werkenmetfamilies.be

Familie als partner in de GGZ

Een praktische gids voor zorgverleners

Inhoud

Een praktische gids 3
Waarom? Voor wie? 3

De familie, wie zijn dat? 4

Waarom de familie erbij betrekken? 5
De expertise van families 6
De banden met de leefomgeving 7
Ook de families lijden 8

Gradaties in de betrokkenheid van families 9
Het onthaal en de informatie 10
Luisteren en werken aan persoonlijke banden 11
Dialoog en betrokkenheid 12

Werken met de families: moeilijkheden 13
Wat te doen als de patiënt elk contact met de buitenwereld weigert? 13
Wat te doen als de familie het opgeeft? 16
Wat te doen als u denkt dat de familie onhandig optreedt? 18

Praktische instrumenten, denkpistes en inspiratiebronnen 20
1. Familiebeleid 21
2. In de opleiding van professionele hulpverleners en zorgverstrekkers getuigenissen gebruiken over wat families ervaren 22
3. Genogram 23
4. InFoP 24
5. COMPAS 25
6. Profamille 26
7. De triadekaart 27
8. Motiverende gespreksvoering – LEAP methode – Amador 28

Mijn nota's 29

Deze gids is het resultaat van een aantal ontmoetingen met actoren uit de geestelijke gezondheidszorg en van gedachtewisselingen met patiënten, naasten en professionele zorgverstrekkers. Zij kwamen samen binnen enkele focusgroepen, thematische discussiegroepen die streven naar het constructief samenbrengen van standpunten en percepties.
De getuigenissen die hier zijn opgenomen, komen uit die ontmoetingen.
Wij danken van harte iedereen die bereid was om tijd te investeren in deze bijzonder rijke uitwisselingsmomenten.

Dit exemplaar ©maart 2012 is in voorontwerp en wordt bijgewerkt vóór finale druk.

Een praktische gids

Waarom? Voor wie?

U bent professioneel actief in de geestelijke gezondheidszorg, in welke hoedanigheid ook. U weet dat de naasten van de patiënt vandaag de dag steeds meer als partners in de zorg worden beschouwd. Samenwerken, netwerking, partnerschappen, zorgcircuits, participatie, betrokkenheid van de verschillende partijen… zijn kernwoorden geworden in het nieuwe model van de geestelijke gezondheidszorg.

Ze hebben met name de hervorming mee geïnspireerd die plaatsvindt in het kader van artikel 107 van de ziekenhuiswet *Naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken*.
Onderzoek heeft ook aangetoond dat de kwaliteit van het therapeutisch handelen vaak beter is als men rekening houdt met wat de families ervaren. Een aantal bibliografische referenties worden in de bijlage vermeld.

Vanzelfsprekend stelt u zich ook tal van vragen:

- Wat betekent dat, werken met de familie?
- Wie zijn de naasten, hoe kun je met hen samenwerken en tot hoever ga je?
- Wat zijn de hindernissen en moeilijkheden die je moet overwinnen?
- Op welke instrumenten kun je een beroep doen…?

Deze gids wil u helpen bij het vinden van antwoorden op deze en andere vragen.
Dit is een realisatie van Similes, de vereniging voor gezinsleden en nabijbetrokkenen van personen met psychische problemen.

De gids is in de eerste plaats ontworpen als een steun bij vorming van medewerkers, maar wil ook een bijdrage leveren aan het vervullen van de noodzakelijke voorwaarden om van families echte *partners in de zorg* te maken. Concreet betekent dit:

- De families inlichten over en vorming aanreiken voor deze nieuwe rol. Als ze er nog niet klaar voor zijn, is het belangrijk hen te helpen om te evolueren, waardoor ze hun bijdrage zullen kunnen leveren aan het werk dat de patiënt en de therapeut leveren;
- Werken aan een bepaalde beeldvorming (en soms aan clichés en stereotypes) die bij zorgverstrekkers leeft over het samenwerken met families;
- De betrokken partijen concrete instrumenten, hulpmiddelen en inspiratiebronnen aanreiken om te komen tot een beter wederzijds begrip;
- Boeiende en vernieuwende ervaringen op dit domein beter bekendmaken en wijzen op goede praktijken.

De familie

Wie zijn dat?

Met de familie werken, wat betekent dat? Allereerst moeten we het sleutelbegrip familie nader omschrijven. Wat bedoelen we er precies mee?

Gemakshalve zullen we hier dikwijls over de familie(s) spreken, maar eigenlijk is het een concept dat verschillende ladingen – en een complexe realiteit – dekt. Zorgverstrekkers kunnen te maken krijgen met een grote variatie aan contexten: het klassieke kerngezin (zoals de ouders van een jongvolwassene met psychische problemen), gescheiden en al dan niet nieuw samengestelde gezinnen (met soms andere opvattingen en moeilijk te hanteren spanningsvelden), families die zelf in moeilijkheden zijn, afwezige families…
In het laatste geval kunnen de naasten van een patiënt zelfs mensen zijn die geen verwanten zijn: een vriend(in), een buurman of -vrouw, een arts, een familiaal helper of helpster die een vertrouwenspersoon is geworden.

Als we het hier over de familie hebben, betekent dat dus eigenlijk de naasten en de omgeving; die bestaat soms maar uit één persoon. De leden van deze dichte omgeving delen twee kenmerken: ze voelen zich betrokken bij de situatie en ze genieten het vertrouwen van de patiënt. Die kan dus een traditionele *hiërarchie* helemaal links laten liggen door zijn vertrouwen te schenken aan persoon X of Y.

> *Er bestaat niet zoiets als een natuurlijke hiërarchie in de familie, het is altijd de patiënt zelf die beslist wie hij het meest vertrouwt. Als hij meer vertrouwen in een neef of een vriend heeft dan in zijn eigen vader, dan is dat zo.*
>
> *Een patiënt*

Toch gaan de meeste situaties en de meeste voorbeelden die we hier brengen over bloedverwanten.
Dat blijft de meest voorkomende context.

" Elke betrokkene die het vertrouwen geniet van de patiënt kan deel uitmaken van de naaste omgeving. Er is geen *natuurlijke hiërarchie* die moet worden gerespecteerd.

Waarom de familie erbij betrekken?

Ooit koesterde men wantrouwen tegenover de familie en naasten van de patiënt,

en hield men hen liever ver van de therapeutische relatie. Door hun optreden liep je zogezegd het risico dat de broodnodige vertrouwensrelatie tussen de therapeut en de patiënt vertroebeld geraakte. Sommigen vroegen zich zelfs af of de familie niet altijd een deel van de verantwoordelijkheid droeg bij het optreden van een geestesziekte.

Vandaag de dag is het werken met de familie een onomkeerbare noodzaak geworden in de geestelijke gezondheidszorg. Het is niet altijd gemakkelijk om hier goed mee om te gaan, zoals we nog zullen zien, en het kan op het eerste gezicht een element zijn dat de zaak nog eens extra complexer maakt. Maar in de ogen van tal van professionele hulpverleners betekent het werken met de familie op termijn toch zeer vaak meer kwaliteit en een grotere efficiëntie.

Hoe komt dat?

Daar zijn drie grote redenen voor: omdat de naasten over kennis van de situatie beschikken en ervaringen achter de rug hebben die van hen bondgenoten van de hulpverlener maken; omdat zij over het algemeen in verbinding blijven met de patiënt en omdat men van hen verwacht dat ze de herintegratie in leefomgeving makkelijker zullen maken; omdat zij zelf onder de situatie lijden en ze dus ook vragers van zorg kunnen zijn.

> "De families kunnen zowel partners zijn in de zorg als mensen die zelf om zorg vragen.

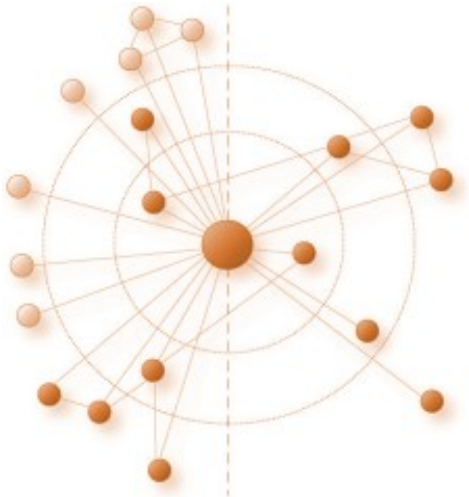
De expertise van de families

Vaak leven families al lange tijd samen met de patiënt en delen ze zijn dagelijks leven. Ze beschikken dan ook over kennis die bijzonder kostbaar kan zijn voor artsen en andere zorgverstrekkers. Zorgverleners hebben er dan ook alle belang bij de naasten te zien als *helpers* en als informatiebronnen die hun analyse kunnen aanvullen: niet om het verhaal van de patiënt ongeloofwaardig te maken, maar om hun zicht op de toestand te verfijnen – en dus ook om de doeltreffendheid van hun optreden te verbeteren.

Een hulpverlener

Als je naar de familie luistert, vermijd je dat je je alleen baseert op de getuigenis van de patiënt om je een voorstelling van de situatie te maken. Dan ontmoet je ze echt, krijgen namen een gezicht en kun je bepaalde zaken nuanceren. Volgens mij verrijkt dat onze therapeutische praktijk.

De psychische problemen die je op een louter individuele manier kunt behandelen zijn zeldzaam. Elke patiënt heeft een leven achter zich, een traject dat onvermijdelijk zijn sporen heeft nagelaten. *De schaduw van de omgeving*, wordt dat wel eens genoemd.



Een hulpverlener

Je hebt geen keuze: je kunt de familie niet weggommen uit het hoofd van de patiënt. De schaduw van de omgeving is altijd aanwezig en heeft invloed op de patiënt. Als er bijvoorbeeld sprake is van irrationele geloofsovertuigingen, dan kan hij die in zijn leefomgeving gehoord hebben. Of men dat nu wil of niet, de omgeving moet bij de therapie betrokken worden.

Het gebeurt uiteraard ook dat de familie zelf in gebreke blijft. Bij gebrek aan vorming en informatie kunnen naasten het werk van het therapeutische team zelfs ondermijnen. Dat is juist een extra reden om met hen samen te werken! In sommige gevallen kan de hulpverlener, onder het mom van de noodzaak van een partnerschap met de familie, op een subtiele wijze ook leden van de familiale omgeving begeleiden...

Een hulpverlener

Zo is er een moeder die zeer betuttelend is. Elk weekend, als haar dochter bij haar blijft, vernietigt ze het emanciperend werk dat we in de week proberen te doen: haar dochter wordt dan weer als een *klein kind*. Die moeder denkt goed te doen, hoor, maar ze onderhoudt de situatie. Haar zieke kind is bijna haar bestaansreden geworden. Eigenlijk heeft zij ook begeleiding nodig!

> "Nooit is er géén omgeving. Als die omgeving over vaardigheden beschikt, moet je die gebruiken en te nutte maken. Als er tekorten zijn, moet je proberen er iets aan te doen.

De banden met de leefomgeving

De meeste patiënten bewaren een min of meer nauwe band met hun familiaal milieu. Veel families blijven de eerste betrokkenen, bijvoorbeeld tijdens de weekendverloven of, meer nog, als de zorg ambulant wordt verstrekt. Ze staan in voor een hele reeks praktische en andere taken, van de was over administratieve verplichtingen tot het beheer van de financiën. Hier is enige coherentie vereist: je kunt niet verwachten van de omgeving dat ze zich van deze vaak vervelende taken kwijt en dat ze op andere momenten wordt uitgesloten van elke verantwoordelijkheid.

Een familielid

Als mijn vrouw naar huis komt, moet ik werkelijk álles doen voor haar: zorgen voor het eten en de inkopen, voor de was, voor het huishouden, haar papieren in orde brengen, nakijken of ze haar pillen heeft genomen... Maar als ik wat informatie aan de zorgverleners vraag, dan antwoorden ze dat het beroepsgeheim is. Ik voel me soms voor schut gezet!

Deze dubbelheid is absoluut te vermijden op het ogenblik van het ontslag uit het ziekenhuis. Om de terugkeer van de patiënt naar zijn leefomgeving zo veel mogelijk kans op slagen te geven, moet dat moment zorgvuldig worden voorbereid. Dat kan niet zonder de families zelf erbij te betrekken. Zij moeten weten dat het leven niet meer helemaal zal zijn zoals voorheen, dat er een nieuw evenwicht moet worden gezocht en dat iedereen zijn of haar plaats zal moeten vinden. Ze moeten er zich ook van bewust zijn dat elke behandeling een langetermijnproces is en dat je niet alle problemen van de ene dag op de andere kunt oplossen.

Een patiënt

Als de patiënt terugkomt en zijn familie niet goed voorbereid is, dan kan de reactie zijn, bij het minste probleem: *Wel, ben je nu nog niet genezen? Waarom moest je dan naar het ziekenhuis?* De omgeving moet zich ervan bewust zijn dat een psychisch probleem iets anders is dan een gebroken been...

Opnieuw moet er hier een minimale coherentie zijn. Als een instelling ervoor kiest de omgeving van de patiënt niet te betrekken bij haar werk, dan moet ze ook een terugkeer voorbereiden naar een andere omgeving dan de familiale. Je kunt niet tegelijk de families op een afstand houden tijdens de hele duur van de behandeling en hen vervolgens plotseling vragen om de zieke weer bij zich op te nemen.

> Je kunt niet verwachten dat een patiënt in zijn eigen omgeving kan blijven of dat hij ernaar kan terugkeren als de naasten niet minimaal betrokken zijn bij de zorg.

Ook de families lijden

Aan de andere kant verliest men soms om uit het oog dat families waarvan een van de leden ernstige psychische problemen hebben, ook zelf lijden. Hun verdriet gaat samen met gevoelens van eenzaamheid, schuld, schaamte, ongerustheid en onmacht die ze nergens kwijt kunnen. Hoe meer er naar de families wordt geluisterd, hoe meer men hen kan helpen om vol te houden en de ondersteunende rol te vervullen die men van hen verwacht.

Een hulpverlener

Als een adolescent of jongvolwassene een zelfmoordpoging onderneemt, is dat ook voor de ouders een vreselijke ervaring. Er zijn momenteel nagenoeg geen voorzieningen om deze mensen te ontvangen en te luisteren naar hun verdriet. De jongere wordt behandeld, maar wie bekommert zich om de ouders? Ik vind dat behoorlijk onmenselijk.

Meer rekening houden met het lijden van de families heeft ook een preventief doel. Zo kun je vermijden dat de naasten van de weeromstuit op hun beurt te kampen krijgen met een probleem op het vlak van hun geestelijke gezondheid.

> Luisteren naar het lijden van de families betekent ook dat je hen helpt bij hun ondersteunende functie. Zo kun je soms vermijden dat er een waterval aan problemen ontstaat.

Gradaties in de betrokkenheid

Samenwerken met families is geen kant-en-klare formule die altijd en overal op dezelfde manier kan worden toegepast.

Er zijn gradaties in de zorgnood van patiënten, en dus ook in het samenwerken met families. Het hoeft niet overal even intensief te zijn en het moet op maat gebeuren.

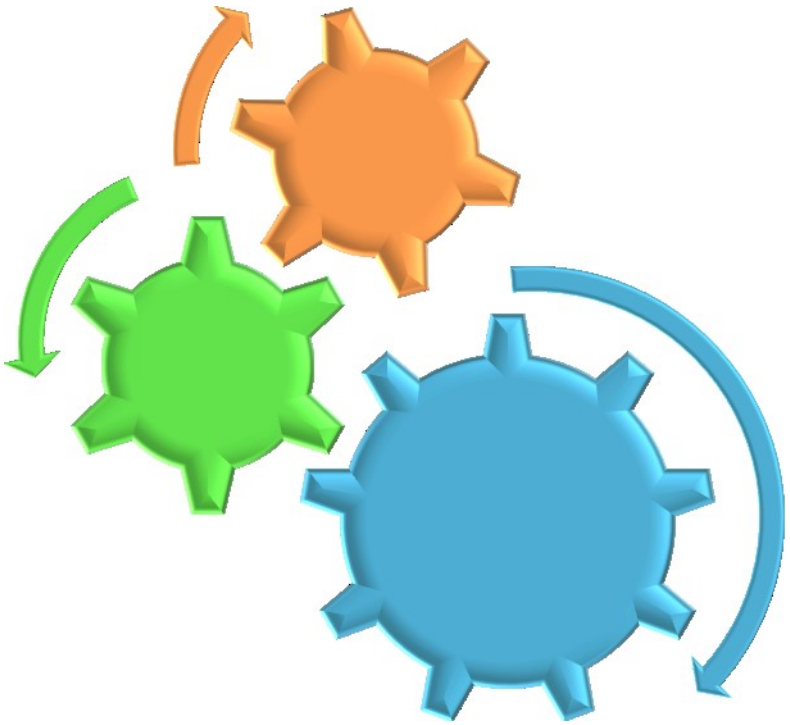
Over het algemeen kun je drie grote niveaus onderscheiden in het partnerschap met families:

- Het onthaal, de toegang tot informatie, het contact met de zorgverstrekkers: dit is een eerste stap. Je ziet ook op dit niveau al heel wat verschillen in de praktijk. Hoe worden de families ontvangen? Welke informatie geeft men hen?

- Het luisteren, de persoonlijke band, het advies: kunnen de families zich tot een contactpersoon richten om informatie of advies te krijgen over de toestand van hun naaste? Zijn er *luisterplekken* of gespreksruimtes waar ze onder woorden kunnen brengen wat zij ervaren?

- De dialoog, de betrokkenheid bij de zorg: zorgverstrekkers en naasten reflecteren samen over de oorzaken van problemen en over mogelijke oplossingen. Iedereen deelt zijn ervaring en zijn kennis, en men wordt het samen eens over wat er moet gebeuren.

Deze verschillende gradaties van betrokkenheid zijn uiteraard flexibel. Ze verschillen naargelang van de ziekte en de familiale context, en ze kunnen mettertijd evolueren. Ze volgen elkaar ook niet chronologisch op en in de praktijk lopen ze vaak door elkaar heen. Toch is het nuttig ze te onderscheiden en zich af te vragen waar men zichzelf situeert.



Het onthaal en de informatie

Als een van hun naasten ernstige psychische problemen heeft en in contact komt met professionele hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg, ontdekken de meeste families een voor hen totaal onbekende wereld: het jargon, de praktijken, de gebruiken... alles is nieuw. Ze kunnen dan ook danig onder de indruk zijn van die wereld en zich zelfs verloren en ontredderd voelen, zeker als ze uit een kansarm sociaal-cultureel milieu komen.

Het is daarom de taak van de hulpverleners zelf om de eerste stap naar de families te zetten, informatie te verschaffen en de kwaliteit van het onthaal te verzorgen. Dat moment is van beslissend belang: als de eerste contacten met de naasten slecht verlopen, wordt het uiterst moeilijk om later nog een vertrouwensband met hen op te bouwen.

Vaak is er sprake van goede wil om ook de families goed te onthalen, maar het gebeurt allemaal wat met de natte vinger en het is afhankelijk van de tijd die men heeft of van de persoon die toevallig aanwezig is als de patiënt en zijn naasten toekomen: de procedure is maar zelden uitgebouwd tot een systeem. Je kunt dus *geluk of ongeluk* hebben.

Uiteraard doen veel instellingen aan psycho-educatie, richten ze gespreksruimtes in en organiseren ze uitwisselingsmomenten en infosessies voor families over verschillende problematieken in de geestelijke gezondheidszorg. Maar ze moeten er ook voor zorgen dat er genoeg bekendheid wordt gegeven aan deze initiatieven en dat ze echt aan de verwachtingen van de naasten beantwoorden.

Een hulpverlener

Veel speelt zich af bij de allereerste contacten. Als je dan de mensen afschrikt of gewoon slecht ontvangt, is het nadien zeer moeilijk om een goede relatie op te bouwen. Je moet je terughoudend opstellen, vooral naar hun verhaal luisteren en je niet profileren als de persoon die het weet, want dan haken ze af.

Een naaste

Ik heb een infosessie over bipolaire stoornissen bijgewoond. De psychiater gaf er een erg technische uiteenzetting over de verschillende types van medicijnen. Er was geen interactie met de patiënten en de naasten, en wij waren allemaal een beetje beduusd van al die namen van producten. Ik had de indruk dat ik daar mijn tijd verloor en heb tegen mezelf gezegd dat ik niet meer zou komen.

De vader van een patiënt vertelt ook dat hij, toen hij zijn identiteitspapieren had verloren, op het politiecommissariaat een klein en zeer helder foldertje kreeg waarin werd uitgelegd welke stappen je moest zetten en op welke diensten je een beroep kon doen. Waarom, vroeg hij zich af, bestaat er niets gelijkaardigs in de instelling waar mijn zoon wordt verzorgd ?

Wat u kunt doen:

- Regel een procedure om de kwaliteit van het eerste contact met de naasten te waarborgen.
- Verspreid bij het onthaal een klein foldertje dat uitleg geeft, in eenvoudige en toegankelijke bewoordingen.
- Organiseer infosessies die zijn aangepast aan de noden van de families.

Luisteren en werken aan persoonlijke banden

Algemene informatie, over de werking van een instelling of de betrokken pathologie, beantwoordt slechts gedeeltelijk aan de vraag van families: de meeste van hen verwachten ook een meer persoonlijke betrokkenheid, niet alleen in verband met de algemene problematiek op het vlak van geestelijke gezondheid waarmee hun naaste te kampen heeft, maar ook inzake zijn of haar persoonlijke case.

Erg nuttig is dat de families binnen het team een contactpersoon hebben tot wie ze zich kunnen richten voor een antwoord op hun vragen, of raadgevingen over wat ze beter wel en niet doen. Deze persoon kan hen eventueel naar een andere, meer gespecialiseerde hulpverlener doorsturen. Zo verklaarde een hoofdverpleger dat hij systematisch zijn rechtstreeks telefoonnummer geeft aan de families die hem erom vragen.

Een andere mogelijkheid is dat er een referentiepersoon voor families wordt aangeduid die, behalve een contactfunctie, ook de taak heeft om het werk met de families in het algemeen te coördineren. Deze persoon moet erover waken dat dit systematisch mee in rekening wordt gebracht, met name tijdens de teamvergaderingen.

Een familietherapeut

Mijn vorige directeur deed dat systematisch. Als we de situatie van een patiënt tijdens een teamvergadering aan het bespreken waren, was er altijd een moment waarop hij zich naar mij richtte met de vraag: En de familie? Maar na zijn vertrek heeft helaas niemand die rol overgenomen. Het zou goed zijn dat we zo'n functie zouden formaliseren en dat iemand in de team een duidelijk mandaat zou hebben om het perspectief van de familie aan bod te brengen.

De psychische ziekte van de patiënt laat onvermijdelijk ook op zijn dichte omgeving sporen na. Zo zijn kinderen die gezien hebben dat hun ouder naar het ziekenhuis werd gebracht daar vermoedelijk van in de war of zijn ze bang: zij moeten hun gevoelens op een of andere manier kunnen uiten en zich gehoord voelen. Elk geestelijk gezondheidscentrum en elk psychiatrisch ziekenhuis zou over een luisterplek moeten beschikken, zo mogelijk in een aparte ruimte, waar er naar de naasten kan worden geluisterd. Zoals we al zeiden, is dit ook een vorm van secundaire preventie: het komt niet zelden voor dat naasten op hun beurt instorten omdat er niet genoeg rekening werd gehouden met hun pijn.

"

Wat u kunt doen:

- Duid voor de families een contactpersoon aan tot wie ze zich kunnen richten.
- Duid een referentiepersoon voor de families aan, die het werk met de families coördineert en dit facet in de teamvergaderingen aanbrengt.
- Creëer luisterplaatsen en gespreksruimtes.

Dialoog en betrokkenheid

De naasten goed onthalen, naar hen luisteren en hen informeren: dat alles is positief, maar toch blijven de families zo een relatief passieve rol spelen. Alleen de professionele zorgverstrekker beslist wat het beste is voor de patiënt. Vandaag stellen meer en meer zorgverstrekkers dit model ter discussie. Zij gaan ervan uit dat je het werken met de families niet zomaar kunt enten op de bestaande praktijken: het gaat om het fundamenteel herdenken van het concept *geestelijke gezondheidszorg* zelf.

Meer dan om een dialoog gaat het dus om een relatie met drie partijen, een trialoog of triade. Vaak wordt het hierdoor mogelijk om, door het samen leggen van uiteenlopende standpunten, uit bepaalde patsituaties te raken en nieuwe oplossingen te bedenken.

In een dergelijke opvatting van de zorg weegt het woord van de ene evenveel als dat van de andere. Iedereen moet zijn rol spelen en de positie van zijn gesprekspartners respecteren. De naasten hoeven zich dus niet geroepen te voelen om in de plaats te treden van de professionele zorgverstrekkers, die over een specifieke kennis en eigen competenties beschikken. Ze mogen ook in geen geval beslissen in de plaats van de patiënt, de enige die weet wat hij ervaart. Zij kunnen wel hun kostbare ervaring en eigen kennis aanbrengen. Die is het resultaat van wat ze dagelijks meemaken, zoals blijkt uit de getuigenis van deze partner van een patiënte met een bipolaire stoornis:

Een naaste

Het is mijn rol te observeren en te getuigen over wat ik dagelijks zie. Als ik merk dat het gedrag van mijn partner verandert, bijvoorbeeld als er iets is veranderd in de medicatie, zeg ik haar dat en signaleer ik het ook aan de dokters, zowel aan de psychiater in het ziekenhuis als aan de vaste huisarts. Als men overweegt om haar weer in het ziekenhuis op te nemen, leg ik uit waarom dat volgens mijn observaties al dan niet nuttig lijkt. Alle beslissingen worden in overleg genomen. Ik ben betrokken, ik informeer mij, ik geef advies en ik heb de indruk dat men daarnaar luistert. Maar de uiteindelijke beslissing ligt altijd bij mijn partner: niemand kan zich in haar plaats stellen en als de keuze niet van haar komt, zal geen enkele therapie en geen enkel medicijn effect sorteren.

Een zorgverstrekster

Wat nodig is, is de overgang van een model waarin dingen worden opgelegd en waarin de professional weet en zegt wat er moet gebeuren, naar een overlegmodel, waarin iedereen samen rond de tafel zit en naar een oplossing zoekt. We staan met z'n allen voor een probleem: de patiënt, de zorgverstrekkers, de naasten, eventueel de maatschappelijk werkers... De vraag is: hoe beleeft iedereen van hen het en wat draagt men aan om vooruitgang te boeken? Mensen kunnen akkoord gaan om dingen uit te proberen en op een later moment weer samenkomen om te zien wat het heeft opgeleverd.

Een familielid

Je moet vooral de eenzijdigheid – van de arts, van de patiënt, van de familie... – doorbreken, want dan is het vaak één standpunt tegen een

"

Wat u kunt doen:

- Zorg voor een *trialoog* waardoor je de kennis van de naasten kunt gebruiken en hen betrekken bij het zoeken naar oplossingen.
- Waak erover dat iedereen binnen zijn rol blijft en respecteer die van de partners.

Werken met de familie: moeilijkheden

In uw werk bent u ongetwijfeld al eens geconfronteerd met specifieke moeilijkheden die verbonden kunnen zijn met het werken met families: er is geen familie, de familiale context zit complex in elkaar, de relaties met de patiënt zijn bijzonder gespannen en slecht, de naasten geven blijk van onhandig gedrag, al is het dan soms met de beste bedoelingen... We willen deze problemen niet minimaliseren, maar toch denken we ook niet dat ze onoplosbaar zijn. Hier volgen enkele suggesties: hoe kun je omgaan met enkele specifieke situaties?

Wat te doen als de patiënt elk contact met de buitenwereld weigert?

In het overgrote deel van de gevallen kan een patiënt altijd minstens één iemand uit zijn omgeving aanduiden in wie hij vertrouwen heeft, ook al gaat het niet om een van de mensen die theoretisch het dichtst bij hem staan (een vriend eerder dan een ouder, bijvoorbeeld). Maar wat te doen als hij elk contact weigert, met wie dan ook? Of als hij er zich radicaal tegen verzet dat zelfs basisinformatie wordt meegedeeld aan zijn naaste familie?

De deontologie en de wetgeving, zoals de wet op de patiëntenrechten, verplichten professionele zorgverstrekkers rekening te houden met de wensen van de patiënt. Die heeft het recht te weigeren dat informatie over zijn gezondheidstoestand wordt verspreid, van welke aard ook. Het gaat dan niet alleen over de diagnose of behandeling, maar ook over het feit dat iemand is opgenomen in ziekenhuis X of Y.

De naasten van hun kant zijn vragende partij om een onderscheid te maken tussen de communicatie over gegevens die onder het medisch beroepsgeheim vallen, en louter feitelijke inlichtingen waardoor de omgeving van de patiënt kan worden gerustgesteld:

Een familielid

Ik was 15 en was alleen thuis; ik wist dat mijn mama ergens in een ziekenhuis was, maar toen ik belde wou niemand mij wat zeggen omdat zij elk contact met de familie weigerde. Als ze daar voor een appendicitis was geweest, dan hadden ze mij toch gezegd: *Ja, ze zit hier bij ons en de operatie is goed verlopen*. Waarom dat verschil?"

Het respecteren van de wil van de patiënt belet niet dat de zorgverstrekker argumenten kan aanreiken om hem te doen begrijpen dat het in zijn eigen belang is contact te leggen met een naaste.

Een zorgverstrekker

Je moet ernaar streven dat de patiënt meewerkt. Zoals je zijn instemming probeert te krijgen voor de voorgestelde behandeling, kun je hem ook geleidelijk aan laten wennen aan het idee dat zijn familie geïnformeerd en betrokken moet zijn, ook al stond hij daar aanvankelijk vijandig tegenover.

Een hulpverlener

Je kunt hem bijvoorbeeld uitleggen dat er toch een minimaal contact met de familie moet zijn, als was het maar om iemand in geval van nood te kunnen verwittigen. Het is dikwijls een handige toegangspoort: dan kun je later proberen om stilaan verder te gaan in de relatie met de familie.

Een andere interessante suggestie: ga flexibel om met de begrippen tijd en ruimte. Voor alles is er een passend moment. De fase van de opname, die vaak samenvalt met een crisisperiode, is zelden het beste moment om ten gronde te gaan werken met de familie. De patiënt moet dan heel veel nieuws ontdekken en voor zichzelf een plaats zoeken in zijn nieuwe omgeving. Soms begint hij aan een nieuwe behandeling.

Een patiënt

Ik had eerst geweigerd om iemand van mijn familie te ontmoeten. Ik was nog te veel in de war en met al die pillen die ik moest nemen, was ik zelfs niet zeker van wat ik zou vertellen. Ze hebben mij gepusht en uiteindelijk is het toch tot een gesprek met een van mijn zonen gekomen. Maar achteraf, toen ik het verslag las, werd ik echt boos: ik vond totaal niets terug van wat ik bij mijn weten had verteld, mijn verhaal was helemaal verdraaid.

Als de situatie eenmaal is gestabiliseerd, staat de patiënt in veel gevallen meer open voor het idee van een overleg met mensen uit zijn omgeving. Als hij ondanks al uw inspanningen blijft weigeren en de situatie vastzit, vergeet dan niet dat ook de familie zelf misschien afziet en dus ook vragende partij is. Informeer de patiënt in dat geval dat u verplicht zult zijn leden van zijn familie te ontmoeten om op hun behoeften in te gaan.

Een zorgverstrekker

Het staat in elk geval buiten kijf dat je niets onderneemt buiten medeweten van de patiënt. Maar je kunt hem zonder probleem openlijk zeggen: *Ik moet met leden van uw familie spreken, want zij zitten zelf met vragen. Als u niet aanwezig wilt zijn, dan is dat uw goed recht, maar dan zal ik hen op een andere plaats ontmoeten en zonder dat u erbij bent*.

Deze manier van werken leidt er dus toe dat je twee *ruimtes* van elkaar onderscheidt: een therapeutische ruimte, dat is een *plaats van vertrouwen* die bestemd is voor de contacten tussen patiënt en zorgverstrekker, en een open ruimte waar ook de families hun plaats hebben. In de mate van het mogelijke moeten die ruimtes ook beantwoorden aan fysiek andere plekken. Zo blijven ze in de ogen van alle betrokkenen duidelijk van elkaar onderscheiden.

Een andere strategie bestaat erin dat je de rollen omkeert:

Het gebeurt wel eens dat ik aan een patiënt zeg: *Ik zou om die of die reden graag contact opnemen met uw familie. Hoe kunnen we dat volgens u doen ?* Zo draai ik het perspectief om: ik breng de patiënt zo ver dat hij de noodzaak inziet van zo'n contact vanuit mijn standpunt als zorgverstrekker, en ik plaats hem in de positie van bemiddelaar die de situatie beter kent dan ikzelf. Ik maak van hem een bondgenoot.

Een zorgverstrekster

Het gebeurt wel eens dat ik aan een patiënt zeg: *Ik zou om die of die reden graag contact opnemen met uw familie. Hoe kunnen we dat volgens u doen ?* Zo draai ik het perspectief om: ik breng de patiënt zo ver dat hij de noodzaak inziet van zo'n contact vanuit mijn standpunt als zorgverstrekker, en ik plaats hem in de positie van bemiddelaar die de situatie beter kent dan ikzelf. Ik maak van hem een bondgenoot.

"

Wat u kunt doen:

- Probeer de toestemming van de patiënt te krijgen en hem te doen aanvaarden dat er toch een minimale vorm van overleg is met de familie.
- Ga flexibel om met tijd en ruimte: betrek er de familie niet te snel bij, regel het zo dat er aparte ruimtes zijn.
- Onderneem in elk geval niets achter de rug van de patiënt om!

Wat te doen als de familie het opgeeft?

Het gebeurt ook dat de naasten zelf het opgeven en niet langer vragende partij zijn om contact te hebben met de patiënt of het zorgteam, omdat ze van oordeel zijn dat ze al genoeg hebben gedaan.

Een zorgverstrekker

Er zijn families die letterlijk uitgeput zijn na zich jaren te hebben *afgebeuld* en die zeggen: *Breng me op de hoogte als mijn broer overleden is, maar vergaderingen, nee, ik heb er al genoeg meegemaakt. Ik kom niet meer.* Hoe langduriger de pathologie is, ik denk met name aan chronische alcoholisten, hoe groter het risico op uitputting bij de families wordt.

Hoe reageer je tegenover een familie die zelf heeft besloten om de bruggen op te blazen? Probeer eerst te achterhalen wat de oorzaken zijn van de uitputting. Als het gaat om een opeenhoping van praktische taken, is het soms mogelijk om voor de familie ondersteunende diensten in te schakelen die haar lasten wat kunnen verlichten.

Een hulpverlener

In de thuiszorg krijg je regelmatig signalen van familieleden die het niet meer aankunnen omdat ze er voor alles alleen voor staan: de schoonmaak, de inkopen, het eten, de administratieve zaken... Dan kan de psychiatrische begeleider van de patiënt op zoek gaan naar diensten die een aantal van die taken kunnen overnemen. Als ze betaalbaar en niet zelf al overbelast zijn, uiteraard...

Als een familie aan het eind van haar Latijn is, komt dat veel vaker door emotionele redenen, die nog zwaarder wegen dan praktische verplichtingen. De houding van de hulpverlener moet in zo'n geval genuanceerd en subtiel zijn: je moet de wens om zich (voorlopig) op de achtergrond te houden aanvaarden, en wel zonder de schuld te leggen bij naasten die zich al erg hebben ingezet, maar je mag ook geen definitief kruis maken over hun betrokkenheid bij latere fasen.

Een zorgverstrekker

Er zijn momenten waarop families even een rustpauze nodig hebben omdat ze al veel hebben gegeven en ze niet altijd even intens aanwezig kunnen zijn. Dat is nog geen reden om hen te vergeten: het is belangrijk hen te zeggen dat je je ervan bewust bent hoeveel ze al hebben gedaan en dat je hen zal blijven informeren over de evolutie van de patiënt.

Een familielid

Op een bepaald ogenblik heb ik tegen de hulpverleners gezegd dat het wat te veel werd voor mij en dat ik na al die jaren even afstand wou nemen. Maar ik heb er wel aan toegevoegd dat ik op de hoogte wou blijven van de evolutie van mijn broer. Dat hebben ze niet gedaan: ik was meteen totaal afgeschreven. Ik vind dat heel jammer.

Ook hier is het nuttig om rekening te houden met de tijdsdimensie:

Een zorgverstrekker

Een goede manier om contact te blijven houden met een familie die te veel van zichzelf heeft gegeven, is dat je op geregelde basis afspraken vastlegt op de middellange termijn. *Akkoord, u heeft nood aan een adempauze en wij begrijpen dat zeer goed, maar misschien kunnen we elkaar over bijvoorbeeld twee of drie maanden terugzien.* Je forceert niets maar laat de deur openstaan. Dat stelt iedereen gerust.

Op het moment dat er opnieuw contacten worden gelegd, moet u er uiteraard goed over waken dat u niet meteen al te gevoelige facetten aansnijdt of de lat te hoog legt wat de betrokkenheid van de families betreft. *Banale* organisatorische en praktische vragen kunnen vaak dienen als *voorwendsel* om de naasten weer te mobiliseren. Meer ambitieuze doelstellingen die je met hen wilt bereiken zijn voor een volgende fase.

"

Wat u kunt doen:

- Respecteer de behoefte van bepaalde families die aan het eind van hun Latijn zijn, om even op adem te komen, maar verbreek daar niet elk contact met hen.
- Regel uitwisselingen via een bemiddelaar als een directe relatie niet tot de mogelijkheden behoort.
- Begeleid de naasten naar ondersteunende diensten om hen te ontlasten van bepaalde taken die hen uitputten.

Wat te doen als u denkt dat de familie onhandig optreedt?

Er zijn ook families die van goede wil zijn en betrokken willen blijven, maar die dat soms op een overdreven of onhandige manier doen, waardoor ze zelfs het werk van de professionele hulpverleners kunnen ondermijnen. Zo is er het voorbeeld van het beschut wonen waar de naasten gebruik maken van vrije bezoeken om zich ook met andere bewoners in te laten en *raadgevingen* te geven die niet altijd even doordacht zijn.

Een hulpverlener

Het gaat hier om een soort van kennis die niet goed wordt aangewend omdat ze niet gekaderd is. Je zou ze kunnen valoriseren door aan deze naasten voor te stellen deel uit te maken van een gestructureerd overleg, zoals een comité voor beschut wonen. Daar kunnen ze hun standpunt naar voren brengen in een kader dat er speciaal voor is ingericht. Het kan daar worden genuanceerd, verrijkt en aangevuld in de confrontatie met andere aanwezigen.

Een patiënte

Toen ik op weekend thuis was, trof ik daar hopen boeken aan over depressie die uit de bibliotheek waren ontleend. Aan tafel werd over niets anders gesproken. Ik werd herleid tot mijn ziekte, alsof al de rest van wie ik ben verdwenen was.

In hun ontreddering willen families soms ook te veel. Ze willen koste wat het kost *weten en begrijpen*, en ze maken daarbij soms gebruik van informatie uit bedenkelijke bronnen, onder meer op het net: zo is er het voorbeeld van de vader die zijn zoon een medicamenteuze inspuiting afraadt omdat hij ervan overtuigd is dat dit de oorzaak is van zijn psychische problemen, en dus niet een middel om die juist te verlichten... Een ander voorbeeld van een onhandige en overdreven betrokkenheid van de omgeving:

We herhalen: het is door in gesprek te gaan met de naasten dat dergelijke excessen kunnen worden gecorrigeerd. Zo'n gesprek kan ook helpen om bepaalde situaties te ontdoen van hun dramatische karakter:

Een hulpverleenster

De ouders van jongvolwassenen die kampen met psychische problemen hebben de neiging alles te bekijken vanuit het perspectief van de ziekte, ook behoorlijk banale opvoedingsproblemen waarmee zowat alle ouders van jongeren te maken krijgen. Een nuttige vraag in zo'n geval kan zijn: *Wat zou u doen als uw kind niet ziek was?*

Tot slot: zelfs als de families zich actief en positief mee inzetten, als ze over de nodige middelen beschikken, als ze niet zijn uitgeput, als ze het vertrouwen van de patiënt genieten, dan nog moeten we waarschuwen voor een andere valkuil: de verleiding bij hulpverleners om dat partnerschap te instrumentaliseren. Met andere woorden: het te herleiden tot een middel om een doel te bereiken dat ze zelf vooraf hebben gesteld. De triade patiënt-hulpverlener-familie moet een relatie blijven met een open inhoud. Als families de indruk hebben dat men hen forceert om een spel te spelen waarvan de regels al zijn geschreven, bestaat het gevaar dat hun frustratie nog groter wordt.

Daartegenover moeten we er goed ook over waken dat er tussen de naasten en de hulpverleners geen verstandhouding ontstaat die de patiënt ervaart als een verbond dat achter zijn rug wordt gesloten.

Een hulpverlener

Het klopt dat er soms sympathie kan zijn met bepaalde naasten en dat de familie een zodanige partner wordt dat de patiënt wordt herleid tot een *object van zorg*. Men gaat dan een beetje over zijn hoofd heen praten. Een partnerschap met de familie is zeer oké, maar de eerste partner in de zorg moet toch altijd nog de patiënt blijven!

"

Wat u kunt doen:

- Ga in gesprek met de naasten om hen te laten zien hoe je bepaalde goedbedoelde maar onhandige reacties kunt vermijden.
- Gebruik het partnerschap met de families nooit als een eenvoudig middel om een vooraf gesteld doel te bereiken.
- Vermijd om met de families een verbond te sluiten waardoor de patiënt dreigt te worden uitgesloten.

Praktische instrumenten

Denkpistes en inspiratiebronnen

Inleiding

Naast de pistes die in de vorige bladzijden al zijn vermeld, kunnen nog andere instrumenten u helpen om van de familie een partner in de zorg te maken. We beperken ons hier tot de grote lijnen: meer details vindt u op **www.werkenmetfamilies.be**, die geregeld wordt aangevuld en up-to-date gehouden.
Aarzel niet hem regelmatig te bezoeken!

1
Familiebeleid

Doel
De missie van de dienst duidelijk maken

Toelichting en werkwijze
De officiële missie van het ziekenhuis, de instelling of de zorgdienst is zich te bekommeren om de patiënten. Op grond van dat doel worden ze ook gefinancierd. In welke mate is zo'n organisatie ook bevoegd om samen te werken met de families? Sommigen zullen misschien geneigd zijn de legitimiteit van het werken met de naasten te betwisten, door te stellen dat dit geen deel uitmaakt van de missie van het ziekenhuis. Ze gaan ervan uit dat het *tijdverlies* is.

Daarom kan het nuttig zijn dat de directie van een organisatie duidelijke engagementen aangaat in dit verband. Ze kan die bijvoorbeeld formuleren in een charter of een missieverklaring. Zo geeft ze aan iedereen een signaal en creëert ze een kader waarin het partnerschap met de families niet langer ter discussie kan worden gesteld, toch zeker niet principieel. Ook de zorgverstrekkers kunnen op dit argument een beroep doen om eventuele bezwaren van patiënten te weerleggen: *Ik moet contact opnemen met mensen uit uw omgeving. Dat is ons beleid in deze instelling.*

Bronnen
Op werkenmetfamilies.be vindt u een model van missieverklaring.

2
In de opleiding van professionele hulpverleners en zorgverstrekkers getuigenissen gebruiken over wat families ervaren

Doel
De expertise valoriseren van mensen die het hebben meegemaakt

Toelichting en werkwijze
Professionelen laten leren van de expertise die families en naasten van mensen met psychische problemen door hun ervaring hebben.

Naasten de kans geven te komen getuigen over wat ze hebben meegemaakt, hun verwachtingen en moeilijkheden, hun vragen.

Deze confrontatie is voor beide partijen vaak bijzonder verrijkend en kan ervoor zorgen dat de standpunten dichter bij elkaar komen.

Het werken met de families is een onderwerp dat van bij het begin van de opleiding van professionele zorgverstrekkers moet worden aangesneden. Het kan ook het voorwerp vormen van voortgezette opleidingen.

Het verdient in dit geval aanbeveling het niet te beperken tot een zuiver theoretische cursus, maar ook te vertrekken van de ervaring van de naasten en de families.

Om het risico op contraproductieve effecten te vermijden, moet dit *delen van de ervaring* zorgvuldig worden voorbereid :

- Informeer de naasten over wat je van hen precies verwacht;
- Help hen hun verhaal goed te focussen op het onderwerp van de opleiding (en zich niet te verliezen in een massa bijkomstigheden);
- Breng hen ertoe dat ze meer algemene lessen trekken uit hun individuele ervaring;
- Doe, indien mogelijk, een beroep op een buitenstaander als moderator om de gedachtewisseling tussen de naasten en de zorgverstrekkers te stimuleren.

Bronnen
werkenmetfamilies.be

3
Genogram

Doel
Het identificeren van het familiale en sociale netwerk van de patiënt

Toelichting en werkwijze
Wanneer een patiënt voor het eerst in een ziekenhuis wordt opgenomen of contact opneemt met een ambulante dienst, is het voor de hulpverlener niet altijd gemakkelijk zich een idee te vormen van hoe de omgeving van de patiënt eruitziet, zeker als hij/zij al een behoorlijk complex levensparcours achter de rug heeft. Wie is wie in zijn sociaal netwerk, wie is voor hem/haar echt van belang, wie heeft een rol gespeeld in zijn/haar leven en/of doet dat nog altijd?

Het genogram helpt om het sociaal netwerk van de patiënt te ontrafelen. Het is geïnspireerd op een klassieke stamboom en het visualiseert aan de hand van antwoorden in een vragenlijst de banden die de patiënt met een hele reeks andere personen heeft. Zo komt men soms tot de vaststelling dat iemand die op het eerste gezicht behoorlijk ver verwijderd is eigenlijk een grote invloed heeft uitgeoefend op het leven van iemand. In andere gevallen blijkt uit zo'n relatieboom dat er een contactpersoon is die de patiënt zelf niet spontaan heeft vermeld.

Bronnen
werkenmetfamilies.be

4.
InFoP: Psycho educatie voor familieleden van mensen met psychosen en schizofrenie

Doel
De naasten beter informeren

Toelichting en werkwijze
Een familie die ontdekt dat een van haar naasten een psychische aandoening heeft, wil over het algemeen veel informatie krijgen. Om aan deze vraag tegemoet te komen volstaat het niet een klein foldertje met uitleg te geven of een theoretische uitleg te geven die mensen vandaag de dag gemakkelijk zelf kunnen vinden. Wat de naasten écht interesseert, is dat ze een antwoord krijgen op de zeer concrete problemen waar ze dagelijks mee worden geconfronteerd. Ze willen ook instrumenten om de patiënt te helpen, maar ook om zichzelf te beschermen.

Behalve basisinformatie over de ziekte en de behandeling moeten modules voor psycho-educatie ook technieken aanreiken die helpen om met de ziekte te leren leven: stressbeheersing, versterken van de communicatievaardigheden, trainen om probleemoplossend te denken, hoe reageren op bepaalde symptomen, hoe een beroep doen op medische en sociale diensten... Uiteraard moeten deze sessies ruimte bieden voor vormen van interactiviteit.

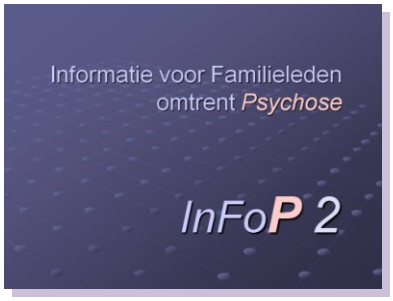
InFoP
Informatie over schizofrenie vanuit een medische invalshoek en met aandacht voor behandelingsmogelijkheden en medicatie. De rol van de familie in de behandeling wordt gekaderd. Informatie is de basisvoorwaarde om met de ziekte te leren omgaan.

Basispakket van vier modules in sessies van twee uur: voorkomen, symptomen en behandeling.

Aanvullend twee modules: psychose en drugs, juridische en administratieve implicaties van een gedwongen opname en goederenbeheer

Vorm
Cd-rom Powerpoints = aanbevelingen begeleiders
Werkboekje voor familieleden
Downloadpakket werkenmetfamilies.be

Bronnen
www.ligschizbel.be
nl.similes.be >downloads >InFoP
werkenmetfamilies.be



5
COMPAS: Psycho-educatie- en copingcursus voor familieleden van mensen met psychosen en schizofrenie

Doel

Coping = meer dan psycho-educatie = leren omgaan met…

Toelichting en werkwijze

De focus wordt verlegd van de patiënt met zijn ziektebeeld naar de impact van de ziekte op de omgeving en de beleving van alle betrokken gezinsleden.

Vertrekpunt = concrete behoeften van de familie. Familieleden die de psycho-educatie hebben gevolgd

Voorkennis is noodzakelijk. Vooraf inschatting hoe men in het persoonlijk proces gevorderd is.

Tegenindicatie: acute crisissituatie.

COMPAS kan enkel gegeven worden door begeleiders die voorafgaandelijk een training hebben gevolgd bij Similes. Duo's: twee hulpverleners of hulpverlener met een ervaringsdeskundige.

Blok 1: copingvaardigheden
Sessie 1+2: omgaan met schizofrenie
Sessie 3+4: communicatievaardigheden

Blok 2: noden en behoeften van de familie
Sessie 5+6: de beleving van de familie
Sessie 7: het belang van het stellen van grenzen

Blok 3: zingeving
Sessie 8: emotioneel verwerkingsproces
Sessie 9: evaluatie en afsluiting

Bronnen

www.ligschizbel.be
nl.similes.be
Similes ▪ Mieke Craeymeersch ▪ tel 016 244208 ▪ mieke.craeymeersch@similes.be
werkenmetfamilies.be

6

PROFAMILLE: een module van psycho-educatie. Een opleidingsprogramma van een bijzonder type dat zich richt op een groep personen met een naaste die te kampen heeft met schizofrenie (deze module is Franstalig)

Doel

Informatie aanreiken over de ziekte en haar behandeling

Aanleren van technieken om er beter mee om te gaan: stressbeheersing, versterken van de communicatievaardigheden, een training in probleemoplossend denken.

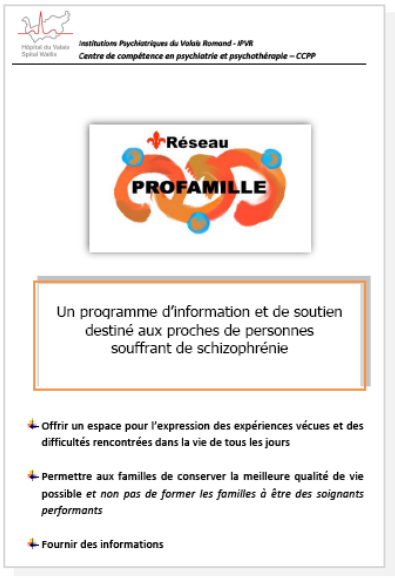
Toelichting en werkwijze

Families leren beter te begrijpen hoe je omgaat met een patiënt bij wie bepaalde symptomen moeilijk te beheersen lijken. Hoe kun je bijvoorbeeld beter omgaan met de volgende problemen: de weigering om zichzelf als ziek te beschouwen en een behandeling te volgen, weerstand, agressie, een gebrek aan initiatief, luiheid, te weinig organisatie, buitensporige angsten, alcoholisme, drugsverslaving, depressie, wanhoop.

Families leren ook hoe ze de gevolgen van stress voor zichzelf en op hun eigen gezondheid kunnen verminderen: angsten, irritaties, slecht slapen, schuldgevoelens, een gevoel van frustratie, droefheid, uitputting, vermoeidheid…

Families kunnen hierdoor de hulpmogelijkheden beter gebruiken en op een meer efficiënte manier een beroep doen op medische en sociale diensten.

Inhoud: 14 sessies van vier uur.
Schizofrenie: oorzaken, manieren waarop de aandoening zich uit, prognose
De behandelingen van schizofrenie
Ontwikkelen van communicatievaardigheden
Ontwikkelen van de vaardigheden om grenzen te stellen
Ontwikkelen van de vaardigheden om schuldgevoelens en angsten te beheersen
Ontwikkelen van de vaardigheden om emoties op het spoor te komen en ze te beheersen
Ontwikkelen van de vaardigheden om dwanggedachten te leren beheersen en om een goed zelfbeeld te behouden
Ontwikkelen van de vaardigheden om realistische verwachtingen te koesteren
Ontwikkelen van de vaardigheden om op een efficiënte manier hulp te vragen
Ontwikkelen van de vaardigheden om een ondersteunend netwerk op te bouwen



Bronnen

werkenmetfamilies.be

7
De triadekaart

Doel
Tot overeenstemming komen over de taakverdeling

Toelichting en werkwijze
Om een partnerschap goed te laten functioneren, is het belangrijk te weten wie wat doet: zo kan iedereen zijn rol correct spelen en weten wat hij/zij van de andere betrokkenen kan verwachten. Sommige instellingen werken hiervoor met een triadekaart. De patiënt, de zorgverlener en de naasten duiden er de taken op aan die ze bereid zijn op zich te nemen, of juist niet. Uit de vergelijking van de diverse lijstjes blijkt meteen voor welke functies er overleg nodig is en welke door niemand behartigd dreigen te worden. In een gesprek kan men het vervolgens eens worden over een rolverdeling waar iedereen zich goed bij voelt, over de stappen die gezet moeten worden (en door wie) en over de hulp en ondersteuning die nodig is. Al deze engagementen worden op de kaart vermeld.

De triadekaart met de taakverdeling is ook een nuttig instrument om het gesprek aan te gaan of te onderhouden: tijdens hun ontmoetingen kunnen de partners de kaart overlopen en nagaan waar er verbetering mogelijk is. Hierdoor beschikken ze over een concreet hulpmiddel om het overleg te organiseren en niet in het ijle te praten. Ze kunnen er ook naar verwijzen om het te hebben over bepaalde delicate facetten van de behandeling. Als bijvoorbeeld een van de partners de taak die men van hem/haar verwacht niet (correct) uitvoert , werkt het beter dat dit wordt opgemerkt met een verwijzing naar de kaart. Zo kan men samen naar een oplossing zoeken en hoeft iemand niet rechtstreeks te worden aangevallen.

Bronnen
werkenmetfamilies.be

8
Motiverende gespreksvoering – LEAP methode - Amador

Doel
Patiënten zonder ziekte-inzicht toch overhalen in behandeling te gaan

Toelichting en werkwijze
Schizofrene patiënten die hun ziekte ontkennen, worden *lastige* patiënten genoemd, weet Amador. Ze willen niet behandeld worden, ze komen niet op afspraken en ze nemen hun medicijnen niet. Na een jaar slikt de helft van de schizofrene patiënten hun medicijnen niet meer, na twee jaar is driekwart ermee gestopt. Af en toe worden ze opgenomen, en dan begint het hele liedje weer van voren af aan.

Deze methode, LEAP, bestaat uit vier stappen: luisteren, inleven, overeenkomen en samenwerken (Listen, Empathise, Agree, Partner). Familie kan ook dit stappenplan volgen.

Listen
Ik luister wat de patiënt te zeggen heeft en laat blijken dat ik hem begrijp: *Ok, dus je weet zeker dat je niet ziek bent, het échte probleem is dat er een chip in je hoofd is geplaatst.*

Empathise
Ik leef me in: *Dat moet heel naar voor je zijn, dat niemand je gelooft. Dat meen ik echt*.

Agree
Vervolgens ga ik op zoek naar zaken waar we het wél over eens zijn. Wat wil de patiënt graag? Hij wil het ziekenhuis uit, een baan, goede nachtrust. Daarbij kan ik hem helpen.

Partner
We gaan samenwerken om die doelen te bereiken.
Als hij medicijnen neemt, zal hij zich minder zorgen hoeven te maken over de CIA die hem 's nachts uit zijn slaap houdt. Bovendien zullen de mensen minder bang voor hem zijn, omdat hij niet meer hardop tegen zijn stemmen praat. Dat zal het makkelijker maken om een baantje te vinden.

Bronnen
Amador, X.,I am not sick, I don't need help , Edition Retz, 2007.
werkenmetfamilies.be

Meer weten ? Enkele bronnen
Op www.werkenmetfamilies vindt u een reeks nuttige bibliografische referenties.

mijn nota's

Deze gids is een initiatief van Similes en kwam tot stand in samenwerking met PSY107,
met dank aan de Koning Boudewijnstichting

Similes
sterk in verbondenheid

Similes

Koning
Boudewijnstichting