



Uitnodiging voor 2^e pilotjaar van QIT-online

Wij, het bestuur van de NVAGT, willen de mogelijkheid van deelname aan het 2^e pilotjaar van QIT-online onder jullie aandacht brengen. Aan QIT-Online hebben het eerste jaar dertig leden deelgenomen. Het 1^e jaar heeft een bijdrage geleverd aan het monitoren van de ervaringen van cliënten met Gestalttherapie. Hierdoor hebben deze therapeuten feedback gekregen op hun therapeutisch handelen en is het proces van cliënten ondersteund. Een tweede doel dat wij met deze pilot wilden bereiken is een wetenschappelijk onderbouwde resultaatmeting van Gestalttherapie in het algemeen. Therapeuten en cliënten worden hiervoor geanonimiseerd en bij grotere aantallen is een gemiddeld resultaat te presenteren. Het aantal actieve deelnemers in het eerste jaar was hiervoor nog onvoldoende. Er zijn méér deelnemers nodig die QIT-online in ruime mate gaan gebruiken. En hoe meer actieve deelnemers hoe beter en hoe goedkoper per deelnemer.

Kosten

De normale prijs voor een jaarcontract bedraagt 240 Euro (excl BTW).

Als we als vereniging een groepscontract afsluiten, krijgen we een korting die afhangt van het aantal deelnemers/NVAGT-leden:

- Min. 10 ppn: 20 % korting (192 Euro, excl BTW)
- Min. 20 ppn: 30% korting (168 Euro, excl BTW)
- Min. 40 ppn: 40 % korting (144 Euro, excl BTW)

Daarbij kan elk NVAGT-lid net zoveel cliënten bij QIT-online inbrengen als hij wil.

En waarom eigenlijk “Resultaatmeting”?

In Nederland wordt een cruciale omslag in gang gezet waarbij de kwaliteit niet langer vastgesteld wordt aan de hand van opleiding en andere formele zaken. Ook in België verwachten we dat resultaat meting een belangrijke rol gaat spelen bij de erkenning van Gestalttherapie in de groep Experiëntiële therapievormen. Overheid en verzekeraars kijken meer en meer naar de feitelijke kwaliteit die geleverd wordt. In gewoon Nederlands: “Werkt het?” Of therapie effectief is blijkt vooral afhankelijk te zijn van de kwaliteit van de therapeutische relatie. En juist gestalttherapie is een contacttherapie. In het therapeutische contact ontvouwt zich de duidelijkheid die de cliënt zoekt. Dus met name gestalttherapie zou nog wel eens hoge ogen kunnen gooien. Zie toelichting punt 1.

Aanmelden voor nieuwe en voor doorlopende deelname

Als je aan QIT-online wilt deelnemen, laat dat dan wel zo snel mogelijk weten, uiterlijk 6 oktober aan Paul van Beuzekom (welkom@opeigenkoers.nl). Die zal het direct doorgeven aan Nele Stinckens van QIT-online. Alle deelnemers krijgen dan rechtstreeks van Nele een contract; en een factuur waarin de korting gegeven wordt die bij het aantal deelnemers hoort.

De deelnemers van het 1^e pilotjaar die ook aan het 2^e jaar willen deelnemen wordt ook verzocht zich tijdig aan te melden, zodat het gebruik van QIT online ononderbroken kan worden voortgezet (einde van het huidige contract is eind september).

Ondersteuning

Voor alle deelnemers zal een trainingsbijeenkomst georganiseerd worden om te leren werken met QIT-online. Alle deelnemers zullen toegang krijgen tot de LinkedIn-groep voor de uitwisseling van ervaringen. En de deelnemers zullen een paar keer bij elkaar komen om life ervaringen uit te wisselen en kennis te nemen van de wetenschappelijke achtergrond van monitoren en gestalt. Paul van Beuzekom, lid van de werkgroep Wetenschappelijke Raad, die de evaluatie van het eerste jaar QIT-Online heeft georganiseerd, zal dit coördineren. Namens het bestuur

Ien van Duijnhoven
Voorzitter bestuur NVAGT

Bijlage: Toelichting van Paul van Beuzekom (team QIT-Online)

Toelichting

1. Waarom is resultaatmeting nodig?

In het huidige tijdsgewricht wordt in Nederland een cruciale omslag in gang gezet waarbij de kwaliteit niet langer vastgesteld wordt aan de hand van opleiding en andere formele zaken. Overheid en verzekeraars kijken meer en meer naar de feitelijke kwaliteit die geleverd wordt. In gewoon Nederlands: “Werkt het?”

Overheid en verzekeraars willen weten of hun geld goed besteed wordt. Daarom werden en worden BIG-geregistreerden nog steeds verplicht zich te beperken tot therapiemethodieken waarvan de wetenschap heeft aangetoond dat ze werken, willen ze hun werk vergoed krijgen uit het basispakket. Die wetenschap heeft zich bij dat onderzoek gebaseerd op het DSM, een diagnostisch systeem dat gebaseerd is op klachten en waarin combinaties van klachten gegroepeerd zijn tot ziektebeelden en persoonlijkheidsstoornissen, zonder dat dit wetenschappelijk gebaseerd is. Sterker nog, uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat die ziektebeelden zoveel overlap met elkaar kunnen vertonen dat ze vaak niet als onderscheidbaar te beschouwen zijn. Het DSM zegt niets over de oorzaken van de klachten.

En zoals bekend wordt de wetenschap tegenwoordig erg gestuurd en bepaald door geldgevers. En die geldgevers willen onderzoek met resultaten die in hun belang zijn. Daardoor ontstaat er vanzelf een wetenschappelijke bias waardoor dat belang in het licht komt te staan en alle onderzoeksresultaten die in strijd zijn met dat belang niet op tafel komen.

Die wetenschap heeft echter alleen nog maar aan kunnen tonen dat bepaalde therapiemethodieken werken in uitzonderlijk cleane kunstmatige klinische situaties. Daarbij is gemeten of de klachten afnamen en vaak niet eens of die klachten ook weer terug komen.

Het is dus ernstig de vraag of die onderzoeksresultaten iets zeggen over life-therapie. Dat besef dringt meer en meer door. Daarom zijn er nu volop nieuwe ontwikkelingen gaande om wetenschappelijk te meten of het werkt.

Uit decennia lang Amerikaans onderzoek (zie “The Heart & Soul of Change”) rond de vraag of psychotherapie werkt, blijkt: het is niet de therapeutische methodiek die bepaalt of psychotherapie werkt, maar de therapeutische relatie en de ontvankelijkheid van de cliënt. Dus juist de menselijke factoren in plaats van de methodiek.

Dat vraagt om een mindshift. Dat betekent namelijk dat het absurd is aan te willen aantonen dat een bepaalde therapiesoort, zoals cognitieve therapie of gestalttherapie of behandeling met medicijnen, werkt of niet. Het zijn niet de factoren die therapiesoorten van elkaar onderscheiden, die bepalen of het werkt, maar de factoren die alle therapiesoorten met elkaar delen. De menselijke factor dus. Dus de cliënt en de therapeut en hun samenwerking.

Nieuw onderzoek zal dus toegespitst moeten zijn op de menselijke vaardigheden van de therapeut, op de kwaliteit van de therapeutische relatie en op de vraag of de therapie goed afgestemd is op de vraag, op het levensverhaal, van de cliënt en of de cliënt er wat aan heeft. En met name dáárop is QIT-online toegespitst. QIT-online is niet gericht op het oordelen of therapie goed of fout is. QIT-online verzameld gegevens over hoe de cliënt de therapeutische relatie beleeft, wat hij heeft aan de sessies en wat een reeks van sessies hem verder helpt. QIT-online overstijgt de therapiemethodiek. En doet dus ook geen poging om de kwaliteit van een methodiek te meten en daar een oordeel over te vellen. QIT-online probeert ook niet in kaart te brengen hoe een therapiemethodiek werkt.

En laat gestalttherapie nou juist een contacttherapie zijn. Een methodiek waarbij de therapeutische relatie en de menselijke dynamiek waarbij niet de klachten maar het verhaal van de cliënt centraal staan. Een dynamische ruimte waarin de duidelijkheid in het levensverhaal van de cliënt zich kan ontfouwen.

Dus naar onze inschatting kan juist gestalttherapie hoge ogen gooien, als het gaat over de vraag of het werkt.

2. De verhouding tussen “BIG-therapie” en gestalttherapie

De BIG-geregistreerde psycholoog is in zijn vak gehouden aan het stellen van een DSM-diagnose. Deze meet de klachten van de cliënt en vertelt de psycholoog wat volgens de wetenschap het probleem is van de patiënt en welke behandeling de patiënt van zijn probleem af moet helpen. Dat gaat ervan uit dat alle patiënten met dezelfde diagnose gebaat zijn bij dezelfde behandeling en zijn klachten ziet verminderen. De psycholoog geeft de patiënt die behandeling, stap voor stap zoals het is voorgeschreven. Dus heel procedureel. Als die behandeling geen effect heeft, dan ligt dat aan de patiënt die niet doet wat van hem verwacht wordt, en niet aan de behandeling, want daarvan is wetenschappelijk vastgesteld dat die móet werken bij dergelijke problemen. De wijze waarop psychologen werken is gebaseerd op het medisch model waarbij wetenschappelijk onderzoek er, net als bij de fysieke gezondheidszorg, van uit gaat dat bij een medisch probleem gezocht wordt naar de beste

behandeling. Voor de beste behandeling van een gebroken been of een lekkende hartklep doet het niet ter zaken wie de patiënt is of de behandelaar. Het gaat om het verhelpen van het probleem. Een het is de behandelaar die dat volgens de voorschriften moet uitvoeren. En het is de patiënt die dat ondergaat en zijn medewerking geeft. Met RCT-onderzoeken (RTCT = random controlled trial) heeft de wetenschap daarom aangetoond dat de behandelingen in het BIG-arsenaal werken, het geld waard zouden zijn. Die onderzoeken zijn conform het medisch model zó opgezet dat kan worden aangetoond dat dat het de methodiek van de behandeling is die de verbetering voor de patiënt opleverde. Bij een dergelijke klinische, bijna mechanische en kunstmatige , onderzoeksopzet worden de factoren “de patiënt” en “de behandelaar” zo veel mogelijk uitgesloten om het effect van “de methodiek” aan te kunnen tonen. Die onderzoeksopzet sluit de factor “mens” dus zó grondig uit, dat de resultaten niet toepasbaar zijn in de natuurlijke situaties van patiënten. Toch wordt op basis van deze wetenschappelijke illusie het BIG-arsenaal van behandelingen beperkt tot de behandeling waarvan de wetenschap heeft bepaald dat die in theoretische situaties zou moeten werken. Die behandelingen zijn veelal zeer procedureel, simpelweg het aflopen van een aantal voorgeschreven stappen. Psychologen lopen aan tegen deze beperking. Natuurlijk, want wetenschappelijk onderzoek is juist bedoeld om behandelaars aanvullende informatie te geven waardoor zij méér mogelijkheden hebben om de patiënten een optimale behandeling te geven, een behandeling die juist beter is toegespitst op hun noden. Een behandeling die werkt.

Juist op dit punt leveren onder andere gestalttherapeuten de aanvulling die in de geestelijke gezondheidszorg broodnodig is: psychotherapie die juist gebaseerd is op een vruchtbare menselijke therapeutische relatie. Hoe je je eigen levensverhaal leert begrijpen en daar sturing aan leert geven. En dat kan duidelijk worden in de menselijke dynamiek tussen patiënt en therapeut. Dat vraagt van beide een actieve verantwoordelijke rol. De begeleiding door gestalttherapeuten is een vorm van psychotherapie die gaat over de manier waarop je met jezelf en met de mensen en de wereld om je heen leeft en hoe je daarbij je plek inneemt. Wat is belangrijker? Dat je voldoet aan verwachtingen en dat je er zo voor zorgt dat je erbij hoort? Of dat je doet wat bij je hoort, wat ze ook van je verwachten? En hoe kan je daarin een balans vinden? Als iemand op deze vragen geen antwoorden vindt, kan hij emotionele problemen, persoonlijkheidsstoornissen en lichamelijke klachten ontwikkelen. En omgekeerd, als iemand met emotionele problemen, persoonlijkheidsstoornissen en lichamelijke klachten niet op zoek gaat naar de beantwoording van díe vragen, dan is de kans reëel dat de problemen slechts tijdelijk of niet worden opgelost.

De gestalttherapeut is dus geen adviseur die je oplossingen (die anderen of de wetenschap hebben gevonden) aanreikt of die van je verlangt om de behandeling te ondergaan. Een gestalttherapeut is een professional in het aangaan van een dynamische relatie waarin zichtbaar kan worden wat je klachten je vertellen over hoe je in het leven staat en wat het effect daarvan is. Het is díe dynamiek waarin voelbaar en begrijpelijk wordt wat er aan de hand is en waarin jouw eigen antwoorden boven komen drijven. Onze therapie is een samenwerking die gebaseerd is op menselijke gelijkwaardigheid, waarbij de cliënt zijn eigen deskundigheid en ervaringen inbrengt en waarbij de therapeut zijn professionaliteit beschikbaar stelt.

De psycholoog heeft dus als richtvraag in zijn werk: hoe kan ik de patiënt van zijn klachten af helpen? Hij luistert niet naar het verhaal van de patiënt maar inventariseert de klachten, bepaalt de DSM-diagnose en geeft een eenzijdig vastgestelde behandeling. De gestalttherapeut heeft als richtvraag: hoe kan ik de patiënt leren zien wat er in zijn levensverhaal gebeurt. Hij luistert naar het verhaal van de patiënt en gaat met hem een menselijke dynamiek aan waarin de antwoorden zich ontvouwen; met als effect dat de oorzaak van de klachten wordt weggenomen.

Dus dat wij in Nederland zo’n illusionaire scheiding maken tussen BIG en niet-BIG (wat overigens ook typisch in Nederland voorkomt en niet in België of Oostenrijk of andere Europese landen) betekent niet dat “gezondheidskundige verzorging van de mens” zich beperkt tot het BIG-arsenaal. Sterker nog, steeds meer psychologen volgen nascholing om de therapiemethodieken die door gestalttherapeuten gebezigd worden, ook in hun praktijk te incorporeren.

Zo overkomt het gestalttherapeuten regelmatig dat patiënten zich bij hen melden omdat ze zich bij de BIG-zorgverlener niet gehoord voelden en geen duidelijkheid hebben gevonden over hun eigen verhaal. Dus ook patiënten geven aan dat ze meer nodig hebben of wat anders nodig hebben dat wat psychologen regulier te bieden hebben.