

Een inleiding tot peer-supported open dialogue binnen de geestelijke gezondheidszorg¹

Russell Razzaque en Tom Stockmann

SAMENVATTING

Peer-supported open dialogue is een variant op de *open dialogue*-methode die wordt toegepast in Finland en die in verschillende landen over de hele wereld wordt getest. Het kernprincipe van de methode is zorgverlening binnen het sociale netwerk, door mensen die zijn getraind in gezinsgerichte en systeembenaderingen. Tot de staf behoren ook ervaringsdeskundigen die bijdragen aan het democratische karakter van de netwerkbijeenkomsten, en die zorgen dat dergelijke bijeenkomsten kunnen plaatsvinden als sociale netwerken slechts deels aanwezig zijn of ontbreken. De methode berust op een aantal organisatorische en inhoudelijke kernprincipes en onderliggende thema's. Een cruciaal gegeven is dat *open dialogue* een systeem voor zorgverlening is. In 2016 zullen er door hulpverleners getraind in *peer-supported open dialogue*, afkomstig van zes verschillende instellingen van de National Health Service (de Engelse nationale gezondheidsdienst, verder NHS genoemd) pilotteams worden gevormd in het kader van een nationaal, gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek binnen meerdere centra.

LEERDOELEN

- In staat zijn om de organisatorische principes van *peer-supported open dialogue* te beschrijven.
- In staat zijn om de inhoudelijke principes van *peer-supported open dialogue* te benoemen.
- Meer inzicht krijgen in de toenemende rol van *peer-supported open dialogue* binnen de geestelijke gezondheidszorg

BELANGENVERKLARING

Geen

OVER DE AUTEURS

Russell Razzaque is adviserend psychiater en medisch directeur van de afdeling van de NHS voor Noord-Oost Londen (NELFT NHS Foundation Trust). Hij is ere-hoofddocent aan het University College London en hij richt zich binnen zijn onderzoek op mindfulness, therapeutische relaties binnen de psychiatrie en *open dialogue*. Hij is opgeleid tot mindfulnessdocent en is ook actief als trainer bij de Academy of Peer-Supported Open Dialogue. **Tom Stockmann** is psychiater op ST5-niveau op het gebied van volwassenenpsychiatrie bij de afdeling van de NHS voor Noord-Oost Londen (NELFT NHS Foundation Trust). Hij is gediplomeerd op het gebied van *peer-supported open dialogue* en hij richt zich binnen zijn onderzoek op de reflectieve praktijk in het medisch onderwijs en op *open dialogue*.

Correspondentie Dr. Russell Razzaque, NELFT NHS Foundation Trust, Goodmayes Hospital, Barley Lane, Ilford, IG3 8XJ, Verenigd Koninkrijk. E-mail: russell.razzaque@nelft.nhs.uk

Open dialogue is een holistisch, persoonsgericht model voor geestelijke gezondheidszorg waarvoor in Finland baanbrekend werk is verricht en dat (in meerdere of mindere mate) wordt toegepast in tal van landen over de hele wereld, waaronder enkele Scandinavische landen, Duitsland, Ierland, Italië

(waar een onderzoek in meerdere steden in de planning staat) en Polen.² In een aantal staten in de VS is men ook bezig met deze methode. *Open dialogue* gaat gepaard met een psychologisch consistente benadering die zich richt op iemands gezin en sociale netwerk, waarbij alle teamleden worden getraind in

¹ Dit artikel is op initiatief van de Werkplaats Herstelondersteuning integraal vertaald vanuit Razzaque, R., & Stockmann, T. An introduction to peer-supported open dialogue in mental healthcare *BJPsych Advances* (2016), vol. 22, 348–356 doi: 10.1192/apt.bp.115.015230

² Noot vertaler: ook toegepast in Nederland, zie kader

gezins- en systeemgerichte methoden. De behandeling vindt vooral plaats via bijeenkomsten die uitgaan van het volledige systeem/netwerk waarbij de patiënt zelf betrokken is. Het is een op herstel gericht model, waarin het accent ligt op het mobiliseren van hulpbronnen van de patiënt zelf en zijn naasten, om zo al vanaf het begin een gevoel van handelingsvermogen op te roepen. Het is in veel opzichten een andere aanpak dan de gebruikelijke zorgverlening in het Verenigd Koninkrijk, waar de zorg voornamelijk georganiseerd is rond het individu en geleverd wordt op individueel niveau. De belangrijkste aspecten van dit verschil worden toegelicht in een artikel van Olson et al. (2014):

“De praktijk van open dialogue [...] heeft twee basiskenmerken: (1), een op de eigen omgeving gericht, geïntegreerd zorgsysteem, waarbij gezinnen en sociale netwerken al vanaf het begin van het zoeken naar hulp worden betrokken; en (2), een *dialogic practice*, ofwel een bepaald soort therapeutisch gesprek tijdens de ‘behandelbijeenkomst’ [...] De behandelbijeenkomst vervult een sleutelrol als therapeutische context van open dialogue, door het samenbrengen van de professionele zorgverleners en het netwerk in een samenwerkingsverband.”

Open dialogue wordt nu door verschillende instellingen van de National Health Service (NHS) onderzocht als potentieel zorgmodel van de toekomst. Dit komt deels door de veelbelovende gegevens van

Finse niet-gerandomiseerde onderzoeken, waaruit resultaten naar voren komen die de bevindingen binnen het Verenigd Koninkrijk ver overstijgen. Zo was meer dan 70% van de mensen met een eerste psychotische episode die een open dialogue-behandeling kreeg, binnen 2 jaar weer bezig met hun studie, werk of was werkzoekend, terwijl ze minder medicatie kregen en minder vaak opgenomen werden dan de groep die de gebruikelijke zorg ontving (tabel 1). Deze resultaten waren ook na 5 jaar stabiel (Seikkula, 2006, 2011a). Let wel dat dit onderzoek weliswaar specifiek gericht was op gevallen van eerste psychoses, maar dat de beoordeelde open dialogue-zorgverlening transdiagnostisch van opzet was. Zes instellingen van de NHS zijn bezig met pilotprojecten op het gebied van peer-supported open dialogue (POD): NELFT NHS Foundation Trust, North Essex Partnership University NHS Foundation Trust, Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust, Kent and Medway NHS and Social Care Partnership Trust, Avon and Wiltshire Mental Health Partnership NHS Trust en de Somerset Partnership NHS Foundation Trust. Deze instellingen zijn van plan deze vorm van zorg te evalueren, wat tot verdere onderbouwing ervan kan leiden. Als het inderdaad betere resultaten en kostenreductie oplevert, kan het ook grootschaliger worden ingezet. Net als in Finland is deze zorg opgezet als transdiagnostische zorg.

POD in Nederland

In samenwerking en afstemming met de opleiding Peer-supported Open Dialogue in het Verenigd Koninkrijk is in 2017 in Nederland de start gemaakt met Peer-supported Open Dialogue (POD). In het samenwerkingsverband *De Werkplaats Herstelondersteuning* zijn vanuit Altrecht, Lister, MET GGz en GGz Eindhoven teams van zes tot acht mensen geschoold. Elk team bestond uit in ieder geval een psychiater en een ervaringsdeskundige met daarnaast psychologen, woonbegeleiders, verpleegkundigen, familietherapeuten en managers. Tevens is vanuit GGz-instelling Lentis en Kenniscentrum Phrenos aan de training deelgenomen. In totaal hebben 29 mensen het trainingsprogramma van NELFT NHS Foundation Trust en de Noorse Universiteit voor Wetenschap en Technologie gevolgd. Parallel aan de training zijn de eerste ervaringen in de praktijk opgedaan.

Kenniscentrum Phrenos heeft de uitwisseling en bundeling van ervaringen gecoördineerd.

Joyce Bierbooms – onderzoeker bij GGz Eindhoven - heeft deze gemonitord en hier verslag van gedaan (zie www.herstelondersteuning.nl/open-dialogue/pod-onderzoek).

Op grond van de positieve ervaringen van zowel medewerkers als cliënten en naasten breiden alle deelnemende instellingen de inzet in 2018 uit. Er wordt een nieuwe lichte 26 POD-werkers opgeleid.

Daarnaast worden tien mensen opgeleid tot POD-mentor. Kenniscentrum Phrenos en de vijf instellingen zetten zich in om de komende jaren de implementatie van POD te verstevigen en POD breder beschikbaar te maken in Nederland.

Voor meer informatie over POD in Nederland zie www.podnederland.nl

Dit artikel is een inleiding tot POD. Het begint met een kort pleidooi voor verandering, gevolgd door een overzicht van de ontwikkeling van POD en de belangrijkste organisatorische en inhoudelijke aspecten. Het besteedt aandacht aan het *mindful* karakter van het model, aan het belang om handlingsvermogen op meerdere niveaus te stimuleren, aan afwegingen van beheersing en risico's en aan de centrale rol van ervaringsdeskundigen. Tot slot is er aandacht voor de uitdagingen die de implementatie van POD binnen de NHS met zich meebrengt.

Tabel 1 Tweejaarsresultaten voor eerste psychotische episode na een behandeling met open dialogue in Finland

	Open dialogue, n = 23	Gebruikelijke zorg, n = 14
Lichte symptomen / geen symptomen	19 (82%)	7 (50%)
Terugval	6 (26%)	10 (71%)
Studerend, werkend of werkzoekend	19 (83%)	4 (30%)
Gebruik van antipsychotica	8 (35%)	14 (100%)
Gemiddeld aantal ziekenhuisopnames, dagen	14,3	116,9

Bron: Seikkula et al. (2003).

Een pleidooi voor een sociaal zorgmodel

In recente psychiatrische literatuur wordt opgeroepen tot een nieuwe benadering van de geestelijke gezondheidszorg in het Verenigd Koninkrijk, gezien de aantoonbaar matig tot slechte resultaten die vaak met de huidige behandelmethoden worden behaald (Bracken 2012) en een gebrek aan significante resultaten op het gebied van wetenschappelijk onderzoek gedurende de afgelopen drie decennia (Priebe 2013). Een belangrijk punt van kritiek op de gebruikelijke aanpak is dat die voornamelijk wordt gestuurd door een technisch paradigma (Bracken 2012), waarbij het sociale aspect van de geestelijke gezondheidszorg wordt veronachtzaamd, terwijl het belang daarvan inmiddels zo duidelijk is aangetoond. In een redactioneel commentaar in *British Journal of Psychiatry* uit 2013 werd gespeculeerd dat de toekomst van de wetenschappelijke psychiatrie op sociaal gebied ligt (Priebe 2013).

Een belangrijk bewijs hiervan wordt geleverd in het internationale pilotonderzoek schizofrenie van de Wereldgezondheidsorganisatie (International Pilot Study of Schizophrenia, World Health Organization - WHO 1979), waaruit onverwacht een aanzienlijk beter algeheel resultaat naar voren kwam voor

mensen met schizofrenie in India en Nigeria, vergeleken met mensen met schizofrenie in landen met een hoger gemiddeld inkomen (de meer 'ontwikkelde' landen). Dit werd later bevestigd in het strikter opgezet onderzoek de Study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorder, DOSMeD, waarin werd vastgesteld dat een "hoge mate van volledige klinische remissie van schizofrenie significant meer voorkwam in ontwikkelingslanden dan in ontwikkelde landen" en dat "patiënten in ontwikkelingslanden aanzienlijk langer zonder beperkingen konden fungeren binnen de samenleving". En dat terwijl er in de 'ontwikkelingslanden' aanzienlijk minder vaak langdurig antipsychotica werden toegepast (Jablensky 2008).

Jablensky en Sartorius (2008) stellen dat: "de ontvullende ervaring van de hoge mate aan chronische beperking en afhankelijkheid als gevolg van schizofrenie in landen met een hoog gemiddeld inkomen, ondanks de toegang tot dure biomedische behandelingen, erop wijst dat er iets in de sociale structuur ontbreekt dat cruciaal is voor herstel". Er zijn bewijzen gevonden voor het belang van sociale verbanden voor de oorzaak en het herstel van psychische aandoeningen. Zo toonden Giacco et al. (2012) bijvoorbeeld aan dat "er bij psychische aandoeningen een verband bestaat tussen het hebben van vrienden, gunstiger klinische resultaten en een hogere levenskwaliteit". Uit een systematische Cochrane-review van randomised controlled trials (RCT) blijkt dat behandelingen met inzet van iemands sociale omgeving, zoals gezinstherapie, de kans op een ziekenhuisopname met ongeveer 20% kunnen verminderen en de kans van een terugval met ongeveer 45% (Pharoah 2010). In het Verenigd Koninkrijk zijn ondanks deze bewijzen modellen voor geestelijke gezondheidszorg gebaseerd op sociale relaties steeds meer op de achtergrond geraakt, ten gunste van een focus op het individu (Priebe 2013).

De ontwikkeling van POD

De oorsprong van de open dialogue-benadering is te vinden in Finland in de jaren 60 van de vorige eeuw (Seikkula 2015), toen Yrjö Alanen en anderen een lang traject van onderzoek en ontwikkeling in gang zetten om de plaatselijke geestelijke gezondheidszorg te verbeteren. Uitgaande van een nog grotendeels op psychiatrische afdelingen gebaseerd systeem, werkten zij geleidelijk toe naar integratie van gezinsgerichte perspectieven. Dit resulteerde in de jaren 80 in een schizofrenieproject op nationaal niveau (het Finnish National Schizophrenia Project,

besproken in Alanen 1997), waarin de volgende cruciale succesfactoren werden vastgesteld (Alanen 1991):

- snelle vroege interventie;
- een ‘therapeutische aanpak’ bij onderzoek en behandeling (waarbij de focus ligt op het gehele therapeutische proces in plaats van alleen op de specifieke genomen beslissingen);
- continue, reactieve en adaptieve planning van behandeling op maat, zowel voor de patiënt als zijn gezinsleden;
- integratie van verschillende therapeutische methodes, met continue voortgangsbewaking.

Deze factoren werden samengevoegd in een zorgmethode die het ‘need-adapted treatment model’ (NATM) werd genoemd (Alanen 1997). Gedurende de jaren 80 stond het model onder invloed van de gezinstherapie, waardoor er tevens narratieve, systemische en constructivistische aspecten deel van gingen uitmaken. Vanaf 1984 vond er een omslag plaats en werden er behandelbijeekkomsten op basis van NATM gehouden in ziekenhuizen. Dit model kwam in de plaats van de bestaande systemische gezinstherapie. NATM-therapeuten kregen te maken met problemen bij de toepassing van systemische technieken als ze contact legden met gezinnen of hen betrokken bij de behandeling. Deze problemen stimuleerden de verdere ontwikkeling van NATM en leidden uiteindelijk tot open dialogue. De therapeuten schakelden geleidelijk over van de traditionele positie van een professionele hulpverlener die een verandering in gang zet binnen een gezin naar iemand die ‘deel uitmaakt’ van het gezin. Een andere cruciale verandering vond plaats onder invloed van Tom Andersen in Noorwegen (Andersen 1990), die reflectieteams niet meer achter een eenrichtingsspiegel plaatste, zoals bij de traditionele gezinstherapie, maar meebracht in de kamer waar het gezin zat, waardoor hun reflecties transparanter werden en de kloof tussen zorgverlener en patiënt kleiner werd.

De praktische toepassing van NATM verplaatste zich uiteindelijk van de afdelingen geleidelijk aan naar de maatschappij. Vanaf 1990 werden er op lokaal niveau vanuit ggz-teams mobiele crisisinterventieteams gevormd. Die verandering was, in de context van de andere ontwikkelingen die hier beschreven staan, cruciaal in de ontwikkeling vanuit NATM tot de open dialogue-benadering. Deze benadering was zowel een therapeutisch model als een methode voor het organiseren van de zorg. Seikkula (1994) omschrijft de opkomst van de zeven kernprincipes van open dialogue-behandelingen (kader 1) vanuit de “strikte beoordeling van zowel de dialogische processen bij bijeenkomsten met de patiënten en

hun gezinnen als van de resultaten bij crises” (Keränen 1992; Seikkula 1994; Aaltonen 1997; Haarakangas 1997).

Het is interessant om te zien dat er sprake is van parallellen tussen de NATM/open dialogue-benadering en de vroege ontwikkeling van de huidige crisisinterventie-/thuisbehandelingsteams. In de beginperiode van de op de eigen omgeving gerichte geestelijke gezondheidszorg maakten Hoult et al. (1984) een vergelijking met behandelingen in psychiatrische ziekenhuizen. Zij kwamen tot de volgende belangrijke ‘ingrediënten’ voor een succesvolle op de eigen omgeving gerichte behandeling:

- intensieve hulp in de beginfase;
- bereidheid om zowel de patiënt als familieleden of verzorgers zo snel mogelijk actief te betrekken bij de zorg;
- consistente zorg door één team;
- continue, doorlopende zorgverlening in plaats van zorgverlening van beperkte duur;
- een mobiele, snel inzetbare vorm van zorgverlening;
- hulpverlening bij de patiënt thuis.

Hoult stelde bovendien vast: “Alle medewerkers bij dit project hadden al snel een voorkeur voor deze manier van werken. Het was een bevredigendere en zinnigere aanpak dan hun eerdere werkwijzen” (Hoult 1986).

POD is in ontwikkeling binnen de context van de crisiszorg in het Verenigd Koninkrijk. Dat is in zekere zin een terugkeer naar de oorspronkelijke ethiek waaruit deze zorgverlening voortkwam. Het streven is de kernprincipes van de open dialogue-benadering (zie box 1) samen met de bijkomende voordelen van ondersteuning door ervaringsdeskundigen door te voeren in de acute eerstelijnszorg door de NHS. Dit gebeurt door personeel te trainen in deze therapeutische technieken en door de flexibiliteit binnen het systeem te vergroten ten behoeve van de samenwerking tussen crisis- en herstelteams.

Organisatorische kernprincipes

De open dialogue-methode heeft zeven kernprincipes. Daarvan zijn er vijf van organisatorische aard en twee inhoudelijk (Seikkula 2003) (Box 1). De principes die verband houden met de organisatie van het behandelstelsel zijn:

- een sociaalnetwerkperspectief
- het verlenen van onmiddellijke hulp
- verantwoordelijkheid
- psychologische continuïteit
- flexibiliteit en mobiliteit

Sociaalnetwerkperspectief

Het sociaalnetwerkperspectief is essentieel voor het open dialogue-model. Familieleden en andere belangrijke personen binnen het sociale netwerk van de patiënt worden altijd uitgenodigd voor netwerkbijeenkomsten. Overige belangrijke deelnemers kunnen collega's zijn, contactpersonen bij bijvoorbeeld de sociale dienst of het re-integratiebureau en andere betrokkenen. Bij de netwerkbijeenkomst zijn ten minste enkele teamleden aanwezig en alle belangrijke discussies over de zorgverlening vinden plaats binnen de netwerkbijeenkomst. De bijeenkomst verloopt op een persoonsgerichte manier; meer gericht op samenwerking en minder hiërarchisch dan de gebruikelijke interactie tussen therapeut en patiënt. Hierover staat meer informatie onder het kopje *Kernprincipes voor de inhoud*.

BOX 1 Kernprincipes van open dialogue

De organisatorische principes van open dialogue

1. Sociaalnetwerkperspectief
2. Verlenen van onmiddellijke hulp
3. Verantwoordelijkheid
4. Psychologische continuïteit
5. Flexibiliteit en mobiliteit

De inhoudelijke principes van open dialogue

6. Dialogisme en polyfonie
7. Tolereren van onzekerheid

(Seikkula 2003)

Gesprekken tussen therapeuten onderling zullen ook plaatsvinden in aanwezigheid van het hele netwerk, waarbij iedereen die aanwezig is daar commentaar op kan geven, zodat van begin af aan openheid en reflectie ontstaan (Andersen 1995).

De locatie en samenstelling van de netwerkbijeenkomsten hangt af van de wensen van de patiënt. Vaak worden deze bijeenkomsten gehouden bij de patiënt thuis. Volgens Fins onderzoek helpen bijeenkomsten thuis bij het voorkomen van onnodige opnames, doordat de steun van de naasten toegankelijker wordt (Keränen 1992).

Het verlenen van onmiddellijke hulp

Een snelle reactie na aanmelding, liefst binnen 24 uur, is een kerngegeven van POD. De patiënt is van begin af aan betrokken, zelfs gedurende de meest intense fases van de symptomen – inclusief psychoses – om zo van begin af aan een gevoel van veiligheid te creëren en een stevige basis te leggen voor

zorg in de eigen omgeving op basis van netwerkbijeenkomsten.

Verantwoordelijkheid en psychologische continuïteit

De teamleden die betrokken zijn bij de eerste bijeenkomsten blijven dat gedurende het hele zorgtraject. Hetzelfde team is verantwoordelijk voor de behandeling, zolang die behandeling duurt, zowel in de extramurale als in de intramurale setting.

Tijdens de behandeling fungeert de netwerkbijeenkomst als 'onafhankelijk' besluitvormingsorgaan. Minimaal twee therapeuten nemen deel aan de netwerkbijeenkomsten. Daarnaast kunnen er tussen de netwerkbijeenkomsten door andere vormen van behandeling plaatsvinden – zoals ergo- en psychotherapie – waardoor verschillende behandelmethodes kunnen worden geïntegreerd.

Flexibiliteit en mobiliteit

Flexibiliteit in behandeling is van cruciaal belang. Alle vooronderstellingen over wat er wel en niet geschikt of nodig is worden losgelaten. Zo komen er gedurende de bijeenkomsten passende reacties en interventies naar voren aansluitend op de behoeften. Zo kan het bijvoorbeeld bij psychotische crises nodig zijn om gedurende een aantal weken een dagelijkse bijeenkomst te houden, om zo een gevoel van veiligheid te creëren. De andere vormen van behandeling worden gekozen op grond van wat het beste past bij de behoeften van de patiënt.

Over mogelijke aanvullende interventies, zoals medicatie, moet bij voorkeur gedurende meerdere netwerkbijeenkomsten worden gesproken voor hierover beslissingen worden genomen. Dit is nodig voor een consequent democratisch en reflectief proces dat van begin af aan ruimte schept voor een sterk gevoel van handelingsvermogen onder de niet-therapeuten over de besluit- en betekenisvorming (zie 'Stimuleren van handelingsvermogen' hieronder).

Om te zorgen dat de groep daadwerkelijk werkt op een democratische en effectieve manier, moeten de bijeenkomsten zelf voldoen aan een aantal basisprincipes.

De inhoudelijke kernprincipes

De inhoudelijke principes van open dialogue vormen de ruggengraat van de netwerkbijeenkomsten. Tot deze principes worden zowel dialogisme en polyfonie als tolerantie van onzekerheid gerekend (Seikkula 2003).

Dialogisme en polyfonie

De term dialogisme is gemunt door de Russische filosoof Mikhail Bakhtin, in zijn werk over literaire

theorie: 'The Dialogic Imagination' (Holquist 1981). De term verwijst naar het feit dat alle taal en denken een evolutieproces is, waarin iedere dialoog en iedere gedachte ontstaan is uit alle dialogen en gedachten die daaraan voorafgingen. Voor een dialogische dynamiek moeten aannames worden losgelaten. Pas dan kan er sprake zijn van een vrijelijke gedachtewisseling waarbij laag voor laag, door iedere bijdrage, een nieuw terrein wordt ontsloten. Daarnaast, in tegenstelling tot de dialectische dynamiek, is het niet de bedoeling om door samensmelting van visies een gedeeld perspectief te bereiken. Ieder persoon kan bij zijn of haar eigen perspectief blijven en ieder perspectief kan in bepaalde omstandigheden van groter belang blijken – al naar gelang de behoeften die er op dat moment zijn. Het resultaat is dat de groep uiteindelijk pragmatisch functioneert. De deelnemers krijgen de kans om tot innovatieve besluitvorming en oplossingen te komen en alle deelnemers hebben evenveel recht om een bijdrage te leveren en invloed uit te oefenen, zodat ze een sterker gevoel van handelingsvermogen in hun eigen leven krijgen (Haarakangas 1997).

Zo'n dynamiek kan al van meet af aan een therapeutisch effect hebben, doordat iedere deelnemer aan het netwerk zich enerzijds onafhankelijk voelt en anderzijds afhankelijk van de anderen. Zoals Olson et al. (2014) hieraan toevoegen:

"[...] het uitgangspunt van een dialogische bijeenkomst is dat het perspectief van iedere deelnemer belangrijk is en onvoorwaardelijk wordt geaccepteerd. Dit houdt in dat de therapeuten niet de indruk moeten wekken dat onze cliënten anders moeten denken of zich anders moeten voelen dan ze doen. Ook wekken wij niet de suggestie dat wij beter weten wat een spreker bedoelt met zijn of haar uitspraken dan de spreker zelf."

Bij open dialogue kan ieder persoon op de eigen manier deelnemen aan de conversatie. De nadruk ligt vooral op het bevorderen van een dialoog (meer dan op het teweegbrengen van een verandering binnen het gezin) en het doel van die dialoog is niet overeenstemming, maar dat iedereen de kans krijgt om te worden gehoord.

Deze aanvaarding dat er meerdere stemmen worden gehoord wordt polyfonie (meerstemmigheid) genoemd:

"Het team bevordert een conversatiecultuur waarin iedere stem wordt gerespecteerd en die ernaar streeft dat alle stemmen worden gehoord [...] Oplettend luisteren en ruimte maken voor iedere uiting, ook als het om psychotische uitingen gaat" (Seikkula 2005).

Iedere persoon die deelneemt aan de dialoog construeert het probleem met gebruik van zijn eigen

stem. Voor de therapeut heeft het luisteren naar en antwoorden op deze stemmen prioriteit boven toepassing van interviewtechnieken (Anderson 1997). Door middel van de dialoog die daardoor ontstaat kunnen problemen worden gereconstrueerd en nieuwe inzichten worden verkregen (Andersen 1995).

Tolereren van onzekerheid

Onzekerheid speelt zowel voor de patiënt als voor de therapeut een belangrijke rol in de beleving van waanzin en psychische nood. De open dialogue-benadering erkent dit gegeven vanaf het begin. Volgens het model is de reflex om die onzekerheid weg te nemen vaak de reden dat er juist onzekerheid ontstaat. Daarom worden voortijdige conclusies of besluiten over een behandeling vermeden (Anderson 1992). Het belangrijkste is dat de aanwezigen zich verbinden met wat men denkt nodig te hebben en dat betekent dus dat snel handelen om een verandering teweeg te willen brengen uit den boze is. Als deze tolerantie wordt ingebouwd, ontstaan er meer mogelijkheden voor het individu en zijn gezins- of familieleden. Zij kunnen zelf veranderingen teweegbrengen als zij hun ervaringen over moeilijke gebeurtenissen in de desbetreffende periode sterker kunnen uiten. Daarom hebben vragen een zo open mogelijk karakter en zijn ze zo veel mogelijk gericht op verbondenheid, om zo de mogelijkheid te creëren dat er uit de collectieve dialoog vanzelf een antwoord naar voren komt of, als alternatief, de noodzaak tot handelen geheel vanzelf verdwijnt.

Door de nadruk te leggen op verbondenheid – in tegenstelling tot sturing – wordt ook een veilige sfeer bevorderd in de bijeenkomst, waarin iedereen wordt gehoord en gerespecteerd.

Zoals Olson et al. vaststellen, kan deze nieuwe manier van werken voor therapeuten een aanzienlijke uitdaging vormen: "Deze therapeutische positie vormt voor veel professionele zorgverleners een fundamentele omschakeling, aangezien we van nature gewend zijn te denken dat we het probleem moeten interpreteren en dat we met een interventie voor de dag moeten komen die de symptomen tegengaat" (Olson 2014).

Een benadering met 'mindfulness'

In het moment zijn

Therapeuten benaderen hun werk vaak aan de hand van een reeks sjablonen en interne algoritmen die hen helpen bij het nemen van beslissingen over de manier waarop zij moeten reageren.

Een gevolg daarvan is helaas dat patiënten en hun naasten soms het gevoel kunnen krijgen dat zij niet worden gehoord. De interactie verschuift dan naar

het vragen of geven van informatie (een handelende aanpak), terwijl er juist iemand 'bij' de patiënt zou moeten zijn en bij wat er allemaal in het heden gebeurt. Deze verbondenheid van moment tot moment is een kernaspect van 'mindfulness' en uit onderzoek is gebleken dat de mogelijkheid om op die manier contact te leggen een positief effect heeft op de therapeutische relatie (Lambert 2008; Razzaque 2015).

Lambert en Simon voegen hieraan toe dat mindfulnessstraining een zeer veelbelovende toevoeging is aan het therapeutische curriculum, aangezien het de houding van therapeuten kan veranderen wat betreft acceptatie en een positieve waarneming van henzelf en anderen (Lambert 2008).

Bij open dialogue is het van belang om op de uitingen van de patiënt te reageren zoals ze zich op dat moment voordoen en om te blijven kijken naar wat er in het hier en nu gebeurt. Volgens Olson et al. (2014) "legt de therapeut de nadruk op het huidige moment van samenkomst. Hieraan zitten twee kanten, die onderling verband met elkaar houden: (A) reageren op de directe reacties die ontstaan tijdens de conversatie; en (B) ruimte geven aan de emoties die zich voordoen". De focus ligt daarom volledig op de patiënt en de mensen om hem of haar heen en op dat wat er nu gebeurt. Zoals Seikkula (2011b) het toelicht: "Therapeuten zijn niet langer interventio-nisten die het verhaal van hun cliënten benaderen volgens een vast stramien. In plaats daarvan gaat hun aandacht voornamelijk uit naar de manier waarop zij reageren op de uitingen van de patiënt." Aandacht voor het moment van nu biedt ook een opening om verbindingen op een pre-verbaal niveau te maken. Ook hierin is open dialogue een mindful benadering; alle niveaus van aanwezigheid en verbinding – niet alleen het verbale niveau – worden als essentieel beschouwd en het creëren van bewustzijn en gevoeligheid voor die niveaus is van cruciaal belang. Seikkula (2011b): "een verplaatsing van expliciete kennis naar de impliciete kennis die plaatsvindt in het huidige moment, als een lijfelijke ervaring, voornamelijk zonder woorden – ofwel de bewustwording van wat er in ons gebeurt voor we er uitdrukking aan geven in woorden. Wij leven in het moment, dat slechts [enkele] seconden duurt. Dit verwijst naar de microaspecten van een dialoog in de reacties van de therapeut richting de persoon, nog voor er iets in woorden wordt uitgedrukt of met behulp van taal wordt beschreven; in hoeverre ben je open met de ander?"

Net als bij mindfulness is daarom de belichaamde verbinding met de ander net zo belangrijk als de verbale verbinding: "Therapeuten en cliënten delen hun lijfelijke gewaarwordingen voordat de ervaringen van de cliënt in woorden worden gevat. In de

dialoog ontstaat er een intersubjectief bewustzijn (Seikkula 2011b)."

Aanvaarding van gedachten en emoties

Zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg zien het vaak als hun taak om moeilijke gedachten en emoties weg te nemen. Bij *open dialogue* is een van de belangrijkste vaardigheden echter aanvaarding en daarmee het toestaan en ervaren van gedachten en emoties die in het moment opkomen – mits ze geen acuut gevaar vormen. Zoals Olson et al. (2014) het formuleren: "Als er emoties opkomen zoals verdriet, boosheid of vrolijkheid is het de taak van therapeuten om daar op een veilige manier ruimte voor te maken en om geen directe interpretatie te geven van dergelijke emotionele, lijfelijke reacties" (Olson 2014).

Als dit gebeurt, kunnen therapeuten ook "transparant zijn over het feit dat ze geroerd zijn door de gevoelens van andere netwerkdeelnemers, [en dus] is het de uitdaging van teamleden om de intense emotionele toestanden te tolereren die bij de bijeenkomst kunnen worden opgeroepen" (Seikkula 2005).

Stimuleren van handelingsvermogen

Bevordering van handelingsvermogen bij de patiënt en zijn sociale netwerk ligt ten grondslag aan het model. Dit handelingsvermogen wordt gevormd door iemands omgeving, door de manier waarop beslissingen worden genomen en daarmee door de manier waarop betekenis wordt gegeven.

Een centrale doelstelling van deze werkwijze is iemand door de dialogische interactie met zijn/haar sociale netwerk in staat te stellen om betekenis te geven aan de ervaring.

Deze 'betekenisvorming' van binnen uit (endogeen) is krachtiger en daarmee waardevoller en duurzamer dan wat ook wel exogene betekenisvorming zou kunnen worden genoemd, waarbij uitsluitend externe instanties of zorgverleners de verantwoordelijkheid nemen voor het definiëren van de ervaring. Door polyfonie toe te staan, onzekerheid te tolereren en door zo een verbinding aan te gaan met het netwerk, leggen therapeuten de betekenis niet langer op, maar zorgen ze ervoor dat endogene betekenisvorming kan optreden. Op die manier versterken ze het gevoel van handelingsvermogen dat het proces op zich al deels met zich meebrengt. In veel opzichten kan dit worden gezien als de kern van het veranderingsproces.

Risico en sturing

De risicobeoordelingen worden in een dialogische benadering op dezelfde manier uitgevoerd en gedocumenteerd als bij de gebruikelijke zorg, maar de gegevens komen anders tot stand. Normaliter zou een therapeut een checklist met vragen langslopen die betrekking hebben op de belangrijkste risicofactoren. De bredere discussie in een netwerkbijeenkomst is per definitie minder doelgericht. In deze bredere dialoog tussen de vele verschillende betrokken partijen onderling komen er tijdens de bijeenkomst onvermijdelijk kwesties aan bod die verband houden met bezorgdheid en risico's. Gedurende dit proces vindt er een veel rijkere uitwisseling en verkenning plaats. Uit ervaringen van therapeuten uit zowel het Verenigd Koninkrijk (binnen de pilotteams) als uit andere landen blijkt dat tegen het eind van een netwerkbijeenkomst de onderwerpen die normaliter ter sprake waren gekomen via directe vragen in een formele risicobeoordeling nu naar voren kwamen door de dialogische interactie. De relevante details worden vervolgens in de juiste vorm vastgelegd als voortgangsnotities.

Voor andere formele vereisten, zoals voor de Engelse zorgprogramma's binnen de 'Care Programme Approach' (CPA) is een vergelijkbaar proces toegepast dat effectief bleek.

Als zich een risico voordoet tijdens of rond de netwerkbijeenkomst, moet dat tijdens de bijeenkomst worden benoemd en moeten eventueel noodzakelijke acties worden ondernomen, of die nu betrekking hebben op veiligheidsprotocollen of de Engelse wet op de geestelijke gezondheidszorg (Mental Health Act). Dit was de wijze van aanpak in Finland en in andere landen waarin zorgverlening plaatsvindt op basis van open dialogue of vergelijkbare methodes. De toepassing van dergelijke veiligheidsmaatregelen – vooral detentie – blijkt echter aanzienlijk minder vaak nodig te zijn. In die omstandigheden zal mogelijk nog op enig moment een beroep worden gedaan op de specifieke expertise van individuele therapeuten. Denk aan het voorschrijven van geneesmiddelen, beoordelingen van de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), betrokkenheid bij ondersteunende/herstelbevorderende werkzaamheden of het beginnen met een-op-een-psychotherapie.

Als uiteindelijk blijkt dat een opname noodzakelijk is, blijven de netwerkbijeenkomsten doorgaan gedurende de tijd van de opname en na ontslag. Gedurende het zorgtraject blijven de netwerkbijeenkomsten het primaire forum voor besluitvorming over de belangrijke aspecten van de zorgverlening. Therapeuten hoeven in een open dialogue-team dus geen afstand te nemen van hun gebied van ex-

pertise. Bij dialogische zorgverlening zou deze expertise meer moeten worden toegepast op basis van de bestaande behoeften, in een meer democratische en minder hiërarchische omgeving.

Ondersteuning door ervaringsdeskundigen (Peer support)

Peer support blijkt voor herstel van geestelijke gezondheid een belangrijke factor te zijn (Department of Health – het Engelse ministerie van volksgezondheid, 2008) en wordt momenteel toegepast in tal van zorgverleningsvormen in de geestelijke gezondheidszorg (ImROC 2013; Gillard 2014; Mahlke 2014; www.hearingvoices.org). Repper en Carter (2011) beschreven een aantal voordelen van de rol die ervaringsdeskundigen kunnen spelen voor ervaringsdeskundigen zelf, patiënten en zorgverleningsinstanties (box 2).

Peer support is over de hele wereld al toegepast bij verschillende benaderingen die uitgaan van de bestaande behoeften en die verschillende raakvlakken hebben met open dialogue. Zo werkt het project 'Parachute NYC' in New York in de VS volgens deze aanpak, en zijn ervaringsdeskundigen steevast aanwezig in de zorgverlening (Coe 2013; <http://dcfadvertising.com/work/parachute-nyc>). Aspecten hiervan zullen worden overgenomen door de teams in het Verenigd Koninkrijk en dus zullen alle teams ervaringsdeskundigen opnemen in het POD-model.

Zij zullen als volwaardige teamdeelnemers fungeren en vervullen in het team in zekere zin een dubbelrol. Hun eerste rol is als deelnemer aan de netwerkbijeenkomsten volgens de principes van open dialogue. Naast deze meer therapeutische rol heeft iedere POD-er ook nog de eigen professionele rol (arts, verpleegkundige, ergotherapeut etc.) die waar nodig moet worden toegepast, al naar gelang de situaties die zich voordoen. Dit geldt ook voor de ervaringsdeskundigen. Op hun expertise zal in het bijzonder worden teruggegrepen als het desbetreffende individu een gebrekkig of geen sociaal netwerk heeft. De tweede rol van ervaringsdeskundigen is daarom het leggen van contacten en het stimuleren van een plaatselijke groep van *peers* die momenteel hulp krijgen (of die in het verleden hulp kregen) van plaatselijke ggz-instellingen. De ervaringsdeskundige faciliteert een zelfhulpgroep voor hen die daarvan voordelen kunnen ondervinden.

De ervaringsdeskundige werkt ook nauw samen met de rest van het POD-team. Deelname aan de training op het gebied van open dialogue voor personeelsleden is essentieel, net als het regelmatig bijwonen van supervisiebijeenkomsten met het POD-team en het ontvangen van de juiste professionele ontwikkeling door het jaar heen.

Specialistische training

De POD-training voor personeel van de NHS is een combinatie van traditionele leermethoden om het model te leren begrijpen en te kunnen toepassen, met ervaringsgerichte training om de kernvaardigheden te ontwikkelen. Dit betekent dat men aan zichzelf moet werken bijvoorbeeld door mindfulness (of vergelijkbare stiltewerk/contemplatieve oefeningen). De regelmatige beoefening daarvan is onderdeel van een continue persoonlijke ontwikkeling.

Het curriculum en de leermethoden zijn gebaseerd op beproefde trainingsprogramma's voor open dialogue uit Finland (Hopfenbeck 2015) en Massachusetts (VS). Het trainingsprogramma voor het Verenigd Koninkrijk is een gezamenlijk project van de NELFT NHS Foundation Trust en de Noorse Universiteit voor Wetenschap en Technologie. De training duurt 9 maanden waarna deelnemers het basisdiploma Peer-supported Open Dialogue ontvangen. De training bestaat uit vier residentiële modules – van elk 1 week – met tussen de modules in literatuurstudie, online-samenwerking en ruimte voor dialoog met mede-studenten.

Uitdagingen en onderzoek

In toenemende mate blijkt dat de ervaringen met POD van patiënten, hun gezinnen (Dodd 2015) en de therapeuten zeer positief zijn. De huidige empirische bewijzen voor de effectiviteit van open dialogue zijn echter nog niet sterk genoeg en de benadering is ook niet makkelijk genoeg te implementeren het Verenigd Koninkrijk om POD op grote schaal toe te kunnen passen bij de NHS. Enkele duidelijke obstakels voor de implementatie van POD binnen de NHS zijn de organisatorische continuïteit van de zorgverlening in de steeds verder gefragmenteerde zorg en de culturele uitdagingen van de introductie van een platte hiërarchie, grotere autonomie voor de patiënt en het gezin en de betrokkenheid van ervaringsdeskundigen.

Voor een uitgebreide evaluatie van POD in het Verenigd Koninkrijk is er een multicenter RCT gepland (de subsidieaanvragen zijn ten tijde van publicatie voorbereid) om POD te kunnen vergelijken met de gebruikelijke zorg. De terugvalpercentages zijn daarbij de primaire uitkomstmaten. Het onderzoek richt zich op de toepassing van een op POD gebaseerd zorgmodel op het moment van verwijzing naar een crisisteam. In de fase die aan de uitgebreide evaluatie voorafgaat, zullen er eerst pilotteams worden opgezet in een aantal instellingen

van de NHS om te beoordelen hoe de huidige zorgverlening het best kan worden aangepast naar een POD-model. In dit stadium zullen vooral de organisatorische uitdagingen worden onderzocht en hieruit zal vermoedelijk een aantal aanpassingen voortkomen voor de structuur die past binnen de NHS. Een ander centraal onderdeel van het geplande onderzoek is het opzetten van een praktisch POD-trainingsprogramma dat op grote schaal kan worden geïmplementeerd en van een systeem voor professionele ontwikkeling dat toegankelijk is voor hulpverleners van alle disciplines en dat op de lange termijn in stand kan worden gehouden.

Box 2 Voordelen van ervaringsdeskundigen

De organisatorische principes van open dialogue

Voor ervaringsdeskundigen

- persoonlijke ontdekkingen
- ontwikkeling van vaardigheden
- grotere kans om werk te vinden en behouden
- beter financiële situatie

Voor patiënten

- verbeterde levenskwaliteit
- meer onafhankelijkheid
- meer vertrouwen
- minder sociale isolatie

Voor ggz-instellingen

- potentiële vermindering in (ziekenhuis)opnames
- beter begrip van de uitdagingen waar patiënten mee te maken hebben
- beter delen van informatie

(Repper 2011; Gillard 2014)

Conclusie

De open dialogue-benadering is het resultaat van een extensief samenwerkingsproces gedurende verschillende decennia. Op grond van de veelbelovende resultaten in het westen van Finland is de benadering geëxporteerd en plaatselijk in aangepaste vorm toegepast, onder andere in New York en Berlijn. POD is een verder ontwikkelde variant van open dialogue ten behoeve van de NHS in het Verenigd Koninkrijk.

POD is een zorgmodel dat berust op sterk humanistische, persoonsgerichte waarden. Het accent ligt op het tot stand brengen van verbindingen tussen hulpverleners en patiënten en tussen de patiënt en zijn of haar sociale netwerk. De netwerkbijeenkomst wordt beschouwd als de smeltkroes waarbinnen dit gebeurt. De rol van de therapeut is daardoor vanaf het begin meer gericht op de relaties dan in een traditionele setting het geval zou zijn. Dit vraagt om een *mindful*, tolerante en compassievolle bena-

dering van zorg. Daarvoor zal er continu persoonlijke training en ontwikkeling nodig zijn. Deze toewijding voor een diepgevoelde empathische verbinding wordt verder versterkt door integratie van ervaringsdeskundigen in het model. Zij zullen voor een plattere hiërarchie zorgen en door een proces van co-supervisie met de therapeuten bijdragen aan versterking van het patiëntgerichte karakter van de verleende zorg.

Het uiteindelijke doel is het creëren van een gevoel van handelingsvermogen bij de patiënt en diens sociale netwerk, door het laten ontstaan van een dialogische omgeving. Door de mensen die het meest te stellen hebben met de geestelijke gezondheidsklachten de mogelijkheid te bieden om hun ervaringen zelf te doorgronden door zo'n dynamisch proces, wordt het herstelproces versneld. Dit kan tot meer stabiliteit leiden gedurende een langere periode en wellicht uiteindelijk tot onafhankelijkheid van zorgsystemen en zorgverlening.

Grootschalige toepassing van POD binnen de NHS kent enkele uitdagingen, waaronder de noodzaak van verder empirisch onderzoek en enkele aanzienlijke organisatorische en culturele obstakels. Momenteel worden bij een aantal instellingen van de NHS pilotteams opgezet om te onderzoeken hoe POD kan worden geïntegreerd in een voorgesteld onderzoek in meerdere onderzoekscentra.

Antwoorden op de multiple choice-vragen onder aan dit artikel:

1 d 2 e 3 b 4 b 5 a

Literatuur

Aaltonen J, Seikkula J, Sutela M, et al (1997) Western Lapland project: a comprehensive family- and network centered community psychiatric project. In *ISPS: Abstracts and Lectures 12–16 October 1997* (ed ISPS): 124. International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis.

Alanen Y, Lehtinen K, Aaltonen J, et al (1991) Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83: 363–72.

Alanen Y (1997) *Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment*. Karnac.

Andersen T (1990) The reflective team. In *The Reflecting Team: Dialogues and Dialogues about the Dialogues* (ed T Andersen): 18-107. Bormann.

Andersen T (1995) Reflecting processes. Acts of informing and forming. In *The Reflecting Team in Action: Collaborative Practice in Family Therapy* (ed S Friedman). Guilford Press.

Anderson H (1997) *Conversation, Language, and Possibilities*. Basic Books.

Anderson H, Goolishian H (1992) The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. In *Therapy as Social Construction* (eds S McNamee, KJ Gergen). Sage.

Bracken P, Thomas P, Timimi S, et al (2012) Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 201: 430-34.

Coe S (2013) Parachute NYC: a new approach for individuals experiencing psychiatric crises. *Mental Health News*, 15 (2): 16 (available at https://www.leaders4health.org/images/uploads/files/Parachute_NYC_Article.pdf).

Department of Health (2008) *A Common Purpose: Recovery in Future Mental Health Services*. TSO (The Stationery Office).

Dodd C (2015) Open Dialogue: the radical new treatment having lifechanging effects on people's mental health. *Independent* (<http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/opendialogue-the-radical-new-treatment-having-life-changing-effects-on-peoples-mental-health-a6762391.html>). Accessed 15 July 2016.

Giacco D, McCabe R, Kallert T, et al (2012) Friends and symptom dimensions in patients with psychosis: a pooled analysis. *PLoS ONE*, 7: e50119.

Gillard S, Holley J (2014) Peer workers in mental health services: literature overview. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20: 286-92.

Haarakangas K (1997) [The voices in treatment meeting. A dialogical analysis of the treatment meeting conversations in family-centred psychiatric treatment process in regard to the team activity. English summary]. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 130: 119-26.

Holquist M (ed) (1981) *The Dialogic Imagination: Four Essays by M.M. Bakhtin* (trans C Emerson, M Holquist). University of Texas Press.

Hopfenbeck M (2015) Peer-supported Open Dialogue. *Context*, 138: 29-31.

Hoult J, Rosen J, Reynolds I (1984) Community orientated treatment compared to psychiatric hospital orientated treatment. *Social Science & Medicine*, 18: 1005-10. MCQ answers

Hoult J (1986) Community care of the acutely mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 149: 137-44.

ImROC (Implementing Recovery through Organisational Change) (2013) Peer support workers in mental health recovery – benefits and costs. ImROC (<http://imroc.org/wp-content/uploads/2016/10/Peer-Support-in-Mental-Health-Services.pdf>). Accessed 12 July 2016.

Jablensky A, Sartorius N (2008) What did the WHO studies really find? *Schizophrenia Bulletin*, 34: 253-5.

Keränen J (1992) [The choice between outpatient and inpatient treatment in a family centred psychiatric treatment system. English summary]. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 93:124-9.

Lambert MJ, Simon W (2008) The therapeutic relationship: central and essential in psychotherapy outcome. In *Mindfulness and*

the Therapeutic Relationship (eds SF Hick, T Bien): 19-33. Guilford Press.

Mahlke CI, Krämer UM, Becker T, et al (2014) Peer support in mental health services. *Current Opinion in Psychiatry*, 27: 276-81.

Olson M, Seikkula J, Ziedonis D (2014) *The Key Elements of Dialogic Practice in Open Dialogue: Fidelity Criteria*. The University of Massachusetts Medical School (<https://www.umass-med.edu/globalassets/psychiatry/open-dialogue/keyelements1.109022014.pdf>).

Pharoah F, Mari JJ, Rathbone J, et al (2010) Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12: CD000088.

Priebe S, Burns T, Craig TKJ (2013) The future of academic psychiatry may be social. *British Journal of Psychiatry*, 202: 319–20

Razzaque R, Okoro E, Wood L (2015) Mindfulness in clinician therapeutic relationships. *Mindfulness*, 6: 170-4.

Repper J, Carter T (2011) A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20: 392-411.

Seikkula J (1994) When the boundary opens: family and hospital in coevolution. *Journal of Family Therapy*, 16: 401-14.

Seikkula J, Aaltonen J, Rasinkangas A, et al (2003) Open dialogue approach: treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences and Services*, 5: 163-82.

Seikkula J, Trimble D (2005) Healing elements of therapeutic conversation: dialogue as an embodiment of love. *Family Process*, 44: 461-75.

Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, et al (2006) Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16: 214-28.

Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J (2011a) The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 3: 192-204.

Seikkula J (2011b) Becoming dialogical: psychotherapy or a way of life? *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32: 179-93.

Seikkula J (2015) Open dialogues with clients and their families. *Context*, 138: 2-6.

World Health Organization (1979) *Schizophrenia: An International Followup Study*. John Wiley & Sons.

Multiple choicevragen

Kies de enige juiste optie bij iedere vraag.

1 Welk van de volgende principes is geen basisprincipe van peer-supported open dialogue?

- a. Tolereren van onzekerheid
- b. Verlenen van onmiddellijke hulp
- c. Flexibiliteit en mobiliteit
- d. Dialecticisme
- e. Psychologische continuïteit

2 Wie kunnen er deelnemen aan een netwerkbijeenkomst voor peer-supported open dialogue?

- a. De huisarts van de patiënt
- b. De maatschappelijk werker van de patiënt
- c. Een medewerker van een plaatselijk arbeidsbureau
- d. De verzorger van de patiënt
- e. Al de bovengenoemde personen

3 Welk van de volgende uitspraken is juist ten aanzien van geplande zorgverlening op basis van peer-supported open dialogue

- a. Voor doorverwijzing naar deze vorm van zorg moet de diagnose acute psychose zijn gesteld.
- b. Teams streven ernaar om binnen 24 uur na doorverwijzing te reageren.
- c. Er is minimaal één teamlid aanwezig bij de netwerkbijeenkomsten.
- d. Buiten de netwerkbijeenkomsten vinden er geen andere behandelingen plaats.
- e. Antipsychotica zullen volledig worden vermeden.

4 Welk van de volgende uitspraken is onjuist ten aanzien van geplande zorgverlening op basis van peer-supported open dialogue?

- a. Ervaringsdeskundigen zullen volwaardige deelnemers zijn van het team.
- b. De gebruikelijke risicobeoordelingsformulieren worden niet ingevuld.
- c. De betrokkenheid van de therapeut bij de persoonlijke ontwikkeling van de patiënt kan inhouden dat de patiënt oefeningen krijgt op het gebied van mindfulness of yoga.
- d. Indien nodig zal de Engelse wet op de geestelijke gezondheidszorg (Mental Health Act) worden toegepast.
- e. De belichaamde verbinding met een patient/gezin wordt als net zo belangrijk beschouwd als een verbale verbinding.

5 Welke van de volgende uitspraken is juist, ten aanzien van dialogisme en polyfonie?

- a. 'Psychotische uitingen' wordt als gelijkwaardig beschouwd aan de andere uitingen.
- b. Als er een adviserend psychiater aanwezig is, heeft zijn of haar mening altijd voorrang.
- c. Er wordt alleen gereageerd op uitingen die nuttige informatie bieden voor een beheersplan.
- d. Therapeuten moeten het bij het stellen van vragen niet te duidelijk te maken, maar ze moeten een interne 'checklist' bijhouden van belangrijke punten die besproken moeten worden tijdens netwerkbijeenkomsten
- e. Het doel van de dialoog is het bereiken van overeenstemming.