

Praxis 2022

Verpleegkundig Specialist Geestelijke Gezondheidszorg

HERSTELLEN MET PEER-SUPPORTED OPEN DIALOGUE

Ciska Scholten



CISKA SCHOLTEN (45) is al ruim twintig jaar met veel plezier en bevoegdheid werkzaam binnen Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven en de Kempen (GGzE). In haar werk als verpleegkundige laat zij zich graag verwonderen door de verhalen van bijzondere mensen en geeft het haar voldoening om een bijdrage te kunnen leveren aan persoonlijke groei van mensen die kampen met psychische problemen.

In 2019 is Ciska het avontuur aangegaan om zich verder te ontwikkelen in het verpleegkundig vak en mag ze zich sinds kort verpleegkundig specialist ggz noemen. Gedurende haar opleiding heeft zij mogen werken en leren bij GGzE Kind & Jeugd, Centrum Persoonlijkheid en Regionaal Centrum Opsy. Begin dit jaar is zij met haar droombaan gestart als regiebehandelaar bij het Clinical Casemanagement van het Centrum Persoonlijkheid. Daar worden behandelingen aangeboden voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen met de focus op de behandelrelatie.

SAMENVATTING

ACHTERGROND EN DOEL Acht lid-instellingen van de Werkplaats Herstelondersteuning en Kenniscentrum Phrenos hebben de ambitie om de herstelondersteunende zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) te verbeteren. Zij hebben een visie ontwikkeld op waar goede herstelondersteunende zorg uit zou moeten bestaan, en hebben een werkwijze gevonden die aansluit bij deze visie, namelijk *peer-supported open dialogue* (POD) (Werkplaats Herstelondersteuning, 2018). Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven (GGzE) is in 2017 begonnen met het aanbieden van POD aan cliënten met een EPA, met de verwachting dat dit een goede aanvulling is op het huidige aanbod van herstelondersteuning. Het is nog niet bekend hoe deze cliënten de bijdrage van POD aan hun herstelproces ervaren. Het doel van dit onderzoek is inzicht te verkrijgen in ervaringen van cliënten met de POD-werkwijze.

METHODE Dit kwalitatieve onderzoek heeft een fenomenologisch ontwerp.

RESULTATEN In algemene zin blijken verschillende factoren herstelprocessen te bevorderen. De cliënten specifiek vinden de mensgerichtheid van deze werkwijze bij te dragen aan hun herstel. Dit is het overkoepelende thema, dat onderverdeeld is in drie subthema's, namelijk: mensgerichtheid door reflecties, bevordering van de eigen regie, en mensgericht in plaats van patiëntgericht.

CONCLUSIE Dit onderzoek geeft aan dat de POD-werkwijze vanuit het perspectief van cliënten een goede aanvulling is op het huidige aanbod van herstelondersteuning.

Herstellen met peer-supported open dialogue

Een fenomenologisch onderzoek naar ervaringen van cliënten met een ernstig psychiatrische aandoening met de bijdrage van peer-supported open dialogue aan hun herstelproces

ONDERZOEK

INLEIDING

In Nederland leven ongeveer 281.000 mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) (Delespaul et al., 2013). Een EPA is een verzamelnaam voor psychiatrische stoornissen die niet van voorbijgaande aard zijn en waarbij professionele en langdurige zorg noodzakelijk is (Delespaul et al., 2013). Een EPA kan gepaard gaan met ernstige beperkingen in het maatschappelijk functioneren, de identiteit, het dagelijks functioneren en de psychische en lichamelijke gezondheid van de betreffende persoon (GGz Nederland, 2009). Herstellen van deze beperkingen wordt door Anthony (1993) gedefinieerd als een individueel en uniek proces om de persoonlijke identiteit te hervinden en de regie op het leven te hernemen. Herstelondersteunende zorg is erop gericht om

dit proces te bevorderen (GGZ standaard, 2019). Over de manier waarop herstelondersteuning in de praktijk eruit zou moeten zien bestaat veel discussie (Van Weeghel, Van Zelst, Boertien & Hasson-Ohayon, 2019). Daarom hebben acht lid-instellingen van de Werkplaats Herstelondersteuning en Kenniscentrum Phrenos de huidige zorg geëvalueerd, met de ambitie om herstelondersteunende zorg te verbeteren. Ze stellen vast dat goede herstelondersteunende zorg uit vier ijkpunten bestaat, namelijk: het belang van de eigen regie van cliënten, de inzet van ervaringsdeskundigheid, toegang tot goede zorg, en verbinding met de maatschappij (Werkplaats Herstelondersteuning, 2018). De Werkplaats Herstelondersteuning en Kenniscentrum Phrenos vinden ook dat herstelprocessen niet lineair zijn en dat zorgbehoeften per individu verschillen. Standaard zorgpakketten zijn daarom ongewenst. Wel gewenst is de zoektocht naar persoonlijke betekenis bij ontwrichtende ervaringen, waarbij niet wordt gedacht in termen van ziekte, maar in termen van zorgen, wensen en betekenissen (Werkplaats Herstelondersteuning, 2018). Een werkwijze die aansluit bij deze visie is het Finse *open dialogue* (OD). De OD-werkwijze heeft zeven basisprincipes (Bergström et al., 2018). Deze zijn weergegeven in Tabel 1. Zorgverlening volgens deze principes vindt voornamelijk plaats in netwerkbijeenkomsten in de aanwezigheid van de cliënt, onder het motto *'nothing about the client without the client'* (Werkplaats Herstelondersteuning, 2018). Dat betekent dat onderling overleg tussen hulpver-

leners altijd tijdens het netwerkoverleg plaatsvindt en nooit daarbuiten.

In de literatuur worden veelbelovende resultaten beschreven over de bijdrage van de OD-werkwijze aan het herstel van mensen met psychische aandoeningen. Cliënten hebben minder symptomen, zijn minder afhankelijk van professionele zorg, hebben minder opnames nodig en gebruiken minder psychofarmaca (Bergström et al., 2018; Gordon et al., 2016; Seikkula et al., 2003). Deze resultaten hebben ertoe geleid dat wereldwijd met OD wordt gewerkt. In een later stadium onderging OD een naamsverandering naar *peer-supported open dialogue* (POD), door de toevoeging van de discipline ervaringsdeskundigheid (Razzaque & Stockmann, 2016). De literatuur over POD is voornamelijk Fins, zodat een smal perspectief wordt belicht, en bevindingen niet als vanzelfsprekend kunnen worden gegeneraliseerd naar de Nederlandse context. De literatuur gaat bovendien niet specifiek in op herstelervaringen. Toch is Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven (GGzE) in 2017 gestart met het aanbieden van POD aan cliënten met een EPA, met de verwachting dat het een goede aanvulling is op het huidige aanbod van herstelondersteuning. Het is nog niet bekend hoe deze cliënten de bijdrage van POD aan hun herstelproces ervaren.

Doel

Het doel van dit onderzoek is inzicht verkrijgen in cliëntervaringen met de POD-werkwijze in het herstelproces. Dergelijk inzicht kan bijdragen aan de

Tabel 1
Zeven basisprincipes van open dialogue

| Organisatorische basisprincipes | Omschrijving |
|---------------------------------------|--|
| 1 Sociaalnetwerkperspectief | Familieleden, vrienden, eerder betrokken hulpverleners, collega's enz. |
| 2 Het verlenen van onmiddellijke hulp | Het eerste contact wordt gelegd binnen 24 uur |
| 3 Verantwoordelijkheid | Na het eerste contact blijven hulpverleners verantwoordelijk |
| 4 Psychologische continuïteit | Hetzelfde team blijft betrokken gedurende het hele zorgtraject |
| 5 Flexibiliteit en mobiliteit | Tijd, plaats en inhoud van zorg afgestemd op behoefte van de cliënt |
| Inhoudelijke principes | Omschrijving |
| 6 Dialogisme | Nadruk ligt op het bevorderen van dialoog |
| 7 Tolereren van onzekerheid | Minder nadruk op het zoeken naar directe oplossingen, betekenis op laten komen |

Opmerking: Aangepast overgenomen uit 'The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes' door T. Bergstrom et al, 2018, *Psychiatry Research*, 270, p. 169. Copyright 2018, Elsevier.

verbetering van herstelondersteunende zorg passend bij de behoefte van cliënten met een EPA.

Vraag

Hoe ervaren cliënten met een EPA de bijdrage van POD aan hun herstelproces?

METHODE

Ontwerp

Dit kwalitatieve onderzoek heeft een fenomenologisch ontwerp. Daarmee wordt betekenis gegeven aan de doorleefde ervaring (Polit & Beck, 2012).

Door het open en flexibele karakter van dit ontwerp kunnen ervaringen uit de leefwereld van cliënten in een specifieke context worden beschreven.

Steekproef

De onderzoekspopulatie van dit onderzoek bestaat uit cliënten met een EPA die worden behandeld volgens de POD-werkwijze van GGzE. Als inclusiecriteria gelden minimaal zes maanden ervaring met de POD-werkwijze en een voldoende beheersing van de Nederlandse taal. Geëxcludeerd zijn cliënten met een verstandelijke beperking, een

geheugenstoornis of cliënten die volgens hun behandelaar in een psychische crisis verkeren. Cliënten zijn door hun regiebehandelaar uitgenodigd om deel te nemen, waarna ze in geval van toestemming persoonlijk benaderd zijn door de onderzoeker. Vervolgens is op basis van geschiktheid en bereidheid een gelegenheidsteekproef tot stand gekomen, bestaande uit vijf vrouwelijke en vier mannelijke participanten opgeleverd, die in behandeling zijn voor verschillende psychische aandoeningen. Hun leeftijden variëren van 20 tot en met 62 jaar.

Dataverzameling

De dataverzameling vond plaats door middel van diepte-interviews tussen september 2020 en februari 2021. Tijdens de diepte-interviews is een aide mémoire gebruikt als geheugensteun; deze bevatte een aantal steekwoorden over POD en herstel. Participanten werden zodoende uitgenodigd om in hun eigen woorden hun ervaringen te delen. Daarbij was ruimte voor doorvragen en diepgang (Polit & Beck, 2012). De interviews werden opgenomen en later getranscribeerd. Bij twee participanten waren twee ontmoetingen nodig om de doorleefde ervaring inzichtelijk te maken en voldoende te begrijpen. Eén ontmoeting vond online plaats. Er is gestreefd naar datasaturatie; die kan worden vastgesteld als het laatste interview geen nieuwe informatie oplevert (Polit & Beck, 2012).

Data-analyse

Dataverzameling en data-analyse hebben elkaar afgewisseld in een cyclisch proces (Boeije, 2014). De data zijn

geordend met behulp van het data-analyseprogramma ATLAS.ti en geanalyseerd volgens de analysestappen van Colaizzi (1978). De transcripten van de interviews zijn grondig gelezen om uitspraken te identificeren die betrekking hebben op de onderzoeksvraag. Vervolgens is betekenis gegeven aan deze uitspraken die gebundeld zijn in clusters. De clustergroepen vormen thema's die uitgebreid zijn beschreven. Deze beschrijving is samengevat in een fundamentele beschrijving die de essentie van de ervaring weergeeft. Tot slot is een membercheck uitgevoerd om te toetsen of participanten zich herkennen in de resultaten. Bij elke stap in het analyseproces is een senior onderzoekster betrokken en heeft een peer debriefing plaatsgevonden.

Methodologische kwaliteit

De betrouwbaarheid (*trustworthiness*) van het onderzoek is gewaarborgd door verschillende maatregelen met betrekking tot de geloofwaardigheid, objectiviteit, betrouwbaarheid, overdraagbaarheid en authenticiteit (Bryman, 2016; Guba & Lincoln, 1994). De geloofwaardigheid (*credibility*) is vergroot met een transparante beschrijving van de totstandkoming van de resultaten. De beschrijvingen zijn voorgelegd aan de participanten (*membercheck*) en voorzien van feedback door een senior onderzoeksbegeleider (*peer debriefing*) (Boeije, 2014; Bryman, 2016). Daarnaast zijn aantekeningen en logboeken bijgehouden ten gunste van de geloofwaardigheid (Boeije, 2014). De overdraagbaarheid (*transferability*) is vergroot door een maximale variatie binnen de

steekproef (Polit & Beck, 2012). De overtuigingskracht (*confirmability*) is vergroot door middel van bracketing, waarbij de onderzoekster haar eigen vooronderstellingen, vooroordelen en opvattingen over POD in relatie tot het herstelproces zoveel mogelijk buiten beschouwing heeft gelaten (Mortelmans, 2013). De afhankelijkheid (*dependability*) van het onderzoek is versterkt doordat het onderzoeksproces zorgvuldig is omschreven en keuzes zijn verantwoord in logboeken en memo's. De echtheid (*authenticity*) is bevorderd door een uitgebreide beschrijving van de gegevens met citaten (*thick description*).

Ethische verantwoording

Het plan voor dit onderzoek is beoordeeld door de Wetenschapscommissie van GGzE. Een toetsing door de Medisch Ethische Toetsingscommissie bleek niet nodig. De participanten zijn met een brief geïnformeerd over de ethische aspecten. Zij hebben met informed consent (Mortelmans, 2013) toestemming gegeven voor hun deelname aan het onderzoek.

RESULTATEN

Uit de data-analyse blijkt dat de mensgerichtheid die wordt ervaren door deze vorm van zorg bijdraagt aan herstelprocessen. Dit is het overkoepelende thema, dat onderverdeeld is in drie subthema's, namelijk: mensgerichtheid door reflecties, bevordering van de eigen regie en mensgericht in plaats van patiëntgericht.

Mensgericht door reflecties

Alle participanten typeren de POD-werkwijze door de open reflecties die de twee aanwezige hulpverleners in een netwerkgesprek toepassen. Daardoor wordt betrokkenheid van de hulpverlener ervaren. Dat draagt bij aan het gevoel gehoord en begrepen te worden, en nodigt uit om door te vertellen. Daardoor is in het gesprek meer sprake van diepgang, verbinding en bezinning.

P5: *'Je merkt dat ze echt naar je luisteren, omdat ze het herhalen, of omdat ze er met zijn tweeën over gaan praten. En dan vragen ze ook: 'Heb ik het goed begrepen?' Dus ze gaan altijd dieper eigenlijk dan zomaar de woorden die gezegd worden. En daardoor maken ze ook echt die verbinding.'*

Ook wordt gelijkwaardigheid ervaren, doordat de hulpverleners reflecteren op basis van persoonlijke ervaringen.

P8: *'Dat ze dingen van zichzelf laten zien in hun eigen situatie, hoe ze ook met bepaalde dingen omgaan, ook die dingen tegenkomen die ik ook tegenkom. En dan is het gewoner en niet zo apart meer.'*

Reflecties bieden openheid, zijn transparant, geven duidelijkheid, zijn taboeloos en zijn vaak positief, waardoor participanten ze als kostbaar ervaren. Zowel het vertrouwen als de motivatie groeien daardoor en participanten weten waar ze aan toe zijn. Dat geeft rust.

P9: *'Het is zó fijn om meteen te weten wat er in hun hoofden speelt. Er bestaan geen taboes! Juist omdat alles zo open naar elkaar gaat, kan alles besproken en voorgesteld worden, dus ook vanuit de kant van de hulpverlener.'*

Op één participant na, die nog niet weet of de reflecties aan het herstelproces heeft bijgedragen, benoemen alle participanten dat de reflecties bijdragen aan hun persoonlijke leerproces. Tijdens de reflecties is er ruimte om stil te zijn en te luisteren. Er wordt een samenvatting gegeven – en zo komen eventuele chaotische gedachten op orde. Vervolgens wordt geleerd hoe anderen, namelijk de hulpverleners en andere betrokkenen in het cliënt-systeem, de persoonlijke ervaringen beleven. Dat leidt tot nieuwe inzichten.

P3: *'Daar leer ik meer van, want dan zie ik ook andere mogelijkheden of dan begrijp ik ook andermans gevoel dat ze misschien over mij hebben.'*

Mensgericht door bevordering van eigen regie

Alle participanten benoemen het belang om benaderd te worden als iemand die eigen keuzes kan maken in plaats van als een zieke, hulpbehoevende patiënt. Zo kiezen zij zelf wie bij een netwerkgesprek aanwezig is. Participanten met een sociaal netwerk vertellen dat een netwerkgesprek niet altijd iets oplost, maar dat in openheid ervaringen worden uitgewisseld. Dat draagt bij aan het inzicht in de eigen rol en de verantwoordelijkheden in hun systeem. Conform de organisatorische principes van flexibiliteit en

mobiliteit bepalen de participanten zelf de tijd, plaats en inhoud van een netwerkgesprek. Dat draagt positief bij aan het nemen van eigen regie.

P8: *'Ze beginnen altijd te vragen: 'Hoe wil je de tijd indelen?' Dat vind ik soms heel lastig. Dat brengt een bepaalde verantwoordelijkheid met zich mee.'*

Zes participanten hebben positieve ervaringen met de keuzemogelijkheden van verschillende disciplines in het POD-team, waaronder de ervaringsdeskundigheid, psychologie en trajectbemiddeling. Zodoende is er voor elke hulpvraag een passend zorgaanbod en kunnen participanten hun zorg zelf regisseren naar eigen behoefte. Alle participanten vertellen dat zij gedurende het zorgproces uitgedaagd worden om eigen beslissingen te nemen, zelf naar oplossingen te zoeken, een eigen visie te ontwikkelen en hun eigen expert te zijn. Zes participanten noemen specifiek het open gesprek over medicatie en de besluitvorming die daarbij bij hen zelf ligt.

Meerdere participanten vertellen dat zij niet alleen uitgedaagd worden om eigen keuzes te maken, maar dat hun beslissingen onvoorwaardelijk door het POD-team worden gerespecteerd. Dit bevordert hun verantwoordelijkheidsgevoel.

P1: *'Ik heb mijn flat verhuurd voor illegale prostitutie om aan geld te komen voor mijn verslaving. Op een gegeven moment moest ik mijn flat uit, maar de zorg is gewoon doorgegaan. Dat noem ik onvoorwaardelijke zorg.'*

Twee participanten noemen ook een keerzijde van deze verantwoordelijkheid. Met name in het begin van herstelprocessen is het moeilijk om de regie te nemen, zeker als je onzeker bent en veel vragen hebt. Dan kan het fijn zijn als de hulpverleners de antwoorden geven waarnaar je op zoek bent.

P1: *'Dan kom je met die hulpvraag en dan zegt die hulpverlener: 'Dat weet ik niet'. Dan denk ik 'Oh jee, ze weten het niet!' en dat maakt het dan allemaal nog veel erger.'*

Mensgericht in plaats van patiëntgericht

Vijf participanten benoemen dat het accent op ziekte onzeker kan maken, wat herstelprocessen kan belemmeren. Conform de inhoudelijke principes van POD ligt de focus niet op de diagnose, maar op de betekenis van het narratief.

P5: *'En toen merkte ik wel dat zij dan zeiden van 'Ja, wat maakt dat uit? Heb je dat nodig, dat etiketje?' Door hun reactie geeft dat ook wel rust. Ja, waarom heb ik dat eigenlijk nodig? Zij benaderen je echt als persoon en daar maken ze ook verbinding mee. Ze zitten ook echt in het verhaal.'*

De positie van hulpverleners wordt als gelijkwaardig ervaren. Participanten voelen zich daardoor niet als patiënt benaderd maar als mens in zijn geheel. Zij ervaren wederzijds respect, omdat hulpverleners zich niet als experts gedragen, naast cliënten staan en niet over cliënten praten waar zij niet bij zijn.

Participanten ervaren ook een aangename sfeer met rust, ruimte en openheid. Dat nodigt hen uit om zichzelf te tonen en hun ervaringen, gevoelens en gedachten te delen. Dit draagt bij aan de acceptatie en geeft de participanten vertrouwen in hun eigen krachten. Het zorgt ervoor dat ze kunnen zijn wie ze echt zijn en ook willen zijn.

P7: *'Ik voel dat ik geaccepteerd ben. Dat helpt mij om mezelf te zijn en mijn ervaring te vertellen. Het helpt mij, want ik ben kwetsbaar en gevoelig. En ik kan zo open zijn, ja. En toch voel ik me niet... Ik voel dat ze dat begrijpen. Dat menselijke. Niet dat ik gek ben of minder waard daardoor.'*

Mensgerichtheid i.p.v. patiëntgerichtheid heeft volgens vier participanten ook te maken met de goede bereikbaarheid van het team.

P6: *'Ik kan gewoon altijd bellen. Het resultaat is dat ik daar al rustiger van word.'*

DISCUSSIE

Dit onderzoek beschrijft hoe cliënten met een EPA de bijdrage van POD aan hun herstel ervaren. De mensgerichtheid die cliënten door deze werkwijze ervaren is de relevantste bevinding. Dit is onderverdeeld in drie subthema's. Uit de resultaten blijkt ten eerste dat de open reflecties aansluiten op het wenselijk aanbod van herstelondersteunende zorg (Werkplaats Herstelondersteuning, 2018). Dit komt overeen met eerdere studies. Uit die studies blijkt namelijk dat de stem van elke deelnemer tijdens een reflectie in

een netwerkgesprek waardevol is en dat er merkbaar goed wordt geluisterd. Daardoor is er minder sprake van een hiërarchie tussen de cliënt, het steunsysteem en de hulpverlening. Dit zorgt voor gevoelens van gelijkwaardigheid (Bergström et al., 2018; Gordon et al., 2016; Seikkula et al., 2003).

Ten tweede tonen de resultaten dat POD bijdraagt aan de bevordering van de eigen regie, een van de vier ijkpunten van goede herstelondersteunende zorg (Werkplaats Herstelondersteuning, 2018). De POD-werkwijze daagt cliënten uit hun eigen keuzes te maken en verantwoordelijkheid te nemen. Dit zorgt ervoor dat cliënten kunnen zijn wie ze echt zijn en ook willen zijn, overeenkomstig met de definitie van herstel door Anthony (1993). Dit resultaat komt gedeeltelijk overeen met literatuur waarin de uitkomsten gericht zijn op de gezamenlijke besluitvorming van het gehele cliëntsysteem in plaats van op de cliënt als individuele regievoerder in het herstelproces (Gordon et al., 2016). Deze uitkomst kan verklaard worden doordat de interviews in dit onderzoek zijn afgenomen bij individuele cliënten en het cliëntsysteem niet bevraagd is.

Ten derde blijkt dat POD als mensgericht wordt ervaren en niet als patiëntgericht. Dat komt overeen met de literatuur. Daarin blijkt namelijk dat gevoelens van gelijkwaardigheid met behulp van deze werkwijze een relevante rol spelen in de zoektocht naar identiteit, zingeving, motivatie, hoop en vertrouwen (Bergström et al., 2018; Gordon et al., 2016; Seikkula et

al., 2003). Dat zijn bouwstenen van herstel (Van der Stel, 2015). Daarnaast blijkt het POD-team goed bereikbaar te zijn, wat in lijn is met het ijkpunt van toegang tot goede zorg (Werkplaats Herstelondersteuning, 2018).

De inzet van ervaringsdeskundigheid komt niet terug in de resultaten. Dat is opvallend, omdat de discipline van ervaringsdeskundigheid juist aan OD is toegevoegd (Razzaque & Stockmann, 2016). Een mogelijke verklaring voor deze bevinding is dat de zorg als menselijk en gelijkwaardig wordt ervaren, waardoor er minder behoefte is aan ervaringsdeskundigheid.

De verbinding met de maatschappij wordt ook niet specifiek benoemd. Een verklaring daarvoor kan zijn dat de coronacrisis en de lockdown, in gang tijdens het onderzoek, invloed op dit punt heeft gehad, al is dit niet uitgevraagd. Een andere mogelijke verklaring is dat de participanten geen relatie zien tussen de POD-werkwijze en participatie in de maatschappij. Hierover zijn echter geen vragen gesteld. Participanten leggen wel een relatie tussen de POD-werkwijze en de manier waarop die bijdraagt aan het inzicht in de eigen rol en verantwoordelijkheden in het sociale netwerk. Dat komt overeen met resultaten uit de literatuur. Zo tonen Bergström et al. (2018) aan dat cliënten worden gestimuleerd om deel te blijven nemen aan het sociale leven. Dat kan vervolgens een gunstige invloed hebben op hun deelname in de maatschappij. In de resultaten komen geen ervaringen voor op het gebied van klinisch

herstel, zoals vermindering van symptomen, gebruik van psychofarmaca, afhankelijkheid van professionele zorg en behoefte aan opnames. Dat is opmerkelijk, omdat deze uitkomsten in de literatuur ertoe hebben geleid dat wereldwijd met POD wordt gewerkt (Bergström et al., 2018; Gordon et al., 2016; Seikkula et al., 2003). Een mogelijke oorzaak van deze bevinding is dat het accent van dit onderzoek op de ervaringen van het herstelproces heeft gelegen in plaats van op herstel als resultaat.

BEPERKINGEN

De gelegenheidsteekproef is een beperking van het onderzoek. Mogelijk hebben enthousiastelingen van de POD-werkwijze geparticipeerd en is de steekproef daarom niet volledig representatief voor de populatie. Daarnaast zijn de meeste participanten afkomstig uit de caseload van eenzelfde hulpverlener, wat een vertekening in de resultaten kan hebben gegeven. Samen met de steekproef van negen participanten levert dat een beperkte generaliseerbaarheid op (Mortelmans, 2013; Polit & Beck, 2012). Door de geringe omvang van de steekproef is het voorbarig om datasaturatie vast te stellen, ook al leverden de laatste twee interviews geen nieuwe informatie meer op.

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Het doel van dit onderzoek was inzicht verkrijgen in cliëntervaringen met de bijdrage van POD aan hun herstelproces. Uit de resultaten blijkt dat mensgerichtheid van POD bijdraagt aan herstelprocessen. Door reflec-

ties worden betrokkenheid en gelijkwaardigheid ervaren, wat zorgt voor diepgang, verbinding en bezinning in het contact. Reflecties zijn open, transparant, taboeloos en vaak positief. Dat geeft vertrouwen. Daarnaast leveren reflecties nieuwe inzichten op.

Het POD-team is goed bereikbaar en richt zich op de mens en zijn verhaal, en minder op de ziekte. Daarbij is sprake van wederzijds respect, omdat hulpverleners naast cliënten staan, zich niet als experts gedragen, gelijkwaardigheid uitstralen en niet praten over cliënten waar ze niet bij zijn. Dat draagt bij aan gevoelens van acceptatie en vertrouwen, met als gevolg dat de cliënten kunnen zijn wie ze echt zijn en ook willen zijn. Tot slot levert POD een bijdrage aan de eigen regie. Cliënten worden gedurende het gehele zorgproces uitgedaagd om eigen beslissingen te nemen, zelf naar oplossingen te zoeken, een eigen visie te ontwikkelen, en hun eigen expert te zijn. Dat geeft inzicht in de eigen rollen en verantwoordelijkheden in cliëntsysteem. Eigen keuzes worden door het POD-team onvoorwaardelijk gerespecteerd. Dit bevordert het dragen van verantwoordelijkheid. Wel kan dat moeilijk zijn in het begin van de herstelprocessen, wanneer cliënten op zoek zijn naar antwoorden op vragen.

Met dit inzicht kan gesteld worden dat de mensgerichtheid van POD bijdraagt aan het herstelprocessen van mensen met een EPA. Dit geeft aan dat de POD-werkwijze een goede aanvulling is op het huidige aanbod van herstelondersteuning.

Vervolgonderzoek naar maatschappelijk herstel en ervaringsdeskundigheid met de POD-werkwijze wordt aanbevolen. Daarnaast wordt vervolgonderzoek aanbevolen om vast te stellen of POD in de Nederlandse context ook bijdraagt aan het verminderen van symptomen, de afhankelijkheid van professionele zorg, klinische opnames en het gebruik van psychofarmaca, zoals beschreven in de Finse literatuur (Bergström et al., 2018; Gordon et al., 2016; Seikkula et al., 2003).

LITERATUURLIJST

Akwa GGZ. (z.d.). *GGZ Standaarden*. Geraadpleegd op 28 februari 2020, van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/herstelondersteuning/introductie>

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>

Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J., . . . Aaltonen, J. (2018). The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research*, 270, 168-175. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.039>

Boeije, H., & Bleijenbergh, I. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek* (3de druk). Den Haag: Boom Lemma.

Bryman, A. (2016). *Social Research Methods* (4de druk). Oxford: Oxford University Press.

Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as the phenomenologist's view it. In R. S. Valle & M. King (Red.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48-71). Oxford: Oxford University Press.

Delespaul, P. A. E. G., De Haan, L., Van Hoof, F., Van der Gaag, M., Keet, R., Kroon, H., . . . Weeghel, J. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische

aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 427-438. Geraadpleegd op 31 januari 2020, van <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/55-2013-6-artikel-delespaul.pdf>

GGZ Nederland. (2009). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap: Visie op de (langdurige) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Geraadpleegd op 31 januari 2020, van https://www.ggznederland.nl/uploads/assets/asset_305955.pdf

Gordon, C., Gidugu, V., Rogers, E. S., DeRonck, J., & Ziedonis, D. (2016). Adapting Open Dialogue for Early-Onset Psychosis Into the U.S. Health Care Environment: A Feasibility Study. *Psychiatric Services*, 67, 1166-1168. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600271>

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Thousand Oaks: Sage.

Mortelmans, D. (2013). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden* (4de druk). Leuven: Acco.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10th edition). Alphen aan de Rijn: Wolters Kluwer.

Razzaque, R., & Stockmann, T. (2016). An introduction to peer-supported open dialogue in mental healthcare. *BJPsych Advances*, 22, 348-356. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.115.015230>

Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A., & Lehtinen, V. (2003). Open Dialogue Approach: Treatment Principles and Preliminary Results of a Two-year Follow-up on First Episode Schizophrenia. *Ethical and Human Sciences and Services*, 5(3), 163-182.

Van der Stel, J. C. (2015). Functioneel herstel en zelfregulatie: Opgaven voor cliënten én psychiaters. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 815-822. <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/57-2015-11-artikel-vanderstel.pdf>

Van Weeghel, J., van Zelst, C., Boertien, D., & Hasson-Ohayon, I. (2019). Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42(2), 169-181. <https://doi.org/10.1037/prj0000356>

Werkplaats Herstelondersteuning. (2018). *Goede praktijken van herstelondersteunende zorg*. Geraadpleegd op 28 februari 2020, van <https://www.herstelondersteuning.nl/wp-content/uploads/2018/12/Brochure-Goede-praktijken-met-omslag-voor-web.pdf>