

Balanceren in het dilemma autonomie versus verbondenheid

Een voorstel voor een interventie voor volwassen psychiatrische patiënten die zoeken naar balans in het dilemma autonomie versus verbondenheid.

Auteur	Marc Smits
Studentnummer	1673175
Email	marc.smits@student.hu.nl
Opleiding	Master Advanced Nursing Practice
Cohort	2014
Specialisatie	Geestelijke gezondheidszorg
Module	Ontwerpgericht praktijkgericht onderzoek
Versienummer	1
Inleverdatum	24 juni 2016
Docent begeleider	Mw. drs. J.C. Polet
Aantal woorden	5995
Referentiestijl	APA m.b.v. Scribbr APA generator

Samenvatting

Probleem:

Autonomie en verbondenheid zijn belangrijke basisbehoeften die in competitie en synergie, onder invloed van hechting, gender en cultuur, onze coping bepalen en uiteindelijk grote invloed hebben op psychische gezondheid en kwaliteit van leven. Het is onduidelijk welke interventie mensen met psychiatrische klachten helpt naar meer balans in het dilemma autonomie versus verbondenheid in de ambulante psychiatrische praktijk van Molemann Mental Health.

Doel:

De ontwikkeling van een interventie voor volwassen psychiatrische patiënten die zoeken naar balans in het dilemma autonomie versus verbondenheid in de ambulante psychiatrische praktijk van Molemann Mental Health.

Methode:

Er werden 3 databronnen geraadpleegd. Namelijk: literatuur, zorgaanbod van andere instellingen en zorgaanbod van Molemann Mental Health. Naar aanleiding van het onderzoek naar het zorgaanbod bij Molemann Mental Health vond een participerende observatie plaats van de autonomie versterkende groepspsychotherapie, gecombineerd met een voor- en nameting en een progressiemeting per sessie. Daarbij werd gebruikt gemaakt van de Brief Symptom Inventory en de Client Directed Outcome Informed.

Resultaten:

Vanuit de literatuur kan geconcludeerd worden dat aandacht voor het dilemma de psychische gezondheid verbetert. De literatuur geeft geen antwoord op de vraag of de kwaliteit van leven daarmee ook verbeterd wordt. Vanuit het grote verband tussen psychische gezondheid en kwaliteit van leven ligt dit wel voor de hand. De enige interventie die aansluit bij het thema van deze masterthesis is de autonomie bevorderende groepspsychotherapie die aangevuld met elementen vanuit de literatuurstudie een nieuwe interventie vormt, namelijk: Balanceren tussen autonomie en verbondenheid. Balans in autonomie en verbondenheid bevorderende groepstherapie.

Conclusie:

De kracht van het onderzoek is dat er voor dit belangrijke maar ook lastig te kaderen onderwerp nu een concrete interventie is ontwikkeld, wat bijdraagt aan de verduidelijking van de meerwaarde van de verpleegkundig specialist GGZ bij innovatieontwikkeling en anderen inspireert om fundamentele onderwerpen praktijkgericht te onderzoeken. De interventie

vertaalt de problemen van mensen naar een universeel thema wat naast verbeterde patiëntenzorg bijdraagt aan de-stigmatisering. De interventie is kosteneffectief en draagt bij aan zelfredzaamheid. In de loop van 2016, 2017 en 2018 zal de interventie verder ontwikkeld worden. Aanpassingen op levensfase zijn nodig om de interventie toe te kunnen passen in de jeugd- en ouderenzorg. Het is belangrijk ook fundamenteel kwalitatief onderzoek te doen naar de beleving van mensen rondom het thema autonomie en verbondenheid.

Summary

Problem:

Autonomy and relatedness are important basic needs. In competition and synergy, influenced by attachment, gender and culture, they define our coping and have great impact on mental health and quality of life. It is unclear which intervention can help psychiatric patients towards more balance in the dilemma of autonomy and relatedness in the outpatient care of Molemann Mental Health.

Objective:

The development of an intervention for adult psychiatric patients who are seeking more balance in the dilemma of autonomy and relatedness in the outpatient care of Molemann Mental Health.

Method:

The following 3 sources were consulted. Literature, mental health care besides Molemann Mental Health and mental health care provided by Molemann mental health. In response to the latter a participating observation of the autonomy enhancing group psychotherapy took place, combined with a pre- and post-test and a progress measurement using the Brief Symptom Inventory and the Client Directed Outcome Informed .

Results:

Literature shows that focus on the dilemma can improve mental health. Literature does not tell us if it also improves quality of life. This is however likely given the great connection between mental health and quality of life. The only intervention that seems to fit the topic of this master thesis is the autonomy enhancing group psychotherapy. Completed with the elements from the literature this forms a new intervention: Balance between autonomy and relatedness. Balance in autonomy and relatedness enhancing group therapy.

Conclusion:

The strength of this thesis is that now there is an intervention for this important and difficult to limit topic which contributes to the clarification of the added value of the nurse practitioner in mental health care and inspires others to do practice-oriented research on more fundamental issues. The intervention broadens the view of people dealing with this problem towards a more universal view which, besides improving mental health care, contributes to less stigma. The intervention is cost effective and contributes to self efficacy. In the course of 2016, 2017 and 2018 there will be further development of the intervention. Adjustments must be made on life stage topics to make the intervention fit in youth and elderly health care. It is important to do qualitative and fundamental research on the perspectives of people about autonomy and relatedness.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	6
2. Methode	10
3. Resultaten	14
4. Beschouwing op de resultaten	18
5. Beschrijving van de interventie	21
6. Discussie, conclusie en aanbevelingen	23
7. Literatuurlijst	26
Bijlage 1	29

1. Inleiding

Deze masterthesis gaat over de ontwikkeling van een interventie voor volwassen psychiatrische patiënten die zoeken naar balans in het dilemma autonomie versus verbondenheid. De casus in de volgende paragraaf illustreert het dilemma.

Mieke is een 40 jarige, Nederlandse, samenwonende, kinderloze onderwijzeres in het basisonderwijs. Vanuit het perspectief van de DSM IV (American Psychiatric Association, 2000) heeft ze een klachtenpatroon passend bij een dysthyme stoornis bij een persoonlijkheidsstoornis niet anders omschreven. Maar er is meer. Ze trekt zich enerzijds boos en teleurgesteld terug in zichzelf. Anderzijds probeert ze krampachtig anderen te behagen. Vooral haar partner. Het voelt alsof ze moet kiezen tussen autonomie of verbondenheid. Als ze autonoom probeert te zijn is ze bang het contact met anderen te verliezen. Als ze zich probeert te verbinden is ze bang zichzelf te verliezen. Een verwarrend dilemma. De autonomie voelt als isolatie en daarin eet ze teveel en voelt ze zich eenzaam en verdrietig. De verbinding voelt als fusie waarin ze in alles toegeeft. Ze doet dingen die voor haar niet goed voelen maar waarvan ze weet dat ze de ander behagen. Hoe kan ze zich verbinden met anderen zonder zichzelf te verliezen?

Het verband tussen het dilemma autonomie versus verbondenheid en psychopathologie is groot. Autonomie en verbondenheid zijn universele, existentiële en conflicterende psychologische basisbehoeften en uitersten van hetzelfde spectrum (Van Huygevoort, z.j.). Sato (2001) noemt de termen autonomie en verbondenheid 2 aparte systemen van zelf-organisatie die afhankelijk van de cultuur bepalend zijn voor psychische gezondheid. Blatt (zoals geciteerd door Thijs de Wolf, 2014) beschrijft het verband en onderscheidt het pathologische maximaliseren van de behoefte aan autonomie en verbondenheid. Bij autonomie spreekt hij over splitsen en dissociatie met introjectieve vormen van depressie als gevolg. Hij ziet dit terug bij de schizoïde, schizotypische, narcistische, anti-sociale, obsessief compulsieve, paranoïde en vermijdende persoonlijkheidsstoornis. Hetzelfde geldt voor de somatisatiestoornis, somatoforme stoornis, DIS en PTSS. Bij verbondenheid spreekt hij over realiseren van fusie of versmelten hetgeen ten koste gaat van autonomie. Het wordt teruggezien bij anaclytische vormen van depressie die vaak voorkomen bij de borderline en afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. Opgemerkt wordt dat de pathologische behoefte aan autonomie en verbondenheid beiden voorkomen bij de borderline persoonlijkheidsstoornis.

Vastzitten in het dilemma autonomie versus verbondenheid maakt levensvreugde lastig en levert een breed scala aan psychische en relationele klachten op. Westerhof en Francissen (2013) concludeerden dat de invloed van autonomie en verbondenheid op kwaliteit van leven

zeer groot is. Het EMGO Instituut (2009) deed onderzoek naar kwaliteit van leven in de langdurige zorg en definieerde 6 domeinen: lichamelijk welzijn, emotioneel welzijn, sociaal welzijn, zingeving, materiële zekerheid en autonomie. In de casus van Mieke beïnvloedt het dilemma autonomie versus verbondenheid al deze domeinen. De cliënten- en familiekoepel; het Landelijk Platform Geestelijke Gezondheidszorg, vinden niet alleen goede zorg, maar ook het hebben van werk, een goede woning, sociale contacten en vrijetijdsbesteding bepalend voor kwaliteit van leven (LPGGZ, 2014). Het onderzoeksprogramma Kwaliteit van leven en gezondheid (NWO en ZonMw, 2012) beschrijft het grote verband tussen kwaliteit van leven en psychische gezondheid en vatten het samen als een “gezond leven” waarbij ze de subjectieve beleving en daarmee de moeilijkheid om het meetbaar te maken opmerken.

De geestelijke gezondheidszorg is georganiseerd rondom de individuele DSM IV classificatie waardoor er minder aandacht is voor de grotere thema's zoals het dilemma autonomie versus verbondenheid. Een oorzaak kan zijn dat interventies gericht op de classificatie makkelijker onderzocht kunnen worden in gerandomiseerd klinisch onderzoek. De grotere thema's worden doorgaans meer fundamenteel en minder praktijkgericht onderzocht waardoor ze mogelijk minder in zorgpaden voorkomen. De ambulantisering van de geestelijke gezondheidszorg vraagt ook om een breder perspectief dan de DSM IV classificatie. Bij ambulantisering staat de patiënt immers centraal: het gaat om zijn behoeften, wensen en om de kwaliteit van leven waarvoor zorg en begeleiding nodig is op meerdere levensdomeinen (GGZ Nederland z.j.). Het dilemma autonomie versus verbondenheid heeft invloed op al die levensdomeinen. De ambulantisering vraagt daarbij om ontwikkeling van behandeling gericht op het dilemma autonomie versus verbondenheid in een ambulante setting.

Machielse en Hortulanus (2010) zien in de disbalans in het dilemma autonomie versus verbondenheid de oorzaak voor sociale isolatie. Sociale isolatie staat hoog op de politieke agenda. Kijk bijvoorbeeld naar beleid voor mantelzorg, participatie wet en W.M.O. De tijdgeest en discours hebben ook grote invloed op het dilemma. Autonomie wordt verward met individualisme waarin status en materialisme belangrijker zijn dan de relatie met jezelf. Verbondenheid wordt verward met sociale media. Hoe meer vrienden op facebook des te meer verbondenheid in plaats van intieme relaties. Ryan (1991) had een vooruitziende blik; “Contemporary forms of relationships are often more impersonal than personal, more like exchanged glances in the looking glass than mutuality” (p. 210). Omdat het dilemma

autonomie versus verbondenheid zo verweven is met de maatschappij, is het aannemelijk dat de invloed hiervan op kwaliteit van leven groot is.

Molemann Mental Health (hierna MMH) is een ambulante instelling met meerdere kleinschalige vestigingen door het hele land voor basis en specialistische geestelijke gezondheidszorg voor kinderen, volwassenen en ouderen. Het systemische denken, persoonlijke diagnostiek en collaboratief werken zijn de belangrijkste waarden binnen MMH en sluiten op de volgende wijze aan bij het dilemma. In het systemische denken staat de interactie in en tussen systemen centraal (Savenije, van Lawick en Reijmers, 2014). In het dilemma autonomie versus verbondenheid gaat het om de interactie tussen de relatie met jezelf (autonomie) en met anderen (verbondenheid) (Smits, 2016). Anders dan in de persoonlijke diagnostiek worden in het DSM IV denken klachten middels classificatie uit de context gehaald, geïndividualiseerd, maar niet persoonlijk gemaakt (van Os, 2014). Deze simplificatie duwt belangrijke existentiële thema's zoals autonomie en verbondenheid naar de achtergrond. In het collaboratief werken staat samenwerking centraal. "De samenwerkingsrelatie is de basis van het therapeutische proces" (Rober, 2012, p23). Daarmee kan gesteld worden dat in het samenwerken het dilemma de behandelkamer in komt. De belangrijkste uitgangspunten bij MMH bieden dus een stevig fundament waarop de interventie vorm kan krijgen.

Deze paragraaf beschrijft het verband vanuit het perspectief van de belangrijke verpleegkundige concepten self-efficacy, shared decision making en het Neuman systems model. Self-efficacy en shared decision making zijn randvoorwaarden voor excellente verpleegkundige en verzorgende zorg (Ouwens, Van der Burg, Faber & Van der Weijden, 2012). Mogelijk beïnvloedt de mate waarin de patiënt en zorgverlener zich vast of vrij voelen in het dilemma autonomie versus verbondenheid, de praktijk van self-efficacy en shared decision making. Self-efficacy stelt de autonomie van de patiënt en de zorgverlener op de proef. De patiënt moet zichzelf immers redden en de hulpverlener moet zichzelf redden in het loslaten van zijn patiënt. Bij shared decision making zoeken patiënt en hulpverlener de verbondenheid in het delen van de behandelverantwoordelijkheid. Schnarch (2009) verwoordt dit proces in zijn eigen terminologie. Degene die ofwel te weinig autonomie aandurft uit vrees verbinding te verliezen of te veel autonomie nastreeft uit onvermogen zich te binden, bepaalt het niveau waarop gesproken wordt. Dit kan ook de hulpverlener zijn. Gezondheid wordt in het Neuman systems model gezien als de optimale stabiliteit van het cliëntsysteem. Deze stabiliteit is niet statisch, maar dynamisch van aard en wordt bepaald door de reacties van het systeem op stressoren uit de omgeving. De graadmeter voor de

stabiliteit van het cliëntsysteem is de toestand van de normale verdedigingslinie (Verberk & De Kuiper, 2006). Het dilemma autonomie versus verbondenheid kan gezien worden als een vertaling van deze balans. In psychische gezondheid is de balans in evenwicht. Stressoren zetten aan tot bewegingen richting meer verbondenheid of autonomie. De balans is verstoord. Psychische gezondheid en kwaliteit van leven staan dan onder druk. Met name voor kwaliteit van leven is een rol weggelegd voor de verpleegkundig specialist GGZ (Lambregts, 2012). Omdat deze patiëntengroep problemen heeft op meerdere levensgebieden is het belangrijk dat cure en care worden gecombineerd en dat de continuïteit van zorg wordt gewaarborgd. Aspecten die centraal staan in de beroepsvisie en profiel van de verpleegkundig specialist GGZ (Lambregts, 2012). De toepasbaarheid van de concepten self-efficacy en shared decision making en het Neuman systems model op het dilemma autonomie versus verbondenheid, de focus van de verpleegkundig specialist GGZ op psychische gezondheid en kwaliteit van leven en de aandacht voor cure en care bij problemen op meerdere levensgebieden, maken de verpleegkundig specialist GGZ bij uitstek de beroepsbeoefenaar voor het ontwikkelen van een interventie voor het dilemma autonomie versus verbondenheid.

Voor de ontwikkeling van de beste interventie bij het dilemma autonomie versus verbondenheid zijn de volgende hoofdvraag en 3 deelvragen geformuleerd.

Hoofdvraag

Wat is de beste interventie voor de volwassen psychiatrische patiënt die balans zoekt in het dilemma autonomie versus verbondenheid met als doel een verbeterde psychische gezondheid en kwaliteit van leven?

Deelvragen

1. Welke interventies zijn er vanuit de literatuur bekend voor het verbeteren van de psychische gezondheid en kwaliteit van leven bij volwassen psychiatrische patiënten die balans zoeken in het dilemma autonomie versus verbondenheid?
2. Welke interventies worden bij MMH gebruikt voor het verbeteren van de psychische gezondheid en kwaliteit van leven bij volwassen psychiatrische patiënten die balans zoeken in het dilemma autonomie versus verbondenheid?

3. Welke interventies worden bij andere instellingen gebruikt voor het verbeteren van de psychische gezondheid en kwaliteit van leven bij volwassen psychiatrische patiënten die balans zoeken in het dilemma autonomie versus verbondenheid?

2. Methode

De vraagstellingen uit de inleiding werden beantwoord door 3 databronnen te raadplegen. Namelijk: literatuur, zorgaanbod van andere instellingen en zorgaanbod van MMH. Naar aanleiding van het onderzoek naar het zorgaanbod bij MMH vond een participerende observatie plaats van de autonomie versterkende groepspsychotherapie (hierna AVG), gecombineerd met een voor- en nameting en een progressiemeting per sessie. Daarbij werd gebruikt gemaakt van de Brief Symptom Inventory (hierna BSI) en de Client Directed Outcome Informed (hierna CDOI).

Hieronder zal per deelvraag de methode worden beschreven.

1. *Welke interventies zijn er vanuit de literatuur bekend voor het verbeteren van de psychische gezondheid en kwaliteit van leven bij volwassen psychiatrische patiënten die balans zoeken in het dilemma autonomie versus verbondenheid?*

Op 15 februari 2016 vond een systematische zoekopdracht plaats in de databases: pubmed, psycinfo, researchgate en google scholar met de zoektermen: mental health (geestelijke gezondheid), autonomy, relatedness (autonomie, verbondenheid), nursing (verpleegkunde), psychotherapy (psychotherapie) en grouptherapy (groepstherapie). Alle jaartallen werden geïnccludeerd. De literatuur werd beoordeeld op relevantie en toepasbaarheid door de samenvattingen te lezen en op methodiek door gebruik te maken van de beoordelingstabel van Dassen, Keuning, Jansen en Jansen (Dassen, Keuning, Jansen en Jansen., 2014, p84). Voor de indeling van de kracht van het bewijs werd gebruik gemaakt van de levels of evidence van het CBO (2007) (literatuurtabel in bijlage 1).

2. *Welke interventies worden bij MMH gebruikt voor het verbeteren van de psychische gezondheid en kwaliteit van leven bij volwassen psychiatrische patiënten die balans zoeken in het dilemma autonomie versus verbondenheid?*

Een behandelaar van iedere vestiging (n=15), intranet en de webpagina van MMH werden geraadpleegd op zoek naar gebruikte interventies bij MMH. De behandelaren werden gemaild met de vraag: Welke interventies gebruiken jullie bij volwassen psychiatrische patiënten voor het dilemma autonomie versus verbondenheid? Op intranet en op de webpagina werd via de zoekfunctie gezocht op de termen autonomie versus verbondenheid.

De gevonden data werd gescreend op de toepasbaarheid voor het dilemma autonomie versus verbondenheid.

De autonomie versterkende groepspsychotherapie werd geobserveerd door als behandelaar deel te nemen. De AVG liep van januari tot mei 2016, bevatte 15 sessies van 2 en een half uur, er namen 11 patiënten aan deel en werd geleid door 2 behandelaren. Onderstaande figuren 1, 2, 3, 4 en 5 geven een beeld van de selectie, deelnemers en steekproef van de AVG.

Figuur 1: inclusiecriteria deelnemers AVG.

- Volwassen mannen en vrouwen uit vestigingen Rotterdam Heemraadsingel en Noordsingel
- Psychiatrische diagnose
- Herkennen zich in het dilemma
- Zijn gemotiveerd
- Aangemeld door behandelaar
- Patiënt verdraagt stop individuele behandeling

Figuur 2: exclusiecriteria deelnemers AVG.

- Buiten de regio Rijnmond
- Geen psychiatrische diagnose
- Ongemotiveerd
- Herkennen zich niet in het dilemma
- Zelf aangemeld zonder tussenkomst behandelaar
- Psychotische symptomen
- Individuele behandeling kan niet onderbroken worden

Figuur 3: steekproefgrootte.

Aantal patiënten MMH in NL	4867
Aantal AVG bij MMH in NL	30 x per jaar
Aantal patiënten MMH Rotterdam	861
Aantal AVG bij MMH Rotterdam	2 x gemengd, 2x alleen vrouwen (max 12 per groep)
Aantal aanmeldingen	13 voor de onderzochte groep
Geïnccludeerde patiënten	11
Geëxcludeerde patiënten	1 (individuele behandeling kon niet gestopt worden)
Afgezegd door patiënt	1

Figuur 4: centrum maten leeftijd AVG

<i>n</i>	11
<i>mo</i>	leeftijdsklasse 50/65
<i>med</i>	48 jaar
<i>r.g</i>	46 jaar

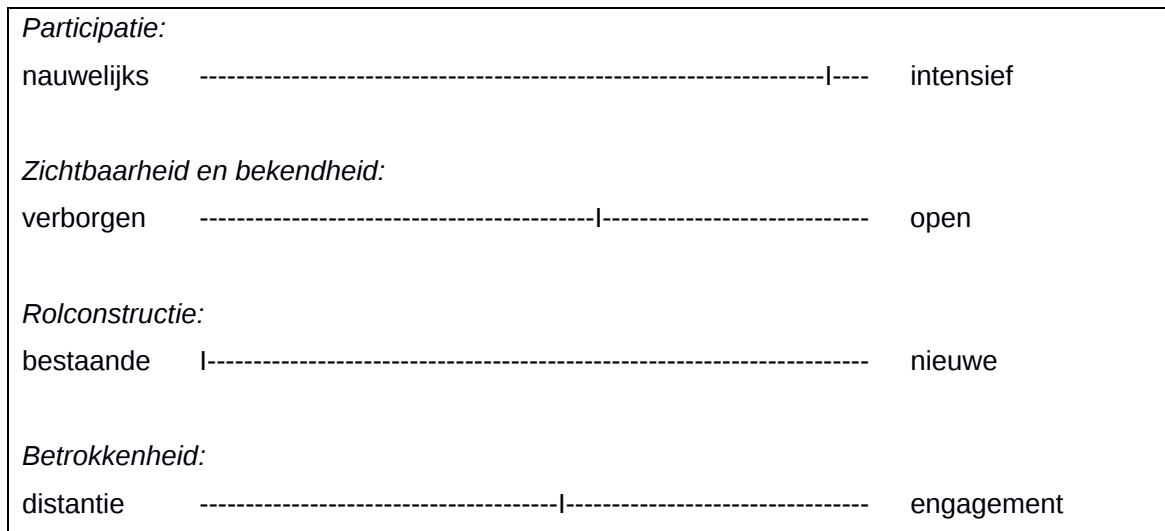
Figuur 5: verdeling leeftijd en sekse AVG.

leeftijdsklasse	frequentie	man	vrouw
18/30	0	0	0
30/40	2	0	2
40/50	4	2	2
50/65	5, <i>modale klasse</i>	4	

Voorafgaand aan de participerende praktijkobservatie werd het draaiboek voor therapeuten (Soemers, z.j.) en het werkboek voor cliënten (Soemers, z.j.) bestudeerd. De interventies werden gerangschikt naar onderliggende therapievorm, naar toepasbaarheid voor de vraagstelling en naar de verhouding autonomie bevorderende en verbondenheid bevorderende interventies. Daarbij werd gebruik gemaakt van het literatuuronderzoek van deelvraag 1. Er werd gekozen voor een zeer intensieve mate van participatie door als behandelaar deel te nemen waarbij de rol als onderzoeker bij de onderzoeksobjecten bekend was maar weinig zichtbaar. Er was sprake van een bestaande rolconstructie omdat de rol van behandelaar vastligt in het draaiboek. De betrokkenheid was redelijk groot maar er

bleef enige distantie t.o.v. van de onderzoeksobjecten door de professionele afstand als behandelaar. Bovenstaande rolbeschrijvingen zijn weergegeven op een continuümschaal in figuur 6.

Figuur 6: rolbeschrijvingen.



De objectieve notities, theoretische notities, methodische notities en reflectieve notities werden bijgehouden in een notitieboek.

Een voor- en nameting vond plaats door de deelnemers (n=11) de BSI, een veelgebruikt en gevalideerd meetinstrument voor psychische gezondheid (De Beurs & Zitman, 2006) in te laten vullen. De BSI is een multidimensionale klachtenlijst die het totaal aantal psychische klachten, totaal aanwezige symptomen en de ernst van de aanwezige symptomen meet. Het totaal geeft een beeld van de psychische gezondheid, naast kwaliteit van de leven de uitkomstmaat voor de interventie. De BSI wordt in het digitale dossier bijgehouden. De deelnemers werden een automatisch gegenereerde e-mail gestuurd met het verzoek de BSI digitaal in te vullen in januari 2016. Begin juni werden de emails voor de eindmetingen verstuurd. Omdat er nog geen respons was, werden begin juli de e-mails nogmaals verstuurd. De CDOI, een valide routine outcome monitoring instrument (Hafkenscheid, 2010), werd gebruikt om het proces gedurende de AVG te monitoren. CDOI geeft directe, systematische feedback en maakt gebruik van de Outcome Rating Scale en de Session Rating Scale (hierna ORS en SRS). De ORS is een schaal die individueel welbevinden, relationeel welbevinden, sociaal welbevinden en algemeen welbevinden meet en feedback geeft over het therapieresultaat. De SRS is een engagement schaal, bedoeld om de waardering van de sessie te meten op de vlakken relatie met de behandelaar, doelen en

onderwerpen, aanpak en werkwijze en in het algemeen. Beide instrumenten zijn standaard bij MMH en daarmee minder belastend voor patiënt en behandelaar.

3. *Welke interventies worden bij andere instellingen gebruikt voor het verbeteren van de psychische gezondheid en kwaliteit van leven bij volwassen psychiatrische patiënten die balans zoeken in het dilemma autonomie versus verbondenheid?*

De zorgvergelijkingssite www.zorgkaartnederland.nl van de Nederlandse patiënten federatie NPCF werd op 12 april 2016 geraadpleegd. De 10 meest beoordeelde GGZ instellingen met een breed aanbod voor volwassenen in de basis en specialistische GGZ en een waardering boven het gemiddelde van een 6.8 op een schaal van 1 tot 10 werden geselecteerd. De gevonden instellingen werden telefonisch benaderd via de front office en gevraagd naar behandel aanbod voor volwassen psychiatrische patiënten die balans zoeken in het dilemma autonomie versus verbondenheid. Daarnaast werden de websites bekeken op aanbod met dezelfde vraag. De gevonden data werd gescreend op de toepasbaarheid voor het dilemma autonomie versus verbondenheid.

2.1. Ethische overwegingen

Bij gebrek aan een ethische toetsingscommissie werden de ethische overwegingen in relatie tot het onderzoek besproken met de vestigingspsychiater. Daarin werd de belastbaarheid van de behandelaren en de cliënten als belangrijkste vraag vastgesteld. De belastbaarheid van de behandelaren werd beoordeeld in een persoonlijk gesprek met de auteur. De cliënten werden op belastbaarheid gescreend in een gesprek met de auteur en vestigingspsychiater. Het mogelijke rolconflict tussen onderzoeker en behandelaar bij de praktijkobservatie werd aanvaardbaar geacht mede door de openheid van de rol als onderzoeker. Een voor- en nameting van de beleving van de kwaliteit van leven m.b.v. de Manchester Short Assessment of quality of life werd te belastend geacht voor de deelnemers en week te ver af van het stramen van de autonomie versterkende groepstherapie.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten per onderzoeksvraag besproken.

1. *Welke interventies zijn er vanuit de literatuur bekend voor het verbeteren van de psychische gezondheid en kwaliteit van leven bij volwassen psychiatrische patiënten die balans zoeken in het dilemma autonomie versus verbondenheid?*

De literatuur werd geraadpleegd voor de beantwoording van deelvraag 1. De literatuur geeft een breed beeld vanuit meerdere perspectieven en lagen. Alle auteurs zien autonomie en

verbondenheid in hun samenhang. Sato (2001), Van Huygevoort (z.j.), De Koven Fishbane (zoals geciteerd in Bosselaar, 2011), Blatt (zoals geciteerd door Thijs de Wolf 2014) en Freud (1918) onderstrepen hoe ze met elkaar in competitie zijn. Terwijl Machielse en Hortulanus (2010), Ryan (1991) en Luciano (2009) de synergie beschrijven. Alle auteurs beschrijven autonomie en verbondenheid als psychologische basisbehoeftes voor psychische gezondheid. Als contextvariabele noemen Sato (2001) en De Koven Fishbane (zoals geciteerd in Bosselaar, 2011) cultuur. De Koven Fishbane (zoals geciteerd in Bosselaar, 2011) en Nicolai (2003) voegen de invloed van gender toe. Machielse en Hortulanus (2010) bespreken het dilemma in termen van coping waarmee een link gelegd wordt naar gedrag. Alle literatuur onderstreept het belang van een goede therapeutische relatie. Bij de self-determination theory en de motiverende gespreksvoering wordt het niet controlerende aspect van de behandelrelatie benadrukt (Ryan et al., 2008), (Bartelink., 2013). In de therapeutische relatie wordt verder een mogelijkheid gezien om het dilemma in een veilige relatie te doorleven en ermee te experimenteren. Bouwkamp, R., & De Vries, S. (1999), Johnson (2012), Schnarch (2009) en Penne (2016) zien in verschillende vormen van systeemtherapie een oplossing voor het dilemma. Allen (2011), Target (2015), Nicolai (2003) en Johnson (2012) noemen hechting als belangrijkste factor in het dilemma waarbij Allen (2011) en Target (2015) de mentaliseren bevorderende therapie toepassen. Nicolai (2003) richt zich meer op de verschillen tussen mannen en vrouwen en noemt kortdurende therapie en groepstherapie. Huygevoort (z.j.) ziet de groepstherapie als “proeftuin” voor het doorleven van het dilemma.

2. Welke interventies worden bij MMH gebruikt voor het verbeteren van de psychische gezondheid en kwaliteit van leven bij volwassen psychiatrische patiënten die balans zoeken in het dilemma autonomie versus verbondenheid?

Van elke vestiging werd 1 behandelaar (n=15) gevraagd naar interventies die gebruikt worden bij MMH voor het verbeteren van de psychische gezondheid en kwaliteit van leven bij volwassen psychiatrische patiënten die balans zoeken in het dilemma autonomie versus verbondenheid. 11 behandelaren gaven een reactie (73%). De behandelaren noemden de autonomie bevorderende groepspsychotherapie als enige specifieke interventie voor het dilemma. Op intranet en op de webpagina werd via de zoekfunctie gezocht op de termen autonomie versus verbondenheid. Van de 15 vestigingen bleek op 13 vestigingen de autonomie versterkende groepspsychotherapie als enige interventie genoemd te worden.

Van januari tot mei 2016 vond een participerende observatie van de AVG plaats. Het doel daarvan was de interventies te rangschikken naar onderliggende therapievorm, naar

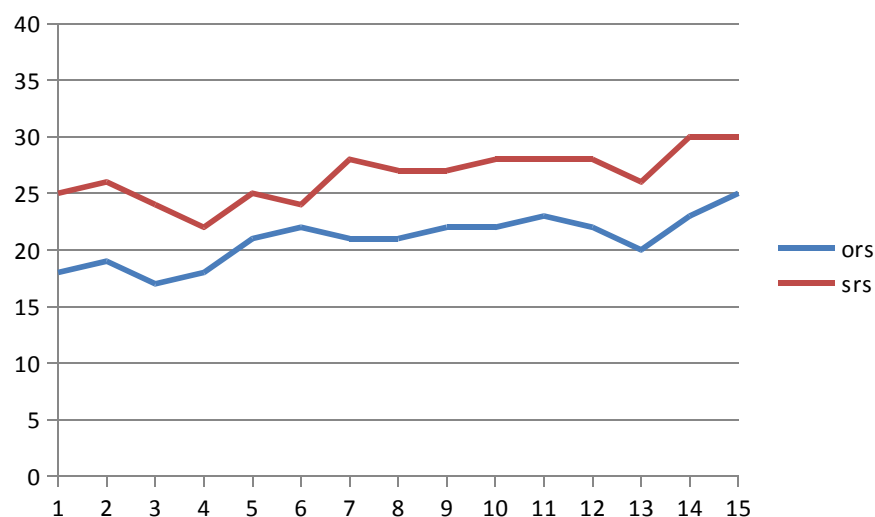
toepasbaarheid voor de vraagstelling en naar de verhouding autonomie bevorderende en verbondenheid bevorderende interventies.

Er was geen drop out. Sporadisch werden sessies gemist i.v.m. ziekte of vakantie. De oefeningen werden toegewijd uitgevoerd tijdens de sessies. De commitment voor het uitvoeren van de huiswerkopdrachten bleek in het begin lastig maar nam toe. Aanvankelijk was de feedback van de patiënten naar elkaar vooral cognitief. Later werd de feedback meer emotioneel. Opvallend daarbij was dat cognitieve feedback weerstand opleverde als emotionele feedback gehoopt werd en andersom. Dit gebeurde zowel bij vrouwen als bij mannen. Dit proces kon besproken worden. De aangeboden psycho educatie werd teruggezien in de feedback van patiënten naar elkaar. Één patiënt werd op zijn verzoek individueel gezien om hem te helpen bij het opstellen van zijn persoonlijke verhaal. Één maal werd een patiënt op zijn verzoek individueel gezien omdat hij gespannen raakte. Één maal werd een patiënt op haar verzoek gezien samen met haar partner om de invloed van de therapie op de partnerrelatie te bespreken. De therapeuten gaven structuur en feedback vanuit de theorie van de hielups. Een hielup is een zelfverzonnen term voor omgaan met pijn stress en verdriet. Deze coping kan “gedateerd” zijn. Het was ooit, meestal in de jeugd, noodzakelijk voor overleving maar is nu niet altijd meer effectief (Soemers, 2012).

In de groepstherapie waren verschillende interventies vanuit verschillende therapeutische stromingen zichtbaar. De samenhang van het dilemma in synergie en competitie en de invloed van gender en cultuur zoals beschreven in de literatuur was herkenbaar in de levensverhalen die de patiënten vertelden in de sessie 7 tot en met 12 en bij het maken van het drie dimensionale beeld. Hierin zijn narratieve en creatieve interventies zichtbaar. In de groep werd het dilemma in het hier en nu doorleefd en ontstond er een mogelijkheid tot directe confrontatie en empathie in de therapeutische relatie en in de onderlinge patiënten relaties. Daardoor kon een nieuwe hechtingservaring beleefd worden en konden nieuwe relationele mentale representaties ontstaan. Hierin zijn de concepten van hechting en mentaliseren herkenbaar. Daarnaast was er de mogelijkheid om te interactie stop te zetten en te experimenteren met nieuw gedrag. In combinatie met het bespreken van nieuwe coping strategieën vormde dit een gedragstherapeutische interventie. De mindfulness oefeningen vergroten het zelf geruuststellende vermogen in het hier en nu en vergroot daarmee de autonomie. De psycho educatie gaf de deelnemers een theoretisch kader om zichzelf en elkaar te beschouwen. In de soms wat ludieke spelletjes konden de deelnemers oefenen met zichzelf blootgeven en spontaniteit tonen in relaties.

De ORS/SRS lieten lichte verbeteringen zien (zie figuur 8)

Figuur 8: gemiddelden van ORS/SRS van deelnemers over 15 bijeenkomsten



N=11

Verticaal: scores op ORS continuümschaal van 0 tot 10 van individueel welbevinden, relationeel welbevinden, sociaal welbevinden en algemeen welbevinden bij elkaar opgeteld (min 0, max 40) per deelnemer en vervolgens gemiddeld van 11 deelnemers. Scores op SRS continuümschaal van 0 tot 10 van relatie met de behandelaar, doelen en onderwerpen, aanpak en werkwijze en in het algemeen bij elkaar opgeteld (min 0, max 40) per deelnemer en vervolgens gemiddeld van 11 deelnemers.

Horizontaal: 15 sessies

De BSI startmetingen werden door alle deelnemers ingevuld (n=11) maar de resultaten van de eindmeting zijn nog niet beschikbaar.

3. *Welke interventies worden bij andere instellingen gebruikt voor het verbeteren van de psychische gezondheid en kwaliteit van leven bij volwassen psychiatrische patiënten die balans zoeken in het dilemma autonomie versus verbondenheid?*

De zorgvergelijkingssite www.zorgkaartnederland.nl van de Nederlandse patiënten federatie NPCF werd op 12 april 2016 geraadpleegd met de vraag welke interventies er gebruikt worden bij andere instellingen voor het verbeteren van de psychische gezondheid en kwaliteit van leven bij volwassen psychiatrische patiënten die balans zoeken in het dilemma

autonomie versus verbondenheid. Geen van de instellingen had een specifiek aanbod voor het dilemma. Figuur 2 geeft het resultaat van de search op www.zorgkaartnederland.nl weer op basis van de selectiecriteria; meer dan 50 beoordelingen, beoordeling hoger dan gemiddelde van 6.8 op schaal van 1 tot 10, breed aanbod voor volwassenen en aanbod voor basis en specialistische GGZ.

Figuur 2: resultaten selectie andere instellingen.

Instellingen	> 50 beoordelingen	> 6.8	volwassenen/breed	basis/specialistisch aanbod
1317	25	17	13	11
				0

4. Beschouwing op de resultaten

De literatuur, zorgaanbod van andere instellingen en zorgaanbod van MMH werden onderzocht voor de beantwoording van de vraag welke interventies er bekend zijn voor het verbeteren van de psychische gezondheid en kwaliteit van leven bij volwassen psychiatrische patiënten die balans zoeken in het dilemma autonomie versus verbondenheid met als doel te komen tot een set aan innovatiecriteria.

De literatuur geeft geen eenduidig antwoord op de deelvraag. Iedere auteur beschouwt het dilemma in een specifiek theoretisch kader. Alle elementen bij elkaar genomen geeft een eclectisch en mogelijk bruikbaar geheel. Figuur 10 zet de elementen op een rijtje.

Figuur 10: elementen vanuit literatuuronderzoek.

- aandacht voor cultuur en gender
- coping bevorderen
- goede therapeutische relatie (niet controlerend, doorleven dilemma)
- systemische interventies
- op hechtingstheorie gebaseerde interventies
- mentaliseren bevorderende interventies
- kortdurend
- groepstherapie

Vanuit de literatuur kan geconcludeerd worden dat aandacht voor het dilemma de psychische gezondheid verbetert. De literatuur geeft geen antwoord op de vraag of de kwaliteit van leven daarmee ook verbeterd wordt. Vanuit het grote verband tussen psychische gezondheid en kwaliteit van leven ligt dit wel voor de hand.

De inventarisatie bij MMH naar interventies die gebruikt worden voor het verbeteren van de psychische gezondheid en kwaliteit van leven bij volwassen psychiatrische patiënten die balans zoeken in het dilemma autonomie versus verbondenheid, leverde alleen de autonomie bevorderende groepspsychotherapie op. Deze interventie wordt veel toegepast binnen MMH. Het is onduidelijk wat de verklaring is van de non respons van 27%. Mogelijk speelt werkdruk een rol. Omdat behandelaren bekend zijn met de autonomie bevorderende groepspsychotherapie en daardoor de weerstand laag is en omdat in de literatuur groepstherapie genoemd wordt als goede behandelvorm voor het dilemma, kan de autonomie bevorderende groepspsychotherapie als basis dienen voor de interventie.

Naar aanleiding van het onderzoek naar het zorgaanbod bij MMH vond een participerende observatie plaats van de autonomie versterkende groepspsychotherapie, gecombineerd met een voor- en nameting en een progressiemeting per sessie. De grenzen van dit onderzoek in tijd en geld stonden niet toe verder te gaan dan een observatie van 1 gemengde groep. Afgezet tegen 30 groepen per jaar bij MMH is dit een te kleine steekproef voor een acceptabel betrouwbaarheidsniveau. De toepasbaarheid van de interventies op autonomievergroting was zeer goed. De toepasbaarheid op het vergroten van verbondenheid was voldoende. De toepasbaarheid op het dilemma of spanningsveld ertussen was matig.

Figuur 8 geeft de therapievormen, de verhouding autonomie bevorderende en verbondenheid bevorderende interventies en de toepasbaarheid op het dilemma weer.

Figuur 8: toepasbaarheid elementen op autonomie, verbondenheid en het dilemma.

elementen	stromingen	> autonomie	>verbondenheid	dilemma
in een groep	groepstherapie	++	++	++
spelletjes	speltherapie	+	+	+/-
dingen maken	creatieve therapie	+	+/-	-
levensverhaal	narratieve therapie	++	++	+/-
goed en nieuw	gedragstherapie	++	-	--
ontspanning	mindfulness	++	--	--
subgroepen	groepstherapie	+	++	+
structuur	groepstherapie	++	++	++
uitleg	psycho educatie	++	-	-
therapeuten	therapie algemeen	+/-	++	+/-

++ goed	+voldoende	+matig	-onvoldoende --niet
---------	------------	--------	---------------------

De gemiddelden van de ORS en SRS laten een lichte verbetering gedurende de autonomie bevorderende groepspsychotherapie zien. Deze lichte verbetering in voor-, na- en procesmeting verdedigt het gebruik van de autonomie bevorderende groepstherapie als basis voor de interventie maar laat voldoende ruimte voor verdere effectverbetering door elementen toe te voegen. De resultaten van de eindmetingen van de BSI zijn nog niet beschikbaar. Waarschijnlijk komt dit omdat de groep pas eind mei eindigde en er te weinig reactietijd was tussen het eindigen van de groep en de deadline van deze masterthesis.

Als we de elementen vanuit de literatuur (zie figuur 10) naast de elementen uit de autonomie bevorderende groepspsychotherapie (zie figuur 11, linker kolom) leggen kunnen we concluderen dat er voor veel elementen vanuit de literatuur al aandacht is maar dat er ruimte is voor verbetering (zie figuur 12).

Figuur 12: vergelijking literatuur en AVG

Elementen uit literatuur	Elementen AVB
Aandacht voor cultuur en gender	Levensverhaal, gemengde groep
Coping bevorderen	Ontspanning, ronde goed en nieuw
Therapeutische relatie	2 therapeuten leiden de groep
Systemische interventies	geen
Interventies gebaseerd op hechtingtheorie	Aangaan van nieuwe hechtingsrelatie met therapeuten en groepsgenoten.
Mentaliseren bevorderende interventies	Niet specifiek
kortdurend	15 weken is relatief kortdurend
groepstherapie	Is de vorm

Er is dus voldoende aandacht voor gender en cultuur, coping, hechting, duur en vorm. Aanpassingen zijn nodig voor de therapeutische relatie, systemische interventies en mentaliseren bevorderende interventies.

De zorgvergelijkingssite www.zorgkaartnederland.nl van de Nederlandse patiënten federatie NPCF werd geraadpleegd op zoek naar interventies bij andere instellingen voor het verbeteren van de psychische gezondheid en kwaliteit van leven bij volwassen psychiatrische patiënten die balans zoeken in het dilemma autonomie versus verbondenheid. Er bleek geen aanbod te zijn. Geconcludeerd kan worden dat het dilemma onvoldoende

aandacht krijgt bij andere instellingen waarmee de noodzaak voor de ontwikkeling en implementatie van de interventie verder is aangetoond.

Samengevat biedt de AVG een voldoende sterke basis waarop de interventie vorm kan krijgen. Vanuit de participerende observatie is de conclusie dat er voldoende aandacht is voor autonomie bevordering maar dat er verbeteringen nodig zijn voor verbondenheid bevordering en bevordering van meer balans in het dilemma. Uit de vergelijking tussen de literatuur en de AVG blijkt dat de aanpassingen zich tevens moeten richten op de therapeutische relatie, het systeem en mentaliseren. De ORS/SRS laten lichte verbeteringen zien op psychische gezondheid, welbevinden en sessietevredenheid. Het is een reële verwachting dat de aanpassingen het effect verder zal vergroten. Het is onduidelijk of dat ook geldt voor kwaliteit van leven. De nieuwe interventie moet dus naast de BSI en de ORS/SRS ook een voor- en -nameting van de beleving van de kwaliteit van leven bevatten.

De aanpassingen op het gebied van systeem en therapeutische relatie sluiten nauw aan bij de in de inleiding beschreven instellingscultuur. Daardoor zal de interventie makkelijk geadopteerd worden in de organisatie. De uitvoerbaarheid van de nieuwe interventie is goed door het hoge gemiddelde opleidingsniveau en de diversiteit in disciplines bij MMH. Groepstherapie is in het algemeen financieel aantrekkelijk in het DBC systeem. Dat komt doordat de minuten verdeeld worden over de deelnemers. Op die manier kunnen meer mensen geholpen worden met een relatief lagere DBC kostprijs. Dat heeft een gunstig effect op de wachtlijst en daarmee de toegankelijkheid van zorg, zorgkosten in het algemeen en de aantrekkelijkheid van contracteren van instellingen met een groepsaanbod.

5. Beschrijving van de interventie

Vanuit het literatuuronderzoek en de participerende praktijk observatie van de AVG bleek dat de AVG kan dienen als basis waaraan aanpassingen op het vlak van verbondenheid, balans in het dilemma, therapeutische relatie, systeem en mentaliseren bevorderen worden toegevoegd. Het onderzoek gaf richting en aanknopingspunten maar de concept aanpassingen kwamen voort uit individueel, creatief denken. Het concept werd voorgelegd in focusgroepen aan de cliëntenraad van MMH, experts, behandelaren en deelnemers aan de AVG. Het concept werd positief ontvangen in alle focusgroepen echter er waren veel bedenkingen bij het maken van een appgroep na de 5 sessie ter bevordering van verbondenheid en zelfredzaamheid in de groep. Cliëntenraad en deelnemers aan de AVG vonden dit element te onveilig. Ze maakten zich zorgen om escalaties en om mensen die zouden weigeren deel te nemen. De experts en behandelaren waren deels positief maar

vonden dat het element te weinig bij te sturen was en dat er “geheime” groepsprocessen kunnen plaatsvinden.

Uiteindelijk bleven onderstaande elementen gehandhaafd die toegevoegd aan het draaiboek van de AVG (Soemers, z.j.) onderstaande interventie vormen.

Balanceren tussen autonomie en verbondenheid. Balans tussen autonomie en verbondenheid bevorderende groepstherapie. Een aanpassing van de autonomie bevorderende groepspsychotherapie.

Het draaiboek AVG (Soemers, z.j.) krijgt de volgende aanpassingen:

Therapeuten geven structuur maar verlaten hun expertpositie. In plaats daarvan worden de groepsleden meer uitgenodigd empathisch, steunend, begrijpend, meedenkend maar ook kritisch te zijn. Hiermee wordt een mogelijkheid tot een beweging richting meer verbondenheid gecreëerd tussen de groepsleden onderling. De uitnodiging tot empathie, steun en begrip stelt bewegingen richting autonomie op de proef, nodigt uit tot verbondenheid en biedt daarmee een mogelijkheid in het doorleven van het dilemma. Deze aanpassing sluit daarmee aan bij de beoogde verbeteringen op het vlak van de therapeutische relatie, verbondenheid en op balans in het dilemma.

Gedurende de groepstherapie vindt er tenminste 1 systeemgesprek plaats met belangrijke anderen. Vooral degene waarmee de deelnemer samenleeft. Het doel daarvan is de veranderingen in te bedden in de sociale context. Daarnaast kan persoonlijke groei waarin belangrijke anderen niet meegroeien afstand creëren. De behandelaar die de deelnemer heeft aangemeld is daar ook bij aanwezig met als doel de haalbaarheid van afsluiten na de therapie goed te kunnen beoordelen en bij een vervolg therapie goed aan te kunnen sluiten bij het ontwikkelingsproces van de deelnemer. Het andere perspectief daagt uit tot mentaliseren over het effect van een verandering in een context buiten de groep. Deze aanpassing sluit daarmee aan bij de beoogde verbetering op het vlak van het systeem en het mentaliseren bevorderen.

Toegevoegd aan de psycho educatie over de hielups wordt de theorie van het dilemma. Bij gedrag wordt de hielup, de historische wortels en of het nog helpt besproken maar daaraan wordt toegevoegd of het een beweging is richting autonomie of verbondenheid. Daarnaast wordt besproken dat als het een beweging is richting het een of het ander, wat er dan aan autonomie of verbondenheid verloren gaat. Het doel daarvan is het dilemma te erkennen, te

verdragen dat het er is en meer genuanceerde gedragskeuzes te maken. Daarnaast biedt het de mogelijkheid tot mentaliseren op metaniveau.

De groep wordt uitgenodigd een maandelijkse zelfhulpgroep te organiseren. MMH stelt daarvoor ruimte ter beschikking. Deelnemers hoeven daarbij niet meer in behandeling te zijn. Iedere deelnemer aan die zelfhulpgroep bereidt een sessie voor door koffie en thee te zetten en iets lekkers zelf te maken. Dat is de gastheer of -vrouw. Dit lekkers moet iets zijn dat iets vertelt over zijn of haar geschiedenis. De groep begint met een mindfulness oefening en de ronde goed en nieuw. Daarna wordt het lekkers opgegeten en vertelt de gastheer iets over de geschiedenis van het lekkers. Daarna is de invulling vrij. Tijdens de groep is er een behandelaar, bekend met de groepstherapie, in het pand aanwezig en beschikbaar voor calamiteiten of advies. De behandelaar kan ingeroepen worden maar neemt geen deel. Bij calamiteiten van niet-patiënten wordt de huisartsenpost geraadpleegd. Bij patiënten vindt crisisinterventie plaats en wordt de behandelaar geïnformeerd. Het doel van deze toevoeging is verbondenheidsbevordering, self efficacy vergroten in verbondenheid en het verduurzamen van nieuw gedrag.

De feedback van de deelnemers op de levensverhalen wordt gestructureerd middels de outsider witness methode van Micheal White (2007) waarin de deelnemers met elkaar praten aan de hand van de volgende vragen: Wat heb je gehoord? Wat heeft je geraakt? Welke metafoor komt in je op? Wat neem je mee? Wat geef je mee? Het bespreken van deze vragen vindt plaats na het vertellen van het levensverhaal waarbij de verteller slechts toeschouwer is. Deze interventie werkt mentaliseren bevorderend en biedt de mogelijkheid van nieuwe betekenisgeving aan een oud verhaal.

De deelnemers vullen zelf de SRS?ORS in en houden de grafiek bij. Hierdoor monitoren ze hun progressie en de tevredenheid van de sessie. Naast het autonomie bevorderende effect van deze zelfregistratie biedt het de mogelijkheid om achterblijvende autonomie bewegingen in verbondenheid te bespreken. Daarnaast geeft het feedback over de therapeutische relatie.

Een voor- en nameting van de beleving van de kwaliteit van leven m.b.v. de Manchester Short Assessment of quality of life wordt toegevoegd aan de BSI als voor- en nameting met als doel het effect op kwaliteit van leven te onderzoeken.

6. Discussie, conclusie en aanbevelingen

De hoofdvraag van deze masterthesis was: Wat is de beste interventie voor de volwassen psychiatrische patiënt die balans zoekt in het dilemma autonomie versus verbondenheid? Uit het onderzoek blijkt dat de beste interventie een aanpassing van de autonomie

bevorderende groepspsychotherapie is zoals beschreven in het vorige hoofdstuk. De toegevoegde elementen zorgen ervoor dat niet alleen autonomie bevorderd wordt maar ook verbondenheid en balans in het dilemma autonomie versus verbondenheid. De kracht van het onderzoek is dat er voor dit belangrijke maar ook lastig te kaderen onderwerp nu een concrete interventie is ontwikkeld.

De omvang van het onderzoek was beperkt door gebrek aan tijd en mankracht. Daardoor waren er geen uitgebreide resources beschikbaar, waardoor er prioriteiten gesteld werden met als gevolg dat de power van het onderzoek verminderde. Met meer tijd hadden de behandelaren van de vestigingen geïnterviewd kunnen worden in plaats van ze te mailen en was de respons en rijkheid van de antwoorden mogelijk groter geweest. Daarnaast hadden de in de literatuur genoemde experts bezocht of aangeschreven kunnen worden op zoek naar interventies. Door het gebrek aan mankracht konden er niet meer autonomie bevorderende groepspsychotherapieën geobserveerd worden waardoor de steekproef erg klein bleef. Daarnaast zou dit zicht kunnen geven op verschillen in uitvoering per vestiging als inspiratie voor aanpassingen. De gebruikte literatuur voor deelvraag 1 bevatte voornamelijk expert meningen. In de artikelen werd wel onderzoek aangehaald met een high level of evidence maar de aangehaalde onderzoeken op zichzelf beantwoorden niet de vraag en konden daardoor niet geïncorporeerd worden. Het literatuur onderzoek vertegenwoordigt daardoor een overall low level of evidence. Toch is het waardevol omdat de auteurs gerenommeerde experts zijn in hun werkveld. Het gebrek aan een higher level of evidence komt waarschijnlijk door het fundamentele en lastig te kaderen karakter van het onderwerp.

De interventie vertaalt de problemen van mensen naar een universeel thema waarin veel mensen zich zullen herkennen in plaats van een psychiatrische classificatie. Naast verbeterde patiëntenzorg draagt dit ook bij aan de-stigmatisering omdat balans in autonomie en verbondenheid herkenbaar is voor iedereen en niet alleen voor patiënten. De zelfhulpgroep draagt bij aan het vergroten van zelfredzaamheid en zorgkostenreductie. MMH neemt daarmee ook haar maatschappelijke verantwoordelijkheid door dit onderdeel gratis aan te bieden. Eerder onderzoek naar dit onderwerp was vooral fundamenteel van aard. Dit praktijkgerichte onderzoek maakt het toepasbaar. Dit draagt naast het patiënten- en zorgbelang ook bij aan de verduidelijking van de meerwaarde van de verpleegkundig specialist GGZ bij innovatieontwikkeling. Mogelijk inspireert deze masterthesis anderen om fundamentele onderwerpen praktijkgericht te onderzoeken.

Voor de implementatie van de innovatie werd gebruik gemaakt van het model voor planning en uitvoering van implementatie van Grol en Wensing (2006). In september 2016 zal een

gemengde pilot groep starten onder de naam: Balanceren tussen autonomie en verbondenheid. Balans tussen autonomie en verbondenheid bevorderende groepstherapie. Deze pilot zal in januari 2017 geëvalueerd worden aan de hand van de BSI, ORS/SRS en de Manchester Short Assessment of quality of life. Dit zal leiden tot een set aanpassingen die besproken zullen worden in focusgroepen met experts, cliëntenraad, behandelaren en deelnemers. Deze meer definitieve interventie zal uitgetest worden van februari tot mei 2017. In september 2017 zal een andere vestiging van MMH gevraagd worden de nieuwe interventie uit te proberen. Dit zal weer leiden tot evaluatie en aanpassingen in december 2017 waarna de interventie van januari tot mei 2018 in meer vestigingen zal worden geïmplementeerd. Van mei tot september 2018 zal een vergelijkend interventie onderzoek plaatsvinden tussen de autonomie bevorderende groepspsychotherapie en de balanceren tussen autonomie en verbondenheid groepstherapie.

Balans in autonomie en verbondenheid is niet alleen relevant voor volwassenen in de GGZ. Met name in de adolescentie en bij ouderen wordt het extra op de proef gesteld. In de adolescentie gaat het immers om het loskomen van je gezin van herkomst (autonomie) en het verbinden met leeftijdsgenoten (verbondenheid). Ouderen zitten vaak in afhankelijke situaties vooral als de zorgbehoefte groot is. Autonomie en verbondenheid ten opzichte van familie en verzorging vormen dan een uitdaging. Dit maakt de relevantie van het onderwerp in andere contexten zoals de kind en jeugd GGZ en ouderenzorg groot. Mogelijk biedt de interventie een uitgangspunt voor interventieontwikkeling in die contexten. Hiervoor is dan wel aanpassing nodig op het gebied van levensfase. Het is belangrijk ook fundamenteel kwalitatief onderzoek te doen naar de beleving van mensen rondom het thema autonomie en verbondenheid.

7. Literatuurlijst

Allen, J. (2011, 1 april). Reflecties over de cliëntgerichte therapie vanuit het perspectief van gehechtheid en mentaliseren. Geraadpleegd van www.tcgp.nl/pdf/49.4.ja.pdf

American Psychiatric Association. (2000). DSM-IV-TR (4e ed.). Arlington, USA: American Psychiatric Association.

Bartelink, C. (2013, 1 februari). Wat werkt: Motiverende gespreksvoering? Geraadpleegd van www.nji.nl/nji/.../Watwerkt_Motiverendegespreksvoering.pdf

Beurs, E. de, & Zitman, F. G. (2006, 1 januari). De Brief Symptom Inventory (BSI): De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 61(1), 120-141.

Bouwkamp, R., & De Vries, S. (1999). Handboek psychosociale therapie (4e ed.). Maarssen, Nederland: Elsevier Gezondheidszorg.

Bosselaar, N. (2011). De rol van empathie in de bevordering van de vaardigheden die autonomie mogelijk maken.. Geraadpleegd van <http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=115956>

CBO. (2007, 01 november). Handleiding voor werkgroep leden. Geraadpleegd van <https://www.zorginzicht.nl/kennisbank/Documents/ebro%20handleiding%20hoofdstuk%205%20paragraaf%203.pdf>.

Dassen, T. H. W. N., Keuning, F. M., Jansen, G. J., & Jansen, W. S. (2014). Lezen en beoordelen van onderzoekpublicaties (5e ed.). Amersfoort, Nederland: Thieme Meulenhoff.

De Wolf, T. (2014, 06 juni). Verbondenheid en autonomie.. Geraadpleegd van <http://thijsdewolf.nl/verbondenheid-en-autonomie/>

EMGO instituut. (2009). Verkenning effectmaat voor de care sector. Geraadpleegd van www.emgo.nl/files/60

Freud, S. (2013). Inleiding tot de psychoanalyse .. Amsterdam, Nederland: Wereldbibliotheek.

GGZ Nederland. (z.j.). Ambulantisering. Geraadpleegd van <http://www.ggz nederland.nl/themas/ambulantisering>

Hafkenscheid, A. (2010, 1 januari). De Outcome rating scale (ORS) en de Session rating scale (SRS): enkele psychometrische kenmerken van de Nederlandse versies.. Tijdschrift voor Psychotherapie, 36(1), 394-403.

Huygevoort, J. van. (z.j.). groepspsychotherapie als proeftuin. Geraadpleegd van <http://www.joskevanhuygevoort.nl/Resources/2000Groepspsychotherapialsproeftuin.pdf>

Johnson, S. (2012). Houd me vast. Utrecht, Nederland: Kosmos.

Lambregts, J. (2012, 8 maart). Beroepsprofiel verpleegkundig specialist. Geraadpleegd van www.venvn.nl

LPGGZ. (2014). Leven is wonen Rapportage van 60 interviews met mensen met een beperking, chronische ziekte of psychische aandoening over hun woonsituatie. Geraadpleegd van <http://www.platformggz.nl/lpggz/organisatie/publicaties>

Luciano, M. (2009, november). Autonomy and Relatedness Reconsidered: Learning from the Inuit. *Culture & Psychology*, 15(4), 451-462.

Machielse, A., & Hortulanus, R. (2010, 01 april). Goed Ouder Worden: een goede balans tussen autonomie en verbondenheid. *Tijdschrift voor Humanistiek*, 41(2010), 23-35.

Nicolai, N. J. (2003, 01 januari). Feministische psychotherapie en de invloed van het feminisme op de psychotherapie. Geraadpleegd van <http://docplayer.nl/7082877-Feministische-psychotherapie-en-de-invloed-van-het-feminisme-op-de-psychotherapie.html>

NWO en ZonMw. (2012). Kwaliteit van leven en gezondheid. Geraadpleegd van <http://www.nwo.nl/onderzoek-en-resultaten/programmas/kwaliteit+van+leven+en+gezondheid>

Os, J. van. (2014). De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe ggz. Leusden, Nederland: Diagnosis uitgevers.

Ouwens, M., Van der Burg, S., Faber, M., & Van der Weijden, T. (2012, 1 december). Shared Decision Making & Zelfmanagement. Geraadpleegd van http://www.raadriv.nl/uploads/docs/Achtergrondstudie_Shared_DecisionMaking_en_Zelfmanagement.pdf.

Penne, I. (2016, 1 maart). Slingeren tussen verbinding en autonomie. *Systeemtherapie*, 28(1), 24-35.

Rober, P. (2012). Samen in therapie. Leuven, België: Acco.

Ryan, R., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008, 1 maart). Facilitating health behavior change and its maintenance; Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*, 2008(10), 2-5.

Ryan, R. M. (1991). The Nature of the Self in Autonomy and Relatedness. In J. Strauss, & G. Goethals (Red.), *The Self: Interdisciplinary Approaches* (pp. 208-238). New York, USA: Springer-Verlag.

Sato, T. (2001). Autonomy en Relatedness in Psychopathology en Treatment; A Cross-Cultural Formulation. *Genetic, Social and General Psychology monographs*, 127(1), 89-127.

Savenije, A., Lawick, M. J. van, & Reijmers (red.), E. T. M. (2014). *Handboek systeemtherapie* (2e ed.). Utrecht, Nederland: De Tijdstroom.

Schnarch, D. (2009). *Passionate Marriage* (4e ed.). New York City, USA: Ww Norton & Co.

- Smits, M. A. (2016). Los Vast. Geraadpleegd van www.systemiek.nl/publicaties
- Soemers, K. (z.j.). Autonomie versterkende groepstherapie. Draaiboek voor therapeuten.. Huis ter Huijde, Nederland: Molemann.
- Target, M. (2015, 1 mei). Gehechtheid en mentaliseren. Tijdschrift voor Psychotherapie, 2015(3). Geraadpleegd van <https://mijn.bsl.nl/gehechtheid-en-mentaliseren/625404>
- Veerbeek, M., Knispel, A., & Nuijen, J. (2011). GGZ in tabellen. Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/.../2014/.../ggz-in-tabellen.pdf>
- Verberk, F., & De Kuiper, M. (2006). Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model (4e ed.). Assen, Nederland: Van Gorcum.
- Westerhof, G., & Francissen, A. (2013, december). De menselijke maat: E en wetenschappelijke onderbouwing. Geraadpleegd van <http://www.arcon.nl/wat-we-doen/publicaties-arcon/publicaties/menselijke-maat-wetenschappelijke-onderbouwing.html>
- White, M. (2009). Narratieve therapie in de praktijk. Amsterdam, Nederland: Hogrefe.

Websites

www.zorgkaartnederland.nl

Bijlage 1

Literatuurtabellen

Legenda:

- A = auteur
- J = jaartal
- T = titel
- V = vraag
- D = design
- P = populatie
- M = meetinstrumenten
- R = resultaat
- LE = level of evidence
 - A1 systematisch review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau.
 - A2 gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van voldoende kwaliteit.
 - B vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2.
 - C niet-vergelijkend onderzoek.
 - D mening van deskundigen.

A	J	T	V	D, LE	P	M	R
Sato T	20 01	Autonomy en Relatedness in Psychopathology en Treatment	Wat is de rol van context in psychotherapie bij autonomie en verbondenheid	Litera- tuur review A1	Individualis- tische en collectivisti- sche culturen	-	Rol van context en cultuur is groot

A	J	T	V	D, LE	P	M	R
Huy- gevoort J.van.	z.j	Groepspsyc hoth therapie als proeftuin	Wat is zorg voor het goede leven	Bijdrage symposi um D	-	-	Groepspsychotherapie kan een bijdrage leveren

A	J	T	V	D, LE	P	M	R
Bosse- laar, N	20 11	De rol van empathie in de bevordering van de vaardigheden die autonomie mogelijk maken	Wat is goede zorg in situaties waarin het principe van respect voor autonomie geldt en zou empathie hier aan kunnen bijdragen	Litera- tuur- onder- zoek B	-	-	Autonomie blijven respecteren vanuit een empathische attitude

A	J	T	V	D, LE	P	M	R
De Wolf, T	2014	Verbondenheid en autonomie.	Wat is autonomie en verbondenheid	Lezing gebaseerd op Literatuur studie D	-	-	Belangrijke begrippen zijn hechten, separeren, internaliseren en identificeren

A	J	T	V	D, LE	P	M	R
Freud	1918	Inleiding in de psychoanalyse	-	Boek van expert D	-	-	drift theorie; De fusie of libido en het ontbinden of fragmenteren dan wel doodsdrijf.

A	J	T	V	D, LE	P	M	R
Machielse, A Hortulanu, R	2010	Goed Ouders Worden: een goede balans tussen autonomie en verbondenheid	sociale netwerken van ouderen en de betekenis daarvan voor hun persoonlijke functioneren.	Artikel gebaseerd op een survey B	o	-	Het welbevinden is het grootst wanneer mensen erin slagen een goede balans te vinden tussen individuele autonomie en onafhankelijkheid enerzijds en verbondenheid met anderen in een ondersteunend netwerk anderzijds.

A	J	T	V	D, LE	P	M	R
Ryan, R. M.	1991	The Nature of the Self in Autonomy and Relatedness	Wat is de rol het zelf in autonomie en verbondenheid	Hoofdstuk in boek gebaseerd op literatuur studie B	-	-	Autonomie wordt niet bereikt door een beweging van mensen af maar door een beweging met anderen. Verbondenheid kan ontstaan als in liefde en ondersteuning autonomie gerespecteerd en ondersteund wordt en acceptatie door anderen kan worden gevoeld.

A	J	T	V	D, LE	P	M	R
Luciano, M	2009	Autonomy and Relatedness Reconsidered: Learning from the Inuit	Hoe helpt cultuur autonomie en verbondenheid elkaar aanvullen	Beschouwing op eerder onderzoek B	-	-	Cultuur is een belangrijke factor in de synergie van autonomie en verbondenheid. Autonomie en verbondenheid zijn geen dichotomie.

A	J	T	V	D, LE	P	M	R
---	---	---	---	-------	---	---	---

Nicolai, N.J.	2003	Feministische psychotherapie en de invloed van het feminisme op de psychotherapie	Wat is de invloed van het feminisme op psychotherapie?	Artikel van expert D	-	-	Gender is van grote invloed op autonomie en verbondenheid
---------------	------	---	--	----------------------	---	---	---

A	J	T	V	D, LE	P	M	R
Ryan, R.	2008	Facilitating health behaviour change and its maintenance; Interventions based on Self-Determination Theory.	Hoe kan de Self-Determination Theory helpen bij gedragsverandering en het verduurzamen ervan.	Artikel van expert D	-	-	De Self-Determination Theory biedt handvatten.

A	J	T	V	D, LE	P	M	R
Bartelink, C.	2013	Wat werkt: Motiverende gespreksvoering?	Wat is de meerwaarde van Motiverende gespreksvoering.	Artikel van expert D	-	-	Motiverende gespreksvoering biedt handvatten.

A	J	T	V	D, LE	P	M	R
Bouwkamp, R., & De Vries, S.	1999	Handboek psychosociale therapie	-	Artikel van expert in leerboek. D	-	-	Psychosociale therapie biedt handvatten.

A	J	T	V	D, LE	P	M	R
Johnson, S.	2012	Houd me vast	-	Boek van expert D	Echtparen	-	EFT methode (verbondenheid) werkt bij echtparen met hechtingsproblemen.

A	J	T	V	D, LE	P	M	R
Schnarch, D	2009	Passionate Marriage	-	Boek van expert D	echtparen	-	Differentiatie (autonomie) en seks belangrijkste domeinen in relatietherapie

A	J	T	V	D, LE	P	M	R
Penne, I	2016	Slingeren tussen verbinding en autonomie	-	Artikel van expert D	echtparen	-	Differentiatie theorie en EFT combineren voor balans in autonomie en verbondenheid.

A	J	T	V	D, LE	P	M	R
Allen, J	2011	Reflecties over de clientgerichte therapie vanuit het persepctief van gehechtheid en mentaliseren.	-	Artikel van expert D	-	-	Client gericht werken effectief bij hechtingsproblemen en gebrek aan metalliserend vermogen.

A	J	T	V	D, LE	P	M	R
Target, M	2015	Gehechtheid en metalliseren	-	Artikel van expert D	-	-	Metalliseren bevorderen belangrijk bij hechtingsproblemen