

Goedemiddag,

2. Ik ben Katleen. Ik ben ervaringsdeskundige in het UPC in Duffel. (Dit mijn collega Lieve. Zij is psycholoog en werkt voornamelijk in de diagnostische cel.)

Ik heb zelf een heel traject afgelegd in de GGZ. Ik zou graag enkele van mijn ervaringen met jullie willen delen.

Mijn eerste kennismaking met de GGZ liep niet zo vlot. Ik wist niet wat er mij te wachten stond. Wat ik mij moest voorstellen van een opname. In het intakegesprek werd enkel mijn man bevroegd. Ik kwam nauwelijks aan het woord. Het voelde alsof het er niet doe deed hoe ik me voelde. Tijdens de opname was er enkel aandacht voor het "niet meer drinken". Er werd niet gevraagd of gezocht naar de achterliggende reden waarom ik dronk. Er werd niet gekeken naar wat ik wel goed kan, waar ik deugd van heb, welke hobby's ik heb,.. Beslissingen over mijn traject werden gewoon meegedeeld en waren niet bespreekbaar. Ik voelde mij machteloos en klein. Mijn gezin werd niet betrokken bij mijn traject. Ze waren niet welkom op de afdeling.

Na anderhalf jaar therapie viel in een gesprek tijdens de afrondingsfase voor het eerst de term "depressie".

Misschien denken jullie nu: "Waarom heb je er toen niets aangedaan?" "Waarom heb je er niets over gezegd of gevraagd?"

3. Patiënten zijn vaak niet zo mondig of vlot ter taal. Ze zijn vaak bang om iets te vragen of hun eigen visie te geven.

4. Soms hebben hulpverleners en patiënten een ander idee over de situatie en is er over bepaalde punten onvoldoende overleg. Mag ik de dokter, de psycholoog tegenspreken? Of 'wat kan ik eigenlijk vragen?'

5. Terwijl de puzzelstukjes bij elkaar moeten gebracht worden om echte dialoog op gang te brengen en gezamenlijke afspraken en instemming of afstemming over de behandeling of de zorg mogelijk te maken.

6. Soms begrijpt een patiënt niet helemaal wat er gezegd is, of laat hij of zij het over aan de hulpverlener 'omdat die er voor gestudeerd heeft'

7. En dan kan hij of zij het niet overbrengen aan de partner, het gezin of de familie die niet kunnen volgen en toch sowieso te maken krijgen met de gemaakte keuzes

8. Of er is veel informatie waarbij dan sommige dingen zijn vergeten te vragen

Het probleem voor de patiënt en de familie is: hoe kunnen we een echt gelijkwaardig gesprek hebben over behandeling of zorg als we niet met dezelfde achtergrond, scholing en professionaliteit (terwijl je ziek bent) aan tafel komt? Er gebeurt al veel dialoog en trialoog maar de vraag is hoe het kan veranderen van 'informereren', 'geïnformeerd worden', en betrokken worden naar een wederkerige trialoog waarbij ook de hulpverlener kan bevroegd worden op een even fundamentele manier, met empowerment voor de patiënt en familie

9. Vandaag is er **bewustzijn gekomen en een algemene intentie in het veld van de GGZ om herstelgericht te werken, om trialogisch te werken** waarbij hulpverlener, patiënt en familieleden samen **participatief** een behandeling, een behandeltraject of een zorgtraject kunnen ontwikkelen. Er zijn richtlijnen ontwikkeld, **ervaringsdeskundigen** aangenomen die kunnen zorg aanbieden, bruggen slaan, hun stem laten horen in het beleid zodat patiënten een gelijkwaardige plaats krijgen in de GGZ

- Hulpverleners willen echt samenwerken, maar toch merken we dat er bij onszelf ook wat **weerstanden en angsten** zijn tegenover deze evolutie, bv ook in de samenwerking met ervaringsdeskundigen. Het brengt ook duidelijkere eisen mee voor hulpverleners om te reflecteren over de **eigen rol, opstelling en autonomie en verbinding**, en **angsten over de verantwoordelijkheid** over de behandeling, zelfs niet altijd onterecht
 - Voorbeelden
 - Patiënten hebben onvoldoende kennis en vooropleiding, dat kan toch niet gelijkgesteld met wel een diploma
 - Ze blijven kwetsbaar en patiënt, ze zijn minder betrouwbare informatiebronnen (of werkrachten omdat ze kunnen hervallen er zijn er al afgewezen omdat ze geen garanties kunnen geven niet ziek te worden)
 - Gevaar om andere patiënten te 'besmetten' met eigen negatieve ervaringen, gevaar voor polarisatie (samenwerking Similes vroeger)
 - Maar ook, hoe kunnen we echt samenwerken met familie terwijl we ons beroepsgeheim niet schaden en hoe weten we waarvoor we instemming hebben van de patiënt en waarvoor niet? Zeker als je niet altijd op dat moment samen zit

Hulpverleners vinden het interessant om de mening van een patiënt of familie of ervaringswerker te horen om 'mee te nemen' zoals dat heet, maar echt gelijkwaardig samenwerken blijft een uitdaging

Het probleem voor de hulpverlener is: hoe kan echte samenwerking er uit zien?

- Enerzijds in de dialoog met patiënt en familie
- Maar ook, in de multidisciplinaire aanpak die vaak wel plaatsvindt, hoe kan ook een zorgplanning of behandelbespreking een cocreatie zijn van een heel team en de dialoog en niet een besluit van een psychiater of psycholoog? Met andere woorden, hoe kan iedereen samen denken meer dan enkel informatie aandragen?
- Daar is een gemeenschappelijk kader voor nodig

10. We hebben in kader van een beurs van de KBS een project ingediend: het behandelkompas.

- Het behandelkompas is een tool die aan sluit bij het herstelgericht werken en de participatie van patiënten en naasten bevordert. Het bevat 10 vragen over thema's die in een traject aan bod kunnen komen. Het behandelkompas is een instrument dat zorgt dat er een dialoog kan ontstaan. Iedereen spreekt dezelfde taal. Iedereen kent de thema's die aan bod kunnen/mogen komen en sturend zijn in een behandel/zorgplanning. Dit maakt dat het gesprek gemakkelijker op gang komt. Het werkt empowerend.

11. Het behandelkompas is een aanzet om de juiste vragen te leren stellen zonder dat er enige kennis nodig is. De **essentiële vragen hangen samen met hoe alle problemen worden opgelost**, in dit geval met een behandeling of zorgplan, en niet met een specifiek behandelkader of ziekte. Het is wat iedere hulpverlener 'al doet' systematiek en **kwaliteitsverbeterend, generiek, gemeenschappelijke taal**.

- **De vragen lijken heel eenvoudig en vanzelfsprekend maar toch vragen ze een woordje uitleg wat er precies mee bedoeld wordt in het kader van behandeling**
- 1) Eerst gaan we kijken wat de **belangrijkste problemen en**

- **klachten op dit moment** zijn, met welke omstandigheden ze samenhangen, hoe en wanneer ze begonnen zijn. Dit wordt de focus van de behandeling. Een probleem moet specifiek en uitgediept zijn.
- Bv. niet : 'beperkt sociaal netwerk', maar wel bv. 'Ik zie soms een hele week niemand vertrouwd', of 'ik heb maar een vriend'
-
- **2) Wat maakt dat het op dit moment een probleem is?**
- Hoe werd het probleem uitgelokt of waardoor blijft het een probleem? De uitleg daarvan moet concreet zijn.
- Bv. 'Ik ben slecht te been en geraak daardoor niet in de apotheek'.
-
- **3) We gaan kijken wat in het verleden al heeft geholpen** zodat we dit opnieuw kunnen toepassen. Bekijk bijvoorbeeld de langste stabiele periode en vraag je af: wat maakte dat het toen goed ging?
- Bv. de familiehulp hielp om mijn structuur aan te houden.
-
- **4) Hier gaan we bepalen welk behandeldoel voorrang krijgt** en daarbij ook stilstaan bij **wat nu niet** het aandachtspunt van behandeling wordt.
- Bv. de relatietherapie is iets voor later.
-
- **5) Het is belangrijk om rekening te houden met biologische, sociale en culturele factoren** alsook de persoonlijkheid van iemand. In deze stap brengen we **situaties waar iemand zich in bevindt en de eigenschappen van iemand** in kaart die de **behandeling zoals voorzien zouden kunnen beïnvloeden**.
- Bv. geen openbaar vervoer durven nemen
-
- **6) In deze stap bedenken we wie of wat kan helpen bij de behandeling om te kunnen slagen. of voor meer kans op succesvolle resultaten.** Dit kunnen bijvoorbeeld belangrijke mensen zijn in de omgeving of sterktes van jezelf.
- Bv. 'Ik vind het niet moeilijk om hulp te vragen thuis'
-
- **7) Het zou kunnen dat we op korte termijn enkele hindernissen tegenkomen.** Het is daarom belangrijk om doelen op korte termijn vast te leggen met daarbij passende acties (die meetbaar zijn) en af te spreken tussen jou en de hulpverlener wat er gaat gebeuren bij de hindernis.
- Bv. 'wanneer je na drie dagen goed oefenen met avondrituelen en piekerstop niet in slaap geraakt, bekijken we de mogelijkheid van slaapmedicatie'
-
- **8) Ook op lange termijn kunnen hindernissen passeren.** We hebben daarom een **plan B** nodig als we een hindernis verwachten op lange termijn. Daarom heb je een lange termijn doel nodig waar het korte termijn doel in past, zodat je aan hetzelfde lange termijn doel kan werken met een reserveplan B.
- Bv. 'als zelf aan medicatie denken niet blijft lukken eens terug thuis, dan kan er toezicht ingeschakeld worden via de apotheker.'
-
- **9) Wat is de eerste stap , waarmee beginnen we?** Maar ook de planning: het belangrijkste, de ontslagvoorwaarden (wat is genoeg voor nu?) en keuzes (waarom, wat wel wat niet).
- We leggen acties vast die passen bij de doelen met een verantwoordelijke en een moment waarop we gaan kijken of het helpt.
- Bv. eerst ontwennen tot volgende week, dan kijken we of dat gelukt is met de mentor.
-
- **10) Ten slotte: wie kan bijdragen of meewerken, of heeft er mee te maken.**
- Bv. Is er aan de kinderen gedacht? Hebben ze opvang?

12. Het behandelkompas is een aanzet om de juiste vragen te leren stellen zonder dat er enige kennis nodig is.
- **Ervaringsdeskundigen** zijn gepast geplaatst om meer aandacht te hebben voor waar de patiënt en de familie in hun herstelproces zitten omdat ze het zelf hebben doorgemaakt. Ze kunnen vanuit de zelfde positie, naast de patiënt zitten.
 - Het behandelkompas is een **communicatietool** maar niet opnieuw een opdracht dat bij de andere in de schuif beland. Het kan meegenomen worden en is zelfs erna te gebruiken bij andere problemen
 - We gebruiken ook **verschillende vormen** van het behandelkompas. We hebben de tool zelf voor patiënt, naaste en hulpverlener. Ze liggen op de behandelafel en wordt ook verspreid via de schermen.
13. Het geeft een systematisch overzicht van de thema's, is een **communicatietool** om af te stemmen die iedere partij van de dialoog in handen heeft en deze systematiek kan doorgegeven, zorgt voor ***zorgcontinuïteit, met een opeenvolging van een zelfde foto of momentopname***
14. Dit project wordt ondersteund door de ervaringsdeskundigen van het UPC om het bekend te maken bij de zorgvragers, zo hebben we nu ook een familie-ervaringsdeskundige die de brug naar families maakt
15. Voor echt samen nadenken en antwoorden te formuleren worden ook typische interdisciplinaire vaardigheden veel belangrijker
16. En een plaats in een gelaagde diagnostiek zodat er zonder veel overlap en extra inspanning toch dieptezicht ontstaat
17. Er is een verschil in erbij mogen zijn, betrokken worden, je doelen mogen toelichten of je mening mogen geven en echt samen een behandeling aansturen, dat lukt niet zonder een zekere structuur die garanties geeft