met schizofrenie en verwante stoornissen toont aan dat terugval en heropnamen kunnen worden teruggedrongen. Ook zijn positieve effecten op kwaliteit van leven en sociale contacten gevonden. Het percentage patiënten dat psycho-educatie volgt ligt rond de 20 tot 30. Met name patiënten van ACT volgen nauwelijks psycho-educatie.

**Doel:** Een beeld vormen van de wensen en behoeften van patiënten van ACT op het gebied van psycho-educatie en de mogelijkheden onderzoeken binnen het team om hieraan tegemoet te komen .

**Onderzoeksvragen:** Wat zijn de wensen en behoeften van patiënten van ACT op het gebied van psycho-educatie? Wat zijn de achtergronden van die wensen en behoeften? Wat zijn de ervaringen en meningen van de betrokken hulpverleners?

**Methode:** Een inventarisatieonderzoek door middel van een korte gestructureerde vragenlijst (n=25) en een kwalitatief onderzoek met behulp van diepte-interviews met patiënten (n=5) naar de wensen en behoeften, aangevuld met interviews met betrokken hulpverleners van een ACT team (n=3).

**Resultaten:** Een derde van de respondenten geeft aan psycho-educatie te willen. Sommige patiënten die geen psycho-educatie willen, vinden zichzelf niet ziek, maar juist zij blijken een grote lijdensdruk te hebben: ze voelen zich niet geaccepteerd en leven in een isolement.

**Conclusie:** Patiënten van ACT die er behoefte aan hebben en er open voor staan moeten psycho-educatie aangeboden krijgen, individueel of in een kleine groep. Andere patiënten zijn meer gebaat bij de presentiebenadering, waar psycho-educatie een geïntegreerd onderdeel van uitmaakt.

**Aanbevelingen:** verpleegkundigen scholen in de presentiebenadering; uitbreiding aantal ervaringsdeskundigen.

**Trefwoorden:** psycho-educatie; ACT; presentietheorie; inventarisatieonderzoek; kwalitatief onderzoek

## Abstract

### **Psycho education for patients supported by Assertive Community Treatment: a study of the needs, preferences and possibilities**

**Background:** Research on the effects of psycho education for patients with schizophrenia and related disorders shows a reduction of relapse and rehospitalisation. Positive results on quality of life and social contacts have also been found. About 20 to 30 % of the patients actually participate in a psycho education program. Especially patients who are supported by ACT rarely participate in psycho education.

**Aim:** To determine the needs and preferences of patients supported by ACT concerning psycho education and to investigate the possibilities to fulfill these wishes and preferences within the ACT team.

**Research questions:** What are the needs and preferences of patients supported by ACT about psycho education? What is the background of these needs and preferences? What are the experiences of the professionals?

**Method:** A survey study on the patients' needs and preferences about psycho-education (n=25) combined with a qualitative study (n=5) using in-depth interviews to determine the factors underlying these needs and preferences. Additionally professionals of the ACT team were interviewed (n=3).

**Results:** One third of the patients mention that they want psycho-education. Some patients who do not want psycho-education do not consider themselves as being ill. Yet they appear to experience more distress; they do not feel accepted and live in isolation.

**Conclusion:** Psycho education for patients supported by ACT can be offered to those patients who are open to it. They prefer an individual program or in a small group. Other patients will benefit more by the Presence Approach, of which psycho education is an integrated part.

**Recommendations:** Educate nurses in the Presence Approach. Increase the number of experienced practitioners.

**Keywords:** Psycho education; ACT; Presence Approach; survey; qualitative study

## Inleiding

Sinds de jaren 80 van de vorige eeuw is in de gezondheidszorg een ontwikkeling gaande waarbij behandelaren patiënten steeds meer informeren over hun diagnose en behandelperspectieven. In de wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst is het geven van informatie door de hulpverlener verplicht gesteld en omschreven (Hermans en Buijssen. 2006).

In de geestelijke gezondheidszorg zijn er belemmeringen bij het geven van informatie. Ten eerste is het stellen van de diagnose minder zeker door het ontbreken van objectieve criteria zoals een laboratoriumonderzoek. De diagnose heeft een zekere subjectiviteit. In de beginfase heeft de diagnose een voorlopig karakter (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling. 2005).

Een tweede belemmering is dat de diagnose als een stempel kan worden ervaren. De diagnose schizofrenie roept een negatief en uitzichtloos beeld op. Patiënten staan mede als gevolg hiervan vaak niet open voor informatie over hun ziektebeeld (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling. 2005).

De informatie over een psychische aandoening wordt veelal verstrekt in de vorm van psycho-educatie. De definitie van psycho-educatie die gehanteerd wordt door een Duitse expertgroep, luidt: "Psycho-educatie betekent systematische, gestructureerde, didactische informatie over ziekte en behandeling en omvat tevens het integreren van emotionele aspecten om patiënten in staat te stellen met hun ziekte om te gaan" (Pitschel-Walz, et al. 2006).

Het doel is een verandering in gedrag, vaardigheden en houding te bewerkstelligen. Bij patiënten met schizofrenie betekent dit dat zij hun aandoening herkennen, accepteren en leren omgaan met de symptomen. Ook sociale vaardigheden vormen een belangrijk onderdeel van psycho-educatie. Om aan deze gestructureerde vorm van psycho-educatie te kunnen deelnemen, dienen patiënten aan een aantal voorwaarden te voldoen. Deze zijn: op de hoogte zijn van de diagnose; zich ongeveer een uur kunnen concentreren; gemotiveerd zijn voor deelname en andere deelnemers geen overlast bezorgen (van Peperstraten, et al. 2010).

Psycho-educatie kan individueel en in groepsverband worden aangeboden en wordt ook vaak aan familieleden aangeboden (Hoenkamp en Haffmans. 2008). Psycho-educatie kan gegeven worden door psychiaters en psychologen, maar ook door verpleegkundigen. Een andere benadering is het "peer to peer"-concept, waarbij ervaringsdeskundigen worden ingezet (Rummel-Kluge, et al. 2006).

Het onderzoek naar de effectiviteit van psycho-educatie is moeilijk te vergelijken, omdat er verschillende inclusie criteria worden gehanteerd. Met name het tegelijk aanbieden van psycho-educatie aan familie en excluderen van patiënten zonder familielid dat mee wil doen leidt tot verschillende uitkomsten (Aguglia, et al. 2007, Pitschel-Walz, et al. 2006). Ook uitkomstmaten verschillen: er wordt gemeten hoeveel heropnames plaatsvinden, of er wordt gekeken naar de kwaliteit van leven en de sociale contacten (Atkinson, et al. 1996). De definitie van psycho-educatie is niet altijd duidelijk. De timing waarop het wordt aangeboden speelt een rol (Pekkala en Merinder. 2002). Alle onderzoeken tonen een significant positief effect aan. Het aantal patiënten dat geïnteresseerd is in psycho-educatie ligt meestal rond een derde (Atkinson, et al. 1996, Pekkala en Merinder. 2002).

De genoemde onderzoeken hebben plaatsgevonden in psychiatrische ziekenhuizen of instellingen voor ambulante psychiatrie.

Een speciale vorm van ambulante psychiatrische zorg is Assertive Community Treatment, afgekort ACT (Assertive Community Treatment Association. 2009). Het is een uit de Verenigde Staten afkomstige vorm van ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische problemen die de reguliere zorg mijden en waarbij een multidisciplinair team verantwoordelijk is voor het voortbestaan van de hulpverleningsrelatie. Een groot deel van de doelgroep van ACT in Nederland bestaat uit schizofreniepatiënten (Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling. 2008). Het belangrijkste doel van de ACT benadering is om contact te onderhouden met patiënten, ook als ze zorg weigeren (Sytema, et al. 2007). Deze doelgroep onderscheidt zich van de populaties uit eerder genoemde studies doordat ze naast hun psychiatrische ziekte vaak ook kampen met verslaving en problemen met wonen en werken.

In de uitgangspunten van ACT staat dat het geven van psycho-educatie aan patiënten en hun familie tot het takenpakket behoort (Assertive Community Treatment Association. 2009). In de praktijk blijkt dat veel van de beschikbare tijd van ACT teams gebruikt wordt om crises te bezweren en administratieve taken uit te voeren. De teamleden komen niet toe aan het uitvoeren van systematische psychosociale interventies zoals psycho-educatie, terwijl ze die wel tot hun takenpakket rekenen (Simpson. 2005). Bovendien is onduidelijk in welke vorm psycho-educatie het best gegeven kan worden aan deze doelgroep. Deze studie is uitgevoerd om de wensen en behoeften van de ACT populatie op het gebied van psycho-educatie in beeld te brengen en om de ervaringen en meningen van de betrokken hulpverleners over dit onderwerp te onderzoeken.

### *Probleemstelling*

Psycho-educatie voor patiënten met een ernstige psychiatrische ziekte is bewezen effectief, maar patiënten die worden begeleid in een ACT setting volgen nauwelijks psycho-educatie. Om een interventie te ontwikkelen die aansluit bij de doelgroep is onderzoek nodig naar de wensen en behoeften van deze doelgroep over vorm, inhoud, en plaats van psycho-educatie en naar de ervaringen en meningen van de betrokken hulpverleners.

### *Doel*

Het doel van het onderzoek is input te verkrijgen voor een aangepaste module psycho-educatie voor de populatie van ACT door een beeld te vormen van de wensen en behoeften van patiënten van ACT op het gebied van psycho-educatie en door de ervaringen en meningen van de hulpverleners hieromtrent te onderzoeken.

### *Onderzoeksvragen*

Wat zijn de wensen en behoeften van patiënten van ACT omtrent vorm, inhoud en locatie van psycho-educatie?

Wat zijn de achterliggende motieven om wel of niet voor psycho-educatie te kiezen?

Wat zijn de ervaringen en meningen van de betrokken hulpverleners over het geven van psycho-educatie aan de ACT populatie?

### **Methode**

#### *Type onderzoek*

De onderzoeksopzet was tweeledig: er werd een inventarisatieonderzoek gedaan door middel van een korte gestructureerde vragenlijst over de wensen en behoeften van patiënten op het gebied van psycho-educatie. De eerste vraag was: hebt u belangstelling voor psycho-educatie? Indien het antwoord ja was, werden er nog vier vragen gesteld: wie het zou kunnen geven, waar het zou kunnen plaatsvinden, in welke samenstelling en welke onderwerpen de respondent zou willen bespreken. Daarnaast werd gevraagd naar demografische gegevens. Deze vragenlijsten werden mondeling aangeboden. Tijdens het invullen van deze vragenlijsten werden respondenten geworven voor een interview over de achtergronden van deze wensen en behoeften. Voor deze interviews en de analyse ervan is gekozen voor een algemeen kwalitatieve benadering, omdat deze het best aansloot bij het doel van deze studie: het in kaart brengen van wensen en behoeften van patiënten (Holloway and Wheeler. 2002). Tevens werden interviews gehouden met een psychiater i.o., een ervaringsdeskundige en een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, alle lid van een ACT team. De inhoud hiervan werd mede bepaald door de bevindingen uit het inventarisatieonderzoek en de interviews met de patiënten. In de interviews met de

hulpverleners stonden de volgende vragen centraal: hoe belangrijk vindt u psycho-educatie aan deze doelgroep, hoe geeft u vorm aan psycho-educatie en hoe gaat u om met patiënten die niet open staan voor psycho-educatie.

### *Objectiveringscriteria*

De onderzoeker probeerde zoveel mogelijk vroegere aannames buiten beschouwing te laten, zodat er nieuwe betekenissen en relaties konden worden gevonden, het zogenaamde “bracketing”. In de praktijk betekende dit vooral dat de onderzoeker uit haar rol van hulpverlener diende te stappen. De onderzoeker had een niet oordelende houding en benadrukte dat ze van de patiënten wilde leren.

### **Onderzoekspopulatie**

De onderzoekspopulatie bestond uit cliënten van twee ACT teams in een middelgrote stad in het noorden van Nederland en onderdeel van een GGZ instelling. Een criterium om voor ACT zorg in aanmerking te komen is een score van 15 of hoger op de Health of the Nation Outcome Scales, kortweg HoNOS. Deze schaal meet gedragsproblemen, beperkingen, symptomatologie en sociale problemen bij psychiatrische patiënten (C.L. Mulder, et al. 2004). Patiënten worden door de crisisdienst verwezen of via andere hulpverlenende instanties.

### **Dataverzameling**

Om patiënten te benaderen werden gedurende drie maanden pensions bezocht, het inloophuis, de nachtopvang en de dagopvang van een organisatie voor begeleiding van dak- en thuislozen en in overleg met het ACT team werden er patiënten thuis bezocht.

Aansluitend aan het invullen van de vragenlijst die mondeling werd afgenomen werd aan de respondenten gevraagd of ze bereid waren om aan een interview over het onderwerp mee te werken. Soms ontstond er een gesprek, zonder dat dit tot een interview leidde.

De patiënten werden elk benaderd op een manier die passend leek bij de situatie, zodat niet van een standaard openingsvraag sprake was. Steeds werd de vraag gesteld of de respondent behoefte had aan enige vorm van psycho-educatie, zo nodig met uitleg. Er zijn cliënten geëxcludeerd uit praktische overwegingen vanwege opname op een crisisafdeling of detentie.

Twee interviews met patiënten werden in de thuissituatie gehouden, een in een dubbele diagnose pension, een in het inloophuis en een in een gebouw van de GGZ. De interviews duurden tussen drie kwartier en twee uur.

Aan de geselecteerde hulpverleners werd in de loop van de onderzoeksperiode gevraagd of ze mee wilden werken aan een interview over het geven van psycho-educatie aan de ACT populatie. Dit resulteerde in drie interviews van ongeveer een uur.

### **Data analyse**

De interviews werden opgenomen en getranscribeerd. Voor het analyseren werd gebruik gemaakt van het software programma MAXQDA. Tijdens de eerste fase werden codes toegekend aan tekstfragmenten uit de interviews. Vervolgens werden de gevonden thema's gegroepeerd rond centrale thema's en werden relaties tussen de verschillende thema's vastgesteld.

### **Resultaten**

#### *Inventarisatieonderzoek*

Van de 25 benaderde patiënten hadden er zeven behoefte aan psycho-educatie, twee misschien en 16 niet. De vijf cliënten die bereid waren een interview te geven kwamen uit alle drie de categorieën.

De demografische gegevens van de respondenten zijn weergegeven in tabel 1.

De antwoorden op de vragen zijn hierna samengevat en deels weergegeven in tabel 2.

#### *Wel of misschien behoefte*

Van de negen respondenten die psycho-educatie wilden ontvangen, vonden er zes dat een verpleegkundige dat het best kon geven. Twee kozen voor een ervaringsdeskundige en een voor een psycholoog. Qua locatie werd zeven maal voor een gebouw van de GGZ gekozen, eenmaal voor thuis en eenmaal voor de dagopvang van de dak- en thuislozenzorg. Vijf respondenten wilden het liefst individueel psycho-educatie ontvangen en de andere vier kozen voor een klein groepje van drie à vier deelnemers. De onderwerpen die men wilde bespreken zijn weergegeven in tabel 2.

#### *Geen behoefte*

Van de 16 respondenten die aangaven geen psycho-educatie te willen, waren er vier die als reden daarvoor gaven dat ze zichzelf niet ziek vonden. Twee gaven aan dat ze al psycho-educatie hadden gevolgd. Voor twee respondenten kwam de vraag te laat, omdat het nu beter met hen ging. Een respondent was een vluchteling en had andere prioriteiten. Een respondent wilde een medium in plaats van een psychiater. De overige zes respondenten waren afwijzend en wilden er niet over praten.



Tabel 1. Demografische gegevens van alle respondenten

---

Tabel 2: Onderwerpen die de respondenten met belangstelling wilden bespreken

---

### *Interviews*

Van de vijf geïnterviewde patiënten had er een geen behoefte aan psycho-educatie en een twijfelde (1 en 2). De drie anderen wilden wel psycho-educatie (3,4, en 5). Achter de citaten zijn de nummers vermeld. Om herkenning te voorkomen is overal "hij" gebruikt.

### *Diagnose*

De vraag naar de behoefte aan psycho-educatie is nauw verweven met de acceptatie van de diagnose. Alle geïnterviewden worstelden met de vraag of het wel een ziekte was waar ze aan leden.

Er waren twee patiënten die de diagnose niet accepteerden, een van hen met twijfels en de ander met grote stelligheid. Ze vonden zichzelf niet psychotisch, hoewel ze uitspraken deden die dat wel deden vermoeden. Een andere patiënt, die graag psycho-educatie wilde en veel nadacht over de psychose die hij had doorgemaakt, twijfelde wel aan de diagnose schizofrenie, want dat vond hij te ver gaan. Hij zocht oorzaken voor zijn psychose in zijn opvoeding en in slaapproblemen: *" ik merk wel dat als ik dus slaap te kort heb dat ik dan echt een psychose krijg. Dus ik beschouw mezelf dan ook niet als schizofreen."* (3)

De andere twee hadden minder moeite met hun diagnose, maar juist deze twee hadden niet als diagnose schizofrenie.

In het verlengde van de acceptatie van de diagnose ligt de mening over medicatie gebruik. Volgens de eerste respondent slikte hij alleen medicatie om rustig te blijven en had dit niets met ziekte te maken: *" ik ben niet ziek, ik heb het gekregen om rustig van te worden. Ik wil wel weten hoe ze bedoelen ziek want ik hou niet van dat woord, dan kunnen we beter uit elkaar gaan weet je. Dat wil ik van niemand horen want dat is niet zo."* (1) De tweede respondent vond pillen gelijk aan vergif: *" Die pil die ze mij geven, die ik vandaag ook moest innemen, dan krijg je van die oogkleppen op, dan zie je niet meer wat er gebeurt. Rotzooi is het."* (2) De respondent die niet echt geloofde in de diagnose schizofrenie slikte wel antipsychotica, maar vond dat deze niets deden: *" die rispedal, ik weet ook niet waarom ik*

*het krijg, ik denk het zal wel goed zijn, maar ik heb me daar nog nooit anders door gevoeld. Ik was gewoon nog steeds mezelf. Er zal wel een reden zijn waarom ik het krijg.” (3)*

#### *Relatie met hulpverleners van de GGZ*

De twee patiënten die hun diagnose niet accepteerden hadden een argwanende houding naar hulpverleners. Beide vonden wel dat ze hulp nodig hadden, maar ze wilden andere hulp, namelijk begeleiding naar een normaal leven en geen medicatie. Een van hen zag de GGZ als vangnet wanneer het thuis niet langer ging. Hij was vervolgens zeer verbolgen over het feit dat hij niet op eigen verzoek werd opgenomen in de kliniek: *“Ze hebben me gewoon weggestuurd. Dat doe je toch niet met patiënten zeg. Het is een schande. Dan kom ik daar en ik was doodmoe, ik was ten einde raad.” (2)*

De andere drie hadden een standpunt achteraf: ze waren nu blij met de GGZ, maar er was een periode met meer dwang aan vooraf gegaan, waarvan ze nu konden zeggen, dat dat nodig was geweest. *“ In het begin was het contact met de GGZ geen zware dwang maar het was dwang, het moest, het kon niet anders. Terwijl ik nou weer de draai maak naar een situatie hoe doe ik er mijn voordeel mee.” (5)*

#### *Eenzaamheid*

Een psychiatrische diagnose en de consequenties daarvan voor iemands leven blijken bij alle geïnterviewden veel impact te hebben: verdriet, twijfel, eenzaamheid en gestigmatiseerd voelen kwamen bij alle respondenten voor. Bij de twee patiënten die hun diagnose niet accepteerden kwamen deze gevoelens het sterkst naar voren.

Drie respondenten vonden dat de ziekte tegen hen gebruikt werd. Door werkgevers en instanties: *“Het slaat in wezen nergens op. Ik denk vaak verdorie, in wezen ben ik helemaal niet eerlijk ontslagen. Ik had mezelf toen gewoon niet in de hand.” (4)* Een patiënt vond dat de hulpverleners altijd zijn zogenaamde ziekte tegen hem gebruikten: *“Ik heb wel het gevoel dat ze de pik op mij hebben en niet zo'n beetje ook. Zeker, dat voel ik gewoon ook. Maar ze zouden het nooit toegeven. Dan zal het wel weer iets met mij wezen, dat ik paranoia ben. Daar gooien ze het dan altijd op.” (1)*

#### *Ervaringen van de hulpverleners met psycho-educatie*

De psychiater i.o. vond psycho-educatie een van de belangrijkste behandelmethoden, maar vooral bij patiënten die zichzelf niet ziek vonden bleek het heel moeilijk een vertrouwensband op te bouwen. Dit had ook te maken met haar rol om de rechter te adviseren bij het uitspreken van een rechtelijke machtiging en zo dwangbehandeling toe te passen. De kunst was om toch te blijven uitleggen waarom ze vond dat behandeling noodzakelijk was: *“Ik wil dat ze begrijpen hoe het zit, ik wil ook dat ze begrijpen dat hun gedrag en medicatie gebruik*

*en drugsgebruik invloed heeft op hun ziekte. Maar dat is inderdaad heel lastig.”* Er zijn ook patiënten bij wie het wel lukt: *“Er zijn ook heel veel mensen met schizofrenie die het wel begrijpen. Het heeft ook te maken met hoe de medicatie werkt, met een stukje realiteit toetsing dat mensen toch beseffen wat ik heb meegemaakt speelt zich af in mijn hoofd.”*

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige had een speciale methodiek om de patiënten die zichzelf niet ziek vonden te benaderen, de presentiebenadering. Hiervan maakt psycho-educatie een geïntegreerd onderdeel uit. *“Je probeert gewoon eerst de ander te leren kennen zoals die is, stelt nog geen doelen, je probeert in te voegen. En vanuit dat niveau probeer je eventueel dingen in een ander daglicht te plaatsen als je denkt dat ze daarvan kunnen leren. Als het hun kan helpen om dingen beter te begrijpen, om inzicht te krijgen, gemotiveerd te raken. Zo ben ik opgeleid als SPV-er en zo probeer ik het ook zoveel mogelijk te doen.”* Hij betreurde het dat hij de laatste tijd geen tijd meer had om op deze manier te werk te gaan, om schijnbaar zonder duidelijk doel patiënten in hun eigen omgeving op te zoeken.

De ervaringsdeskundige kon gemakkelijk een vertrouwensband met patiënten opbouwen. Haar rol was anders, ze verstreekte geen medicatie en had vaak meer tijd om patiënten te bezoeken. Onderwerpen uit psycho-educatie kwamen vaak op een meer terloopse manier aan de orde.

### *Timing*

De geïnterviewde respondenten die wel psycho-educatie wensten hadden alle drie een crisis achter de rug, waarvan ze aan het herstellen waren. Ze waren op zoek naar antwoorden, vooral op de vraag hoe ze in de toekomst een nieuwe crisis of psychose konden voorkomen. Dit lijkt het juiste moment om psycho-educatie aan te bieden. Dit gegeven komt overeen met de ervaring van de psychiater in opleiding.

In de periode van het onderzoek vond echter ook een succesverhaal plaats: een 40-jarige patiënt, dakloos en verslaafd en al meer dan 20 jaar psychiatrisch patiënt, kreeg psycho-educatie aangeboden en begon zijn leven een andere wending te geven. Tegen ieders verwachting in begon hij aan zijn herstel te werken en kreeg weer perspectief in zijn leven. Het is dus belangrijk voor hulpverleners om altijd een open oog te houden voor de mogelijkheden op herstel bij patiënten.

### *Werkdruk*

Uit de interviews met de psychiater i.o. en de SPV-er komt naar voren dat er wegens de grote caseload en de tijd die besteed moet worden aan crisisinterventie, er voor hen weinig ruimte overblijft om patiënten te begeleiden. Dit gaat ten koste van het geven van psycho-educatie.

## Discussie

Van de 25 ondervraagde cliënten geven er negen aan dat ze (misschien) geïnteresseerd zijn in het volgen van psycho-educatie. Dat komt overeen met de gegevens uit eerder onderzoek, waarbij het aantal meestal rond een derde ligt (Atkinson, et al. 1996, Rummel-Kluge, et al. 2006).

Uit de interviews met de vijf patiënten komt naar voren dat ze behoefte hebben hun verhaal te doen, gehoord te worden, geaccepteerd en geholpen op een manier die bij hen past.

Voor drie van de vijf geïnterviewde patiënten betekent dit psycho-educatie, individueel of in een kleine groep, waarbij ze vooral willen leren een volgende crisis te voorkomen. De andere twee patiënten accepteren hun ziekte niet en willen daarom geen psycho-educatie.

### *Presentiebenadering*

Om aan de behoeften van de patiënten die zichzelf niet ziek vinden of hun ziekte niet accepteren tegemoet te komen biedt de presentiebenadering een oplossing.

Het belangrijkste uitgangspunt van de presentiebenadering is dat de hulpverlener probeert aan te sluiten bij de leefwereld van de cliënt. Hij zoekt de cliënt ook letterlijk op. Verder is de hulpverlener niet gespecialiseerd in een type hulpvraag, maar richt zich op datgene wat zich voordoet. Het contact met de cliënt kenmerkt zich door openheid en trouw: de cliënt hoeft de aandacht niet te verdienen. De presentiebenadering blijkt vooral betekenisvol voor mensen die maatschappelijk uitgestoten heten, wier verhaal, leed en leven anderen nauwelijks interesseert (Baart. 2001).

Het bleek dat de sociaal psychiatrisch verpleegkundige, die als laatste werd geïnterviewd, volgens deze methode was opgeleid. In zijn werkwijze was psycho-educatie een geïntegreerd onderdeel van deze benadering.

Psycho-educatie heeft in deze methode een ruimere betekenis dat alleen het leren over het psychiatrische ziektebeeld en de manieren om daarmee om te gaan. Het kan ook gaan over medische vragen, vragen over middelengebruik, vragen over gezonde levensstijl, het omgaan met anderen. Doordat de patiënt centraal staat wordt bij zijn situatie aangesloten.

Deze manier van werken verschilt fundamenteel van de bestaande psycho-educatie programma's waarin systematisch gewerkt wordt in een groep. Veel patiënten van ACT voldoen niet aan de voorwaarden hiervoor (van Peperstraten, et al. 2010).

### *Beperkingen*

Een beperking van deze studie is het geringe aantal respondenten. Dit is te wijten aan het korte tijdsbestek waarin het onderzoek moest plaatsvinden en de moeilijke bereikbaarheid

van de doelgroep. Daar staat tegenover dat de vijf interviews met patiënten met grote openheid gegeven zijn en er veel waardevolle informatie is verstrekt door de respondenten. Er is geen sprake van saturatie, wel is een rijk en gevarieerd beeld ontstaan.

### Conclusie

Van de ondervraagde patiënten had een derde behoefte aan psycho-educatie. Ruim de helft van hen wilde dit individueel, de anderen in een kleine groep. Patiënten die geen psycho-educatie wensten maar toch veel moeilijkheden in hun leven ondervonden als gevolg van hun psychiatrische ziekte zijn meer gebaat bij de presentiebenadering, waar psycho-educatie een geïntegreerd onderdeel van is. Deze benadering kan worden toegepast ook als patiënten zichzelf niet ziek vinden, want de hulpverlener sluit aan op de belevingswereld van de patiënt.

### Aanbevelingen

Omdat niet alle verpleegkundigen van de beide ACT teams opgeleid zijn als SPV-er is scholing van ACT verpleegkundigen in de presentiebenadering belangrijk. Verder is een uitbreiding van het aantal ervaringsdeskundigen gewenst. Ze kunnen een vertrouwensband opbouwen met patiënten die moeilijk te benaderen zijn. Verder onderzoek naar de individuele behoeften van patiënten van ACT aan psycho-educatie is zinvol omdat er slechts een beperkt aantal patiënten is bereikt in dit onderzoek.

Tabel 1. Demografische gegevens

Leeftijd	gemiddelde	spreiding
Mannen (n=18)	36,44	24-48
Vrouwen (n=7)	45,14	28-60
respondenten die (misschien) psycho-educatie wensten: Mannen (n=6) Vrouwen (n=3)		respondenten die geen psycho-educatie wensten: Mannen (n=12) Vrouwen (n=4)

### Woonsituatie

Bij ouder	2	-
Alleen	4	8
Samenwonend	1	-
Dakloos	2	3
Pension	-	4
BW	-	1
Hoe lang patiënt		
0-5 jaar	5	9
5-10 jaar	2	4
10-15 jaar	-	2
>15 jaar	2	1
Afkomstig		
uit Nederland	8	15
uit Afrika	1	-
uit Iran	-	1
Opleiding		
LBO	4	8
middelbaar	5	8

Tabel 2. Onderwerpen die men wilde bespreken

---

Symptomen	5
Medicatie	6
Werk en dagbesteding	3
Sociale contacten	6
Omgaan met stress	5
Drugs en alcohol	4
De goede ervaringen van de psychose: inzichten en creativiteit	1
Geld en budgetteren	1

## References

Aguglia E, Pascolo-Fabrizi E, Bertossi F, Bassi M. Psychoeducational intervention and prevention of relapse among schizophrenic disorders in the Italian community psychiatric network. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2007; 3: 7.

Assertive Community Treatment Association. <http://www.actassociation.org/actModel/>. 2009.

Atkinson JM, Coia DA, Gilmour WH, Harper JP. The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. Br J Psychiatry 1996; 168: 199-204.

Baart A, editor. Een theorie van de presentie. ; 2001.

C.L. Mulder, A.B.P. Staring, J. Loos, V.J.A. Buwalda, D. Kuijpers, S. Sytma, et al. De health of the nation outcome scales (HoNOS) als instrument voor 'routine outcome assessment'. Tijdschrift voor psychiatrie 2004; 46: 273--284.

Hermans HEGM, Buijssen MAJM. Recht en gezondheidszorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2006.

Hoenkamp E, Haffmans PMJ. Psycho-educatie in de GGz en de verslavingszorg. ; 2008.

Holloway I, Wheeler S, editors. Qualitative research in nursing. ; 2002.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling. Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. ; 2005.

Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2002; (2): CD002831.

Pitschel-Walz G, Bauml J, Bender W, Engel RR, Wagner M, Kissling W. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: Results of the munich psychosis information project study. J Clin Psychiatry 2006; 67: 443-52.

Rummel-Kluge C, Pitschel-Walz G, Bauml J, Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia-- results of a survey of all psychiatric institutions in germany, austria, and switzerland. Schizophr Bull 2006; 32: 765-75.

Simpson A. Community psychiatric nurses and the care co-ordinator role: Squeezed to provide 'limited nursing'. J Adv Nurs 2005; 52: 689-99.

Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling. [Www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl). 2008.

Sytema S, Wunderink L, Bloemers W, Roorda L, Wiersma D. Assertive community treatment in the netherlands: A randomized controlled trial. Acta Psychiatr Scand 2007; 116: 105-12.

van Peperstraten JJ, Slooff CJ, van der Gaag M, Withaar FK, van Mierlo F, de Boer K, editors. Psycho-educatie voor mensen met een psychose en hun familieleden. : Kenniscentrum Phrenos; 2010.