

TRIADE INTEGRAAL

Een behandeling en zeker een opname in de psychiatrie van een familielid is bijzonder overweldigend.

Familie en betrokkenen zijn met het gewijzigde gedrag van hun familielid soms al meerdere weken of maanden bezig, soms zelfs jaren. Meestal was dat een lange weg van zoeken, vragen stellen, schuldgevoelens, doktersbezoeken dikwijls zonder concreet resultaat. In dat traject komen er heel frustrerende situaties aan bod.

Bij de vraag om hulp aan dokters, politie of gerecht worden betrokkenen bv zelf al eens verwezen naar hulp Maar hoe kan je dat plaatsen zonder ook maar te weten wàt er met uw familielid aan de hand is ?

De eerste en belangrijkste steun aan familie en betrokkenen van een psychisch zieke naaste is wel te kunnen beseffen wat er gebeurt: informatie dus ! Voor jongeren is dat vanzelfsprekend; familie wordt automatisch betrokken. In de fysische geneeskunde ook. Maar in de geestelijke gezondheidszorg lijkt dat zeer moeilijk. Beroepsgeheim wordt ingeroepen, recht op privacy, vertrouwensrelatie met de patiënt, en wat

nog meer. Helemaal akkoord! Tussen zwart en wit liggen er nochtans veel tinten van grijs !

Weet u De ondraaglijkheid van het steeds onvoorziene, van zware spanningen en materiële of mentale schade, die de families treft, heeft enorm grote gevolgen voor het welzijn van het hele gezin; zowel ouders, partner, maar ook grote én kleine kinderen, en dit op korte of langere termijn !

Ook het algemene taboe dat berust op geestelijk ziek zijn, speelt een bijzonder negatieve rol. Familie kan moeilijk terecht bij familie en vrienden. Schaamte, onbegrip, verwijten bezwaren het grote lijden. Verhalen na vele jaren over deze pijn bij reeds gestabiliseerde patiënten blijven schrijnend.

Vraag is hoe familie efficiënt geholpen kan worden om het herstel van hun naaste te ondersteunen, maar ook om hun eigen herstel te bevorderen.

Ik durf dit probleem aan te kaarten op basis van mijn ervaring als moeder van een zoon met een psychotische kwetsbaarheid, maar vooral dankzij mijn vruchtbare samenwerking met de hulpverleners als ervaringsdeskundige in het mobiel team. Bij aanvang was het een voorzichtig aftasten, vooral van de kant van de professionele collega's. Ook ik moest mijn

plaats vinden binnen het team. Gaandeweg werkten we vlot samen als medewerkers op gelijk niveau, elk vanuit onze expertise en vooral binnen duidelijke afspraken. Mijn opdracht bestaat er in de familie van cliënten binnen het mobiel team te ondersteunen, o.a. met bezoek aan huis.

Wat enorm opviel was de groeiende openheid en de belangstelling van de collega's naar de situatie van de familie en hoe hun patiënt hierin functioneert. Door mijn aanwezigheid op de briefings vanuit het familieperspectief evolueerde het team spontaan naar contact met de naasten van hun cliënt. En ondertussen beperkt onze samenwerking zich niet meer alleen tot het Mobiele Team, maar komen collega's ook naar sommige Infoavonden van Similes (zoals over Open Dialogue) en bieden ze soms hun expertise aan op lotgenotenvergaderingen.

Waarom dit verhaal ? Het geeft duidelijk de nood aan aan verbinding tussen de hulpverleners en de familie van hun cliënten. De kloof is binnen de GGZ veel te groot tussen beide partijen. Op alle niveaus moet er in TRIADE kunnen gewerkt worden, met alle respect voor het beroepsgeheim én voor de vertrouwensrelatie tussen hulpverlener en cliënt. Deze is essentieel! Het principe van de TRIADE of dialoog geldt evenveel voor psychiaters en psychologen, ook binnen hun

privépraktijk, als voor elke begeleider in een ziekenhuis, beschut wonen of welke vorm van hulpverlening ook.

Dat dit haalbaar is, blijkt uit de werking binnen de Mobiele teams. Vermits de hulpverlener aan huis komt bij zijn cliënt, ligt het meer voor de hand dat diens context betrokken wordt bij de opvolging. De context hoort bij de leefwereld van de cliënt. Willen of niet. En laat ons zeker niet blind zijn voor de gevallen waar de TRIADE niet lukt Bv als de cliënt elk contact met zijn naasten weigert. Soms helemaal terecht. Geen discussie dan. Soms helemaal ten onrechte, en dat is heel moeilijk voor zijn of haar betrokken familie. Het recht van de patiënt kan soms een hindernis zijn. Daarom is het belangrijk dat de hulpverlening blijft hameren bij hun patiënt op de positieve werking van de TRIADE. Deze geeft doorgaans wél goede resultaten.

Waarom kan deze visie niet in alle gelederen van de GGZ worden toegepast ? Het zou zoveel leed kunnen besparen.

Informatie over wat er gebeurt of gebeurd is – zonder daarom de privacy van de patiënt te schenden, familie warm onthalen en tot rust brengen, oog en oor hebben voor de vragen van de naasten, uitwegen bieden naar

betere informatie en de weg naar familieverenigingen stimuleren. Psychische problemen zijn onbekend bij de meeste mensen. Confrontatie hiermee boezemt grote angst in, o.a. uit onwetendheid en omwille van de negatieve connotatie hierrond in de maatschappij.

Luisteren naar de betrokkenen kan wonderen doen: voor hen zelf maar ook voor de patiënt.

Empathie voor de naasten is essentieel in het herstelproces van de familie. Betrokkenen betrekken bij het herstel van beide partijen en verduidelijking en juiste duiding geven kan in elk geval tijd doen winnen. De hulpverlener kan met deze info nog alle kanten op. Tenslotte versterkt respectvol omgaan met de familie de verbondenheid en stimuleert hun veerkracht.

De vraag is Waar liggen er enkele oplossingen ?

DE GESPREKSDRIEHOEK of SAMENSPRAAKFICHE

Deze tools bestaan en brengen de patiënt en zijn context vlot bij elkaar om elkaar beter te begrijpen en een paar afspraken te maken. Hierin komen de diverse levensdomeinen aan bod en het ligt aan de verantwoordelijke hulpverlener om af te tasten wat voor de cliënt op dat ogenblik bespreekbaar is. Sowieso wordt met deze tool alvast het contact met de familie gelegd !

TIJD-LOONKOST FAMILIEVERTROUWENSPERSONEN E.A.

Deze approach kost tijd. In de ware zin van het woord! Hiervoor zijn meer medewerkers nodig. In sommige ziekenhuizen is hier al werk van gemaakt: familievertrouwenspersonen, referentiepersonen of herstelreferenten op de afdeling worden hier en daar ingeschakeld of zelfs familie-ervaringsdeskundigen. Voor de familie is een duidelijke bekendmaking van deze medewerkers noodzakelijk: op de website, op elke afdeling, het restaurant enz. Bij voorkeur wordt ook een proactieve aanpak door deze

familieverantwoordelijken mogelijk gemaakt, waarbij zij in contact kunnen treden met de familie volgens vooraf duidelijk gemaakte afspraken. Het werkt. Zoveel is zeker! En waarom deze personen ook niet inzetten in de CGG's en andere psychiatrische instellingen ?

BYPASS-psychiaters of -psychologen (term Dirk De Wachter) zijn niet formeel erkend, maar spontaan wordt deze ondersteuning hier en daar mogelijk gemaakt indien de behandelende psychiater een collega inzet om met de familie in gesprek te gaan ingeval de patiënt weigert dat zijn hulpverlener met de familie spreekt! Hier refereer ik naar het gedeelde beroepsgeheim onder professionelen.

Investeren in familie zal heel zeker ook leiden tot besparing, o.a. van dokters en medicatie voor de naasten. Bovendien biedt het in vele gevallen een oplossing tot beter welzijn en rust zowel voor de patiënt die zich beter begrepen en omringd voelt, als voor zijn naasten.

ONDERWIJS

Gelukkig is er in het onderwijs duidelijk meer aandacht voor de noden van de context. Ervaringsdeskundige cliënten én familieleden worden regelmatig uitgenodigd in Hogescholen voor interactieve

workshops. Dat biedt meer kansen voor de toekomst. Het is opvallend hoe jong-afgestudeerde collega's in het Mobiele Team interesse hebben in het werk van de Familie-Ervaringsdeskundige.

BIJSCHOLING

Diverse organisaties maken werk van een aanpassing en bijscholing tot een cultuurswitch in de GGZ. De TRIADE, de samenwerking tussen hulpverleners, patiënt en zijn naasten wordt officieel aangemoedigd door de Federale en de Vlaamse overheid. De theorie is uitgedokterd. Hoe deze nieuwe visie van hoog naar laag en omgekeerd geïmplementeerd krijgen in de diverse instellingen ? Dat is de kwestie ! Directies dienen de nieuwe visie openlijk te ondersteunen binnen het management, maar ook in hun publieke communicatie. Dat houdt zoveel meer in dan een korte vermelding bv op de website vanuit de basis moet de nieuwe familievisie opgebouwd worden via alle mogelijke kanalen van laag naar hoog en omgekeerd. Hiervoor moeten heel zeker meer middelen voorzien worden, zowel logistiek als personeel. O.a. Similes heeft hiervoor een vorming uitgewerkt en gaat

hiermee in gesprek met de diverse gelederen van hulpverleners. Er is nog veel werk aan de winkel!

VERBINDING

Op basis van de samenwerking tussen hulpverleners en familie-ervaringsdeskundigen in het mobiele team, en tussen ervaringsdeskundigen én FED's in diverse werkgroepen en organisaties (Familieplatform, Similes, FOD) wordt zeer veel informatie gewisseld en ontstaat er een betere verbinding om de TRIADE in een goede verstandhouding toe te passen. Dit is een goed model om verder te implementeren in alle netwerken!

Tot slot wil ik enkele concrete en praktische bemerkingen meegeven van families: ze lopen in de mate van het mogelijke van start van de zorg tot nazorg.

- Vraag om bij het eerste contact of bij een opname in gesprek te gaan met de ouders over wat er aan de hand is met hun kind, wat er voorgevallen is, wat de voorgeschiedenis is. Patiënten kunnen een totaal gebrek aan inzicht hebben in hun functioneren of slim genoeg zijn om er zich flink uit

te praten. Daarom is het gesprek met de familie/context een must.

- **Het belang van een tas koffie.** Een gesprek en info over wat ze gaan doen zal helpen om de familie te steunen bij het verwerken van (weer) een opname. Empathie voor de beleving van angsten en vraagtekens bij familieleden dient bevorderd te worden. Meestal wordt de familie pas gecontacteerd als er een probleem is echt betrokken worden bij het herstelproces is er niet. B.v. VOORAF polsen naar de reactie van de cliënt bij de familie over hoe hij met een gepland scenario zal omgaan!
- **Waarom neemt de kliniek geen contact met de ouders** wanneer de patiënt aangeeft dat hij zonder zijn familie alleen op de wereld staat. Ouders weten doorgaans meer over hun kind.
- Als de familie het ultieme vangnet is voor de patiënt maar als er tegelijkertijd door **het beroepsgeheim** onvoldoende informatie mag gegeven worden, hoe kan de familie dan leren op een correcte manier met de patiënt om te gaan ? Met te veel onbekenden kom je snel tot het verwijt van de patiënt dat de familie hem niet begrijpt. Informatie zal tot oplossingen leiden!

- Wens om actief betrokken te worden bij de behandeling van hun kind, en de versie van de patiënt toetsen aan die van de context. Zo kunnen misverstanden voorkomen worden. Ouders zijn geen vijand van hulpverleners, laat staan van hun zieke familielid. Zij wensen mee te zoeken naar een oplossing en menen hierin een belangrijke bijdrage te kunnen leveren.

Familie wordt te weinig betrokken bij het herstel van de patiënt. De triade biedt echter meerdere mogelijkheden. In Postkuur bv wordt de familie doorgaans compleet vergeten en precies daar zouden professionelen sneller signalen kunnen herkennen van een opkomende nieuwe psychose, als de familie meer betrokken zou blijven.

Probleem is dat net dan het beroepsgeheim zo efficiënt is dat er geen overleg met de familie thuis meer mogelijk blijkt om te checken. M.a.w. van een geïntegreerde aanpak is er absoluut geen sprake.

- Familie geraakt zelf soms uitgeput en wenst hulp te krijgen. Dit wordt hen maar zelden aangeboden, niettegenstaande de verschrikkelijke zaken die zij meemaken. Hier geven beleidsmakers geen aandacht aan.

- Familie-avonden in het ziekenhuis zijn absoluut noodzakelijk , georganiseerd door professionelen met een methodische aanpak met de bedoeling de context een handelwijze aan te reiken in het omgaan met de patiënt, of het nu psychotische, borderline, bipolaire of een andere problematiek is. In het verleden hadden dergelijke infoavonden voor familie groot nut.
- Belang van familievertouwenspersoon om het contact met de hulpverlening te bevorderen indien de opname aan patiënt en familie het gevoel van stagnatie inboezemt. Informatie is zo belangrijk.
- Belang van de continuïteit van de behandelaar binnen de ziekenhuizen én van de continuïteit van de zorg na ontslag. Ten allen tijde dient er continuïteit van de zorg verzekerd te worden, ook in het ergste geval als de patiënt door agressie of middelengebruik ontslagen wordt op staande voet. Dit om nieuwe drama's en trauma's te voorkomen!
- Bij ontslag zou de familie volgens een vaste procedure begeleid dienen te worden op alle vlakken: zieke patiënten zijn niet in staat briefwisseling op te volgen met de mutualiteit, facturen allerhande, etc. De Sociale Dienst van het

ziekenhuis zou dit bij ontslag moeten overbruggen.
Of moet er bewindvoerder aangesteld worden ?

- Belang om dossiers door te sturen naar een nieuwe behandelaar, psychiatrische kliniek ... met nieuwe observatie, nieuwe identieke gesprekken, soms zelfs met dezelfde methodologie! Dit put de patiënt uit en doet doorgaans tijd verliezen. Bv: Nieuwe medicatie vraagt soms een dramatische aanpassing!
- Ook bij collocatie worden de dossiers soms niet of te laat doorgegeven aan de vrederechter met als gevolg inadequate beslissingen op basis van onvolledige informatie.
- Politie wil soms wel, soms niet mee. Ook van politie mag er empathie t.a.v. de familie verwacht worden, bv als moeder peilt naar mogelijke opname in een instelling: 'we mogen u dat niet zeggen, mevrouw'.
- Sommige ouders vinden het recht van de patiënt een verkeerde wet! In het nadeel van de nodige zorg aan hun familielid.

Ik heb hier gepoogd een aanzet te geven. Ik wil u vragen om vanuit het professionele veld, waar het moet gebeuren en waar de organisatie zit, de intrinsieke samenwerking met familie zo efficiënt mogelijk uit te werken. Ik luister graag naar uw suggesties en hoop dat deze worden meegenomen voor een concrete toepassing.