



Blauwdruk herstelondersteunende psychosezorg

2025

Stijn Vanheule
Margot de Sloover
Bart Rabaey

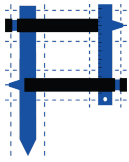


UNIVERSITEIT
GENT



Inhoud

1. INLEIDING.....	2
1.1 HERSTEL.....	4
1.2 HERSTELONDERSTEUNENDE ZORG	8
1.3 DE VERMAATSCHAPPELIJING VAN DE GGZ IN VLAANDEREN	13
2. REVIEW VAN INTERNATIONALE ONDERZOEKSLITERATUUR.....	20
2.1 DE KLOOF TUSSEN THEORIE EN PRAKTIJK	20
2.2 HERSTEL VANUIT EEN MAATSCHAPPELIJK PERSPECTIEF	22
2.3 HERSTEL IN DE GEMEENSCHAP	22
2.4 HERSTEL IN EN MET DE CONTEXT	23
2.5 HERSTEL IN DE ORGANISATIE/INSTELLING	27
2.6 HERSTELONDERSTEUNENDE ZORGVERLENERS	30
2.7 HERSTELGERICHTE ZORGGEBRUIKERS.....	33
2.8 RICHTLIJNEN VOOR HERSTELONDERSTEUNENDE ZORG	34
2.9 CONCLUSIE	36
3. METHODE.....	38
3.1 ONDERZOEKSOPZET	38
3.2 STEEKPROEFTREKKING.....	38
3.3 ONDERZOEKSPROCEDURE	43
4. RESULTATEN: 13 ACTIEPUNTEN	49
1. ZORG VOOR EEN WARM ONTHAAL EN EEN VRIENDELIJKE OMGANGSSTIJL	50
2. LAAT EXPERTEN ONTMOETEND WERKEN	56
3. REALISEER GROTE IMPACT MET HET KLEINE SAMENLEVEN	61
4. STEL HET TRAJECT EN HET VERHAAL VAN DE PATIËNT CENTRAAL	67
5. BEWERKSTELLIG ZORGCONTINUÏTEIT	77
6. HEB GEDULD IN TIJDEN VAN HAAST	82
7. LUISTER NAAR EN WERK MÉT DE CONTEXT	87
8. BETREK ERVARINGSDESKUNDIGEN	97
9. ORGANISEER ZORG IN SAMENSpraak	103
10. DE-ESCALEER BIJ CRISIS EN WERK VERBINDEND	107
11. DRAAG EN HANTEER ANGST EN ONZEKERHEID PROFESSIONEEL.....	116
12. LAAT GEDEELDE VERANTWOORDELIJKHEID PRIMEREN BOVEN PROCEDURES	121
13. ZOEK VERBINDING MET DE SAMENLEVING	127
5. DISCUSSIE.....	139
5.1 BEVINDINGEN	139
5.2 TERUGKOPPELING NAAR DE ONDERZOEKSLITERATUUR.....	142
5.3 BEPERKINGEN EN IMPLICATIES.....	147
5.4 TOEKOMSTPLANNEN	149
6. DANKWOORD	151
7. LITERATUUR	153

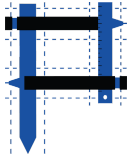


1. Inleiding

In Vlaanderen is er goede, kwaliteitsvolle, verwelkomende, humane psychiatrische psychosezorg voorhanden. Er is echter ook zorg die deze kwaliteiten mist, die al te medisch is, protocollair, koud, onmenselijk, tot zelfs gewelddadig en traumatiserend, waar met psychose omgegaan wordt op een wijze die allerm minst bevorderlijk is voor herstel. Dat horen we als we luisteren naar patiënten en hun familieleden, naar hulpverleners, of als we de krant lezen of het journaal opzetten.

Er zijn nogal wat ernstige en shockerende problemen in hoe we als samenleving met psychose en acuut psychotische ervaringen omgaan. Zo zijn er politie-interventies die overmatig geweld gebruiken in confrontatie met acute psychose. Interventies die de voorbije jaren meermaals een tragische afloop kenden. Zo was er in 2024 nog de dood van Peter Goeman, die zelf de politie had gebeld omdat hij opnieuw een psychotische episode voelde opkomen. Toen hij later—geboeid en ongewapend—agressief werd, werd hij doodgeschoten (Heymans et al., 2024). Er zijn meerdere dergelijke voorvallen in de recente geschiedenis. Pieter Aerts, een man met psychoses wiens ouders de politie gebeld hadden omdat ze geen contact meer met hem kregen, werd bij het huisbezoek door de politie doodgeschoten (Debeuckelaere, 2025). In 2018 overleed Jozef Chovanec aan de gevolgen van de hardhandige en brutale politie-interventies die hem in bedwang moesten houden, toen hij op de luchthaven van Charleroi een psychose kreeg (Gilliams, 2024). Eerder was er Jonathan Jacob, die in 2010 stierf in een politiecel, nadat een Bijzondere Bijstandsteam de naakte en verwarde man gewelddadig probeerde te overmeesteren (Leestmans & Van den Berghe, 2013). Lichtpuntje is dat er, mede in reactie op deze incidenten, ook aanzetten zijn tot hervormingen, zo is de hervorming van de wetgeving rond gedwongen opnames een stap in de goede richting (Vandenbergh et al., 2024).

Maar ook in onze zorginstellingen gaat het er soms hard aan toe. Er zijn talloze getuigenissen van patiënten die vertellen over gedwongen opnames waar isolatie en fixatie vaak standaardinterventies zijn. Nog steeds. Sprekend hiervoor is het boek *Tussen Waan en Zin* van Brenda Froyen (2025), waarin de auteur in detail aantoont dat de zorg voor personen met psychosegevoeligheid vaak niet herstelondersteunend is. Ook anderen getuigden expliciet over de traumatiserende effecten van de vernederingen van fixatie en isolatie, over ‘zorg’ waar niet of amper geluisterd en gesproken wordt, waar men zonder veel uitleg geïsoleerd en gefixeerd wordt, vastgebonden, hardhandig uitgekleeft, dagenlang geïsoleerd, urenlang aan handen, voeten en buik op bed vastgebonden (De Houwer, 2021; Froyen, 2014, 2025; Jannis, 2025; Lammerant, 2015; Mahjoub, 2018; zie ook de website van *Nada*, het *Netwerk Alternatieven voor Dwang en Afzondering in de GGZ*, <https://nadanetwerk.org>, voor talloze getuigenissen over dergelijke praktijken). Dat deze getuigenissen zo talrijk zijn leert ons dat dit geen uitzonderingen zijn, maar courante praktijken. Ook hulpverleners getuigen over



behandelwijzen waar patiënten geweld wordt aangedaan, waar tegen de minimale basisprincipes van humane zorg gezondigd wordt, en pleiten voor menswaardigere alternatieven (Catthoor, 2023; Slabbinck, 2019; van der Heijden, 2016; Verbeke, 2019, 2022).

De psychiatrische zorg voor psychose is niet overal herstelondersteunend georganiseerd, niet elke instelling hanteert dezelfde principes over wat goede zorg is, waardoor het een kwestie van geluk is of je bij een opname een kop koffie dan wel een isoleercel aangeboden krijgt. Zoals Brenda Froyen, schrijft: “In de psychiatrie is het nog steeds een kwestie van geluk of je goed geholpen zal worden en of je dus kan en zal herstellen” (Froyen, 2025, p. 18). Dat zou het geval niet mogen zijn. Goede, warme, herstelondersteunende zorg zou een vanzelfsprekendheid moeten zijn.

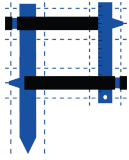
In deze blauwdruk beogen we, door in gesprek te gaan met ervaringsdeskundigen, familieleden, hulpverleners uit diverse beroepsgroepen en opleidingsniveaus—van verpleegkundigen tot psychiaters—tot een gedeelde, gedragen, door veelvuldige en diverse ervaring onderbouwde, beschrijving te komen van wat goede, herstelondersteunende psychosezorg in de praktijk precies inhoudt. Via een kwalitatief onderzoek met interviews via focusgroepen onderzochten we wat er in de psychosezorg concreet moet gebeuren om voor patiënten en hun naasten herstelondersteunend te handelen. Dit brengt ons tot het formuleren van 13 concrete aanbevelingen over hoe de zorg te organiseren en hoe om te gaan met personen die een psychose meemaken of meegemaakt hebben, en hun naasten. (Zie 4. *Resultaten* voor onze 13 aanbevelingen.)

In deze inleiding bespreken we onder 1.1 de diverse opvattingen over herstel. We belichten eerst de klassieke, medische visie op klinisch herstel, en vervolgens de evolutie naar een toenemende erkenning van het belang van persoonlijk, existentieel en maatschappelijk herstel. Daarna schetsen we kort hoe dit vorm krijgt in de hedendaagse Vlaamse geestelijke gezondheidszorg. We bespreken het beleid omtrent de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg en hoe zich dat vertaalt naar het klinisch werkveld.

Vervolgens, in 2. *Review van internationale onderzoeksliteratuur*, bespreken we de onderzoeksliteratuur over het implementeren van een herstelondersteunende aanpak in de klinische praktijk in residentiële en ambulante zorg.

In 3. *Methode* beschrijven we de methodiek van onze focusgroepstudie en de kwalitatieve data-analyse waarmee we tot onze 13 aanbevelingen gekomen zijn, die we vervolgens bespreken in 4. *Resultaten*.

In 5. *Discussie* bespreken we de bevindingen en koppelen we een aantal vaststellingen terug naar de eerder besproken literatuur. We bespreken de implicaties en onze hoop en betrachting dat deze blauwdruk geen dode letter blijft, maar een werkdocument wordt, dat aanzet tot reflectie, intervisie, opleiding... en zo een impact kan hebben op het klinisch



werkveld en op hoe we vanuit de geestelijke gezondheidszorg omgaan met sommige van onze meest kwetsbare medeburgers op het moment dat ze het meest ontredderd zijn en het meest nood aan zorg en ondersteuning ervaren.

1.1 Herstel

Herstel is een breed en veelzijdig begrip dat op uiteenlopende manieren kan worden ingevuld (Vanheule & van Os, 2022). Juist daarom is het van belang om verschillende perspectieven op herstel expliciet met elkaar te vergelijken.

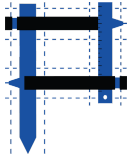
Klinisch herstel

Klinisch herstel is het meest traditionele begrip van herstel, waarbij herstel voornamelijk opgevat wordt als het verminderen of verdwijnen van symptomen van een psychische aandoening, zoals depressie, angst of psychose. Klinisch herstel omvat het gebruik van medicatie, therapieën en andere behandelingen om symptomen te beheersen, om de ziekte te behandelen met als doel de persoon terug te brengen naar een staat van normaal functioneren. Een veelgebruikte definitie is dat klinisch herstel bestaat uit volledige symptoomremissie, voltijds of deeltijds werken of studeren, zelfstandig leven zonder toezicht van informele zorgverleners, en het hebben van vrienden waarmee activiteiten kunnen worden gedeeld, dit alles gedurende een periode van twee jaar (Slade & Longden, 2015).

Binnen deze visie op herstel, waarbij klinisch herstel primeert, heeft herstel volgende kenmerken:

1. herstel wordt gezien als een uitkomst of een toestand, meestal dichotoom: een persoon is hersteld of niet hersteld;
2. herstel is observeerbaar en dus objectief vast te stellen, niet subjectief;
3. herstel wordt beoordeeld door de deskundige clinicus, niet door de patiënt;
4. de definitie van herstel varieert niet tussen individuen (Slade & Longden, 2015).

Deze opvatting getuigt van een technologisch paradigma waarbij psychische problemen worden verondersteld voort te komen uit verstoorde processen binnen het individu, deze worden universeel en causaal gemodelleerd, los van de specifieke context van het particuliere individu, en de resulterende interventies worden toegepast en geëvalueerd onafhankelijk van sociale en interpersoonlijke waarden, verhalen en relaties (Slade & Longden, 2015). In dit paradigma wordt herstel gezien als 'herstellen van' een problematiek en dit wordt ingevuld als het verminderen van symptomen en het terug meer 'normaal functioneren' (Davidson & Roe, 2007).



Deze benadering van herstel werd echter steeds meer in vraag gesteld en kreeg heel wat kritiek uit verschillende hoeken, waaronder de herstelbeweging (Davidson & Roe, 2007). De herstelbeweging ontstond als een reactie op de klinische definities van professionals waarin patiënten, ex-patiënten en zorggebruikers wezenlijke aspecten misten van wat zij zelf belangrijk vonden (Van Audenhove, 2017).

Uitbreiding van het herstelbegrip

In toenemende mate kwam er dus kritiek op de eenzijdige kijk op herstel van psychische moeilijkheden en wordt er, onder invloed van patiëntenverenigingen en de herstelbeweging, meer aandacht besteed aan andere vormen van herstel: persoonlijk herstel, maatschappelijk herstel, en existentieel herstel. Als alternatief voor de biomedische benadering die zich enkel richt op klinisch herstel, beoogt de zorg in toenemende mate om zich te organiseren volgens herstelondersteunende principes (Vanheule & Van Os, 2022). Een herstelgerichte of herstelondersteunende organisatie van de zorg- en dienstverlening voor psychosegevoelige patiënten en hun familie blijft weliswaar aandacht schenken aan het optimaliseren van klinisch herstel, maar zet ook volop in op de andere vormen van herstel. Het zwaartepunt verschuift van een focus op traditionele klinische resultaten waarbij de nadruk ligt op de afwezigheid of vermindering van symptomen, naar een visie waarbij de patiënt zelf definieert wat cruciaal is in zijn of haar herstel.

Een aantal definities van herstel door pioniers van deze visie zijn de volgende. Anthony (1993) definieert herstel als een zeer persoonlijk en uniek proces waarbij iemands attitudes, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen veranderen. Het is een manier om een bevredigend, hoopvol en zinvol leven te leiden, zelfs met de beperkingen veroorzaakt door ziekte. Herstel houdt de ontwikkeling in van een nieuwe zingeving en doel in het leven, terwijl men groeit voorbij de ingrijpende gevolgen van een psychische aandoening. Deegan (1988) omschrijft herstel als een proces, een manier van leven, een attitude en een manier om de dagelijkse uitdagingen aan te gaan. Het is geen perfect lineair proces, soms is het pad grillig, struikelen we, vallen we terug, en herpakken we ons opnieuw. De betrachting is om om te gaan met de uitdaging van de beperking, en een nieuw en waardevol gevoel van eigenwaarde en doelgerichtheid te herwinnen, binnen én voorbij de grenzen van die beperking. Doel is om te leven, te werken en lief te hebben in een gemeenschap waaraan men een betekenisvolle bijdrage levert.

Deze definities omvatten de aspecten persoonlijk herstel, maatschappelijk herstel, en existentieel herstel, die we achtereenvolgens kort toelichten.

Persoonlijk herstel

Persoonlijk herstel richt zich op het proces waarbij een persoon zijn of haar identiteit herontdekt en een bevredigend en zinvol leven opbouwt, ondanks de aanwezigheid van



psychische symptomen. Dit omvat het vinden van betekenis, hoop, en doelen in het leven, en het ontwikkelen van veerkracht, zelfrespect en zelfredzaamheid.

Op basis van een systematische review en narratieve synthese van gepubliceerde studies met beschrijvingen en modellen van persoonlijk herstel, formuleren Leamy en collega's (2011) het CHIME-model. Het acroniem CHIME staat voor de kernelementen: *Connectedness; Hope and optimism about the future; Identity; Meaning in life; en Empowerment*.

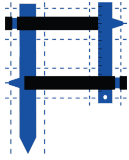
Dit zijn de vijf belangrijkste elementen voor persoonlijk herstel:

1. *Verbondenheid*. Dit omvat peer ondersteuning en steungroepen, relaties, steun van anderen, en het deel uitmaken van een gemeenschap.
2. *Hoop en optimisme voor de toekomst*. Hierbij zijn de belangrijkste factoren het geloof in de mogelijkheid tot herstel, de motivatie om te veranderen, hoopgevende relaties, positief denken en het waarderen van succes, en het hebben van dromen en aspiraties.
3. *Identiteitsontwikkeling*. Dit omvat volgende elementen: dimensies van identiteit, het opnieuw opbouwen of herdefiniëren van een positief identiteitsgevoel, en het overwinnen van stigma.
4. *Zingeving*. Hierbij staan deze elementen centraal: de betekenis van ervaringen van geestesziekte, spiritualiteit, levenskwaliteit, een betekenisvol leven en sociale rollen, het opnieuw opbouwen van het leven.
5. *Empowerment*. Dit verwijst naar persoonlijke verantwoordelijkheid, de controle over het eigen leven en een focus op sterktes.

Op basis van een systematische review van kwalitatieve studies naar de ervaringen van zorggebruikers nuanceren Stuart en collega's (2017) het volgens hen al te optimistische model van Leamy en collega's (2011), dat soms eerder tot een schuldgevoel dan tot empowerment zou leiden. Stuart en collega's (2017) breiden het model uit tot het CHIME-D model door toevoeging van het element *Difficulties*, waarmee ze ook de beproevingen die gepaard gaan met het herstelproces in rekening brengen.

Het aspect *Moeilijkheden* heeft betrekking op het ervaren van: ambivalentie en contradictie; machteloosheid; financiële zorgen; verlies en negatieve levensveranderingen; struikelen, worstelen en lijden; en het samengaan van middelengebruik met een psychische aandoening.

Daarnaast voegen ze drie aanvullende elementen toe aan het model — drie manieren om met deze moeilijkheden om te gaan:



1. *Therapeutische input*: dit verwijst zowel naar het voordeel dat men ervaart van specifieke therapeutische of professionele hulp, als naar de zorgen die daarmee gepaard kunnen gaan, zoals medicatie en bijwerkingen.
2. *Aanvaarding en mindful bewustzijn*: dit houdt in dat men leert accepteren wat er is, en zich verankert in het huidige moment.
3. *Terugkeer naar of verlangen naar normaliteit*: dit omvat zowel het streven naar symptoomreductie als het beschikken over basisvoorzieningen.

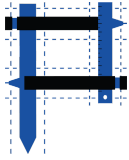
Herstel van een psychische aandoening is veel meer dan enkel herstel van de aandoening zelf. Mensen met een psychische kwetsbaarheid moeten soms ook herstellen van het stigma dat de psychische aandoening met zich meebrengt; van de schadelijke effecten van bepaalde behandelsettings; van het recent ervaren gebrek aan kansen om zelf vorm te geven aan hun leven; van de negatieve gevolgen van werkloosheid; en van gebroken dromen. Herstel is daardoor vaak een complex en tijdrovend proces (Anthony, 1993).

Binnen deze visie op herstel, waarbij persoonlijk herstel primeert, heeft herstel volgende kenmerken:

1. herstel is een proces of een continuüm (geen uitkomst of toestand);
2. herstel wordt subjectief gedefinieerd door de persoon zelf (is dus niet objectief te bepalen, maar subjectief);
3. herstel wordt beoordeeld door de persoon die de geestelijke gezondheidsproblemen ervaart—die wordt beschouwd als de expert over hun herstel—en niet door de arts of clinicus;
4. herstel betekent verschillende dingen voor verschillende mensen, en is dus niet uniform, ook al zijn er aspecten die veel mensen delen (Slade & Longden, 2015). Deze vorm van herstel betekent ‘herstellen met’ een problematiek, in plaats van ‘herstellen van’ een problematiek, de aandacht verschuift van de problematiek naar de herstellende mens die ermee leeft.

Sociaal en maatschappelijk herstel

Sociaal herstel erkent het belang van sociale inclusie en empowerment bij het bevorderen van het welzijn van mensen met psychische aandoeningen. Chester en collega's (2016) omschrijven dit als: in staat zijn om te leven met minimale sociale verstoring en financieel onafhankelijk te zijn met stabiele huisvesting. Bij deze vorm van herstel wordt rekening gehouden met ondersteuning bij het samenleven in diverse netwerken (gezin, familie, vrienden en kennissen, de buurt), bij dagbesteding (school, werk, hobby's), financiën en



huisvesting. Het accent komt te liggen op rechten, kansen en een positie in de samenleving. Maatschappelijk herstel richt zich op het herstellen van sociale rollen en op participatie in de samenleving, op volwaardig burgerschap. Het omvat het vermogen om relaties aan te gaan, werk en onderwijs na te streven, deel te nemen aan gemeenschapsactiviteiten en zich gewaardeerd en geaccepteerd te voelen door anderen (Chester et al., 2016).

Existentieel herstel

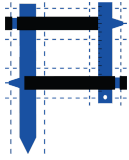
Existentieel herstel gaat over voeling krijgen met de eigen kwetsuren en kwetsbaarheden die aan de basis van een crisiservaring liggen, en strategieën ontwikkelen om daar anders mee om te gaan. Psychische problemen, zoals een psychose, ontstaan niet uit het niets. Ze kunnen opduiken op als crisiservaring wanneer iemand geconfronteerd wordt met existentiële vragen en relationele uitdagingen waar die op dat moment geen gepast antwoord op weet te formuleren (zoals de uitdaging om op eigen benen te staan, omgaan met trauma en verlies, switchen tussen levensrollen...).

Als mens worden we allemaal geconfronteerd met dergelijke existentiële en relationele uitdagingen waar we geen pasklaar antwoord voor hebben ('wanneer ben ik een goede vader?' 'hoe ga ik om met de dood van een geliefde?'). Om met die uitdagingen om te gaan gebruiken we de omgangsvormen en ideeën die we aangereikt kregen vanuit de ons omringende cultuur. Soms volstaan die omgangsvormen en ideeën niet, of slagen we er niet in ze te hanteren, of overstijgt de uitdaging waar we mee geconfronteerd worden de antwoorden die we via de cultuur, sociale contacten en opvoeding aangereikt kregen. Psychische problemen, zoals psychotische ervaringen, zijn spontane eerste reacties op confrontaties met pijnlijke levenspunten en levenskeuzes. Het zijn reacties van een psychisme dat een antwoord en een evenwicht zoekt op wat verstorend werkt. Herstelondersteunend werken wil daarom zeggen dat we mensen tijd en ondersteuning geven bij het begrijpen van wat er speelt en bij het zoeken naar nieuwe antwoorden. Op die manier is herstel een existentieel proces. Existentieel herstel willen zeggen dat iemand voeling ontwikkelt met de eigen kwetsuren en kwetsbaarheden, en anders leert omgaan met de uitdagingen die hem of haar deden wankelen in het leven (Vanheule, 2021).

1.2 Herstelondersteunende zorg

Als we in deze blauwdruk verder spreken over herstelondersteunende zorg, dan bedoelen we zorg die zich oriënteert op persoonlijk, maatschappelijk en existentieel herstel.

Herstelondersteunende zorg en zorg gericht op klinisch herstel hoeven elkaar niet uit te sluiten of tegen te werken. Op basis van een longitudinaal onderzoek bij personen met een diagnose van schizofrenie besluiten Dubreucq en collega's (2022) dat klinisch herstel en persoonlijk herstel elkaar wederzijds voorspellen over tijd, dus: persoonlijk herstel draagt bij tot het bereiken van klinisch herstel en klinisch herstel draagt bij tot het bereiken van persoonlijk



herstel. Zo gaat het er bij herstelondersteunende zorg niet om dat er geen op klinisch herstel gerichte interventies zouden mogen plaatsvinden, zoals het toedienen van op symptoomreductie gerichte medicatie, maar gaat het vooral om de manier waarop medicatie aangeboden wordt. Wordt dit eenzijdig opgelegd door de arts zonder inspraak van de patiënt, of gebeurt dit binnen een overlegmodel waar aandacht is voor de wensen en voorkeuren van de zorggebruiker?

Herstelondersteunende methodieken

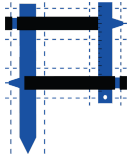
Het ontbreekt het herstelondersteunend paradigma niet aan gevalideerde, onderzochte, evidence-based interventies of behandelprogramma's. Deze zijn niet aan specifieke settings gerelateerd en inzetbaar in residentiële, ambulante, en mobiele settings.

Slade en collega's (2014) sommen tien empirisch gevalideerde interventies op die herstelgericht werken bevorderen:

1. het werken met ervaringsdeskundigen;
2. voorafgaande wilsverklaringen;
3. actieplanning voor welzijnsherstel;
4. ziektebeheer en herstel;
5. het refocus-model;
6. het krachtgericht model;
7. herstelacademies of herstel-onderwijsprogramma's;
8. individuele plaatsing en ondersteuning;
9. begeleid wonen;
10. mentale gezondheidstrialogen.

Martinelli & Ruggeri (2020) sommen op hun beurt acht evidence-based herstelgerichte praktijken op:

1. het werken met ervaringsdeskundigen;
2. voorafgaande wilsverklaringen;
3. het refocus model;

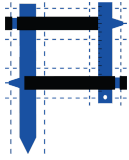


4. het krachtgerichte model;
5. het IPS model (Individuele Plaatsing en Steun);
6. herstelacademies;
7. ondersteund wonen;
8. dialoogen in de geestelijke gezondheidszorg.

Specifiek voor een herstelondersteunende psychosezorg wordt er vaak verwezen naar de *Open Dialogue* methodiek van Jaakko Seikkula. Het uitgangspunt is dat psychotische crisissen veelal geen residentiële opname vereisen. Door te werken via een volgehouden dialoog met diverse betrokken partijen kan een ondersteunend netwerk ontstaan dat de pijnlijke crisis draaglijk maakt.

Open Dialogue is gebaseerd op volgende 7 kernprincipes:

1. *Onmiddellijke hulp*: in het ideale geval is er binnen de 24 uur na aanmelding een eerste afspraak.
2. *Sociaal netwerkperspectief*: naasten worden volop betrokken, het sociale netwerk van de patiënt wordt in kaart gebracht en alle relevante personen (familieleden, vrienden, collega's...) worden in de dialoog betrokken.
3. *Flexibiliteit en mobiliteit*: Open Dialogue-interventies worden zoveel mogelijk in de leefcontext van een persoon uitgevoerd en volgen geen vast protocol, maar gebeuren in functie van de noden.
4. *Verantwoordelijkheid*: de professional die eerst werd gecontacteerd, is verantwoordelijk voor het organiseren van de eerste bijeenkomst.
5. *Psychologische continuïteit*: hetzelfde team blijft betrokken, nu en bij terugval.
6. *Tolerantie voor onzekerheid en niet-weten*: er worden geen diagnoses gesteld of behandelplannen opgesteld, maar er wordt ingezet op het creëren van een veilige ruimte voor dialoog tussen meerdere perspectieven.
7. *Dialogisch werken*: het interventiemiddel bij uitstek binnen deze benadering is de dialoog (Seikkula & Olson, 2003; Seikkula et al. 2006, 2011; Vanheule, 2016).



Een analoge werkvorm zijn de Open-hart-cirkels (Baert, 2023). Andere herstelondersteunende werkvormen die we nog kunnen aanstippen zijn: herstelacademies (Thériault et al. 2020; zie ook <https://herstelacademie.be/>); kwartiermaken (Dierinck, 2020); en Soteria-huizen (Lichtenberg, 2011; Van Bouwel, 2019; zie ook: <https://elcaminobekegem.be/soteria>).

Het WHO-rapport *Guidance on community mental health services: Promoting person-centered and rights-based approaches* (World Health Organisation, 2021b) bespreekt de Finse *Open Dialogue* methodiek en het Soteriahuis in Bern als 'goede praktijken' binnen een rechtengebaseerde en herstelondersteunende zorg (Plysier, 2022)

Internationale richtlijnen

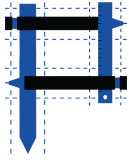
Vandaag is de wetenschappelijke en politieke consensus dat geestelijke gezondheidszorg best op een herstelondersteunende manier georganiseerd wordt, dat wil zeggen, gericht op klinisch, persoonlijk, maatschappelijk en existentieel herstel in plaats van louter op klinisch herstel.

Al sinds *The World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope* beveelt het World Health Organisation (2001) aan om de geestelijke gezondheidszorg te organiseren in overeenstemming met de principes van persoonlijk en maatschappelijk herstel. Zorg moet toegankelijk zijn, situeert zich bij voorkeur in de gemeenschap in plaats van in afgelegen instellingen, en dient daarbij aandacht te schenken aan empowerment van mensen met psychische aandoeningen, zodat de beschermende functie die een asiel biedt ook door de gemeenschap voorzien kan worden.

Er wordt gepleit voor de-institutionalisering, al mag dit geen blinde de-hospitalisering zijn, er dient ingezet te worden op een netwerk van alternatieven in de gemeenschap. Overheden dienen daar de middelen toe te voorzien en professionals dienen hun rol naargelang te herdefiniëren.

Een aandachtspunt daarbij is stigma, dat in veel gevallen nog aanwezig is. Er wordt nog aanbevolen om de gemeenschap, familie en zorggebruikers te betrekken in het organiseren van de zorg (World Health Organisation, 2001). In 2005 onderschrijven de Europese lidstaten van het WHO deze principes (World Health Organisation, 2005).

Ook in het *Mental Health Action Plan 2013–2020* (World Health Organisation, 2013) is één van de doelstellingen om toegankelijke, geïntegreerde en op de behoeften afgestemde geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke ondersteuning binnen de gemeenschap te voorzien. Het rapport omschrijft dit als volgt: dienstverlening op gemeenschapsniveau voor geestelijke gezondheidszorg moet een herstelgerichte aanpak omvatten, waarbij de nadruk ligt op het ondersteunen van individuen met psychische aandoeningen en psychosociale beperkingen bij het bereiken van hun eigen dromen en doelen.



De belangrijkste vereisten voor deze zorgverlening zijn: luisteren naar en inspelen op het begrip dat mensen zelf hebben van hun aandoening en wat hen helpt te herstellen; samenwerken met zorggebruikers als gelijkwaardige partners in hun zorg; keuze bieden in behandelingen en therapieën, evenals in wie de zorg verleent; en het inzetten van ervaringsdeskundigen, die niet alleen deskundigheid bieden, maar ook aanmoediging en een gevoel van verbondenheid (World Health Organisation, 2013).

Een update in een volgende versie van het rapport, het *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030* voegt er nog aan toe dat een actievere betrokkenheid en ondersteuning van cliënten bij de herinrichting, uitvoering, evaluatie en monitoring van diensten noodzakelijk is en er meer samenwerking nodig is met ‘informele’ zorgverleners op het gebied van geestelijke gezondheidszorg (World Health Organisation, 2021a).

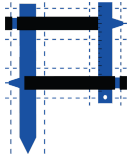
Onlangs verscheen het WHO rapport *Guidance on Mental Health Policy and Strategic Action Plans* (World Health Organisation, 2025), waarin opnieuw een herstelondersteunende benadering aanbevolen wordt. Het rapport stelt: er is een groeiende beweging om beleid te laten aansluiten bij een op rechten gebaseerde, persoonsgerichte en herstelgerichte benadering van geestelijke gezondheidszorg, in overeenstemming met internationale mensenrechtenverbintenissen, en het WHO rapport *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030*.

Deze benaderingen leggen de nadruk op het aanpakken van stigma en discriminatie, en op het waarborgen van de autonomie, waardigheid en rechten van mensen. Dit sluit aan bij de groeiende consensus over het belang van rechtengebaseerde, persoonsgerichte en herstelgerichte benaderingen, die autonomie en waardigheid centraal stellen en mensen met ervaringsdeskundigheid actief betrekken bij planning en besluitvorming (World Health Organisation, 2025).

Herstelondersteunend werken is dus geen vrijblijvende aanpak om in enkele geïsoleerde initiatieven te laten toepassen, maar is volgens het WHO dé manier waarop geestelijke gezondheidszorg standaard georganiseerd dient te worden.

In lijn met de aanbevelingen van de World Health Organisation (2001, 2013, 2021a, 2025) beogen de meeste Westerse landen dan ook de geestelijke gezondheidszorg volgens herstelondersteunende principes te organiseren (Lorant et al., 2014; Nicaise et al., 2014).

De zorg wordt verplaatst naar zorg in de gemeenschap, met aandacht voor herstel en sociale rehabilitatie van patiënten met geestelijke gezondheidsproblemen. Dit leidde tot de creatie van mobiele teams, outreachende zorg, zorg in de thuisomgeving, mobiele crisisteams, crisisplannen, psychiatrische wilsbeschikkingen, enz. Deze hebben alle tot doel om bij te dragen aan empowerment van patiënten en het vergroten van hun mogelijkheden om een



betekenisvol leven te leiden binnen de beperkingen van hun aandoening, en toegang te hebben tot tewerkstelling en onafhankelijke woonvormen (Lorant et al., 2014).

Deze hervorming van de geestelijke gezondheidszorg heeft twee grote doelen. Ten eerste het de-institutionaliseren van de geestelijke gezondheidszorg door in te zetten op gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg. Ten tweede het aanpakken van de versnippering in de geestelijke gezondheidszorg. In de meeste landen wordt de geestelijke gezondheidszorg geleverd door een uiteenlopend aanbod aan diensten zonder samenwerkingsovereenkomsten gericht op continuïteit van zorg. Dit is bij uitstek relevant voor chronisch geesteszieke zorggebruikers met meervoudige, langdurige en complexe zorgnoden (Nicaise et al., 2014).

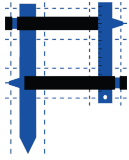
1.3 De vermaatschappelijking van de GGZ in Vlaanderen

Historiek en beleid

Ook in België en Vlaanderen is er een beweging naar een meer herstelondersteunende geestelijke gezondheidszorg, naar de-institutionalisering en gemeenschapsgerichte zorg (Aga et al., 2017; Sinnaeve, 2013). De hervormingen en transformaties van de geestelijke gezondheidszorg vallen onder de noemer *vermaatschappelijking van de zorg*, “een verzamelnaam die verwijst naar zowel de sociale inclusie van patiënten als volwaardige burgers, de humanisering van de zorg, als naar de aandacht voor de maatschappelijke aspecten van psychische problemen” (Van Audenhove, 2017, p. 6).

België kent een lange traditie van residentiële psychiatrische zorg. Opeenvolgende hervormingen beogen de zorg naar de gemeenschap te verplaatsen. In 1990 werden Psychiatrische Verzorgingstehuizen en Initiatieven van Beschut Wonen opgericht. In 1999 werd het aantal psychiatrische bedden verminderd, en werd er meer plaats in psychiatrische verzorgingstehuizen en beschut wonen voorzien. Samen met een versterking van de samenwerking tussen residentiële en ambulante zorgvoorzieningen moest dat ervoor zorgen dat gestabiliseerde, chronische patiënten buiten de psychiatrische ziekenhuizen opgevangen konden worden (Goethals & Dom, 2025).

Het belangrijkste kantelpunt voor deze transitie naar een vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg in België vond plaats in 2010, met de hervorming van artikel 107 van de ziekenhuiswetgeving, waarbij de financiering van de residentiële zorg zich gedeeltelijk verplaatste naar alternatieve vormen van zorg (Goethals & Dom, 2025; Willems et al. 2024). De aanpassing aan artikel 107 van de ziekenhuiswetgeving laat toe dat psychiatrische ziekenhuizen een aantal psychiatrische bedden buiten gebruik stellen met behoud van financiering, en die vrijgekomen financiële middelen kunnen gebruiken om de zorg voor hun patiënten te vermaatschappelijken. Dit leidde tot het ontwikkelen van een aantal nieuwe



functies, diensten en concepten (Aga et al., 2017). Dit impliceert niet louter een organisatorische verschuiving, maar een inhoudelijke verandering: “De GGZ wil evolueren naar een aanpak die herstelbevorderend is en die vertrekt vanuit het perspectief van de cliënt” (Sinnaeve, 2013, p. 189).

De vermaatschappelijking wordt geoperationaliseerd in vijf zogenaamde ‘functies’ die zich richten op:

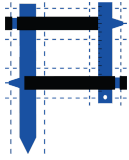
1. preventie, vroeg-detectie en interventie;
2. behandeling in de thuisomgeving;
3. psychosociale rehabilitatie;
4. het versterken van (semi)residentiële zorg;
5. de ontwikkeling van specifieke huisvestingsvoorzieningen (*Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken*, 2010).

Kernprincipes van het zogenaamde ‘project 107’ zijn: het versterken van de liaison vanuit de GGZ naar de eerstelijnszorg (huisarts, thuiszorg); het versterken van de rol van de patiënt als beheerder van zijn eigen geestelijke gezondheid; de rol van familieleden vergroten; het bevorderen van inclusie en integratie van patiënten in de maatschappij en werkomgeving; het zorgen voor toegang tot huisvesting; en het inschakelen van mobiele teams om patiënten in hun leefomgeving te laten opvolgen door een gespecialiseerd zorgteam (Aga et al., 2017).

De hervorming resulteerde in het opzetten van netwerken van diensten die bedoeld zijn om zorgcircuits te voorzien voor specifieke doelgroepen van gebruikers. Hun opzet bestaat uit het versterken van een gemeenschapsgericht aanbod van zorg, met mechanismen voor zorgintegratie en een vermindering van ziekenhuisopnames, om de sociale re-integratie en het herstel van gebruikers te bevorderen (Lorant et al., 2014).

De Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken (2010) beschrijft 5 strategieën om tot een gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg te komen:

1. de-institutionalisering: intensieve en gespecialiseerde ambulante zorgvormen als alternatief voor een ziekenhuisopname;
2. inclusie: revalidatie en rehabilitatie-opdrachten en herstelgerichte ondersteuning, waarbij samenwerking met onderwijs, cultuur, arbeid, en sociale huisvesting noodzakelijk is;

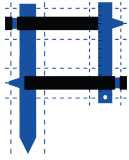


3. de-categorisatie: via zorgcircuits en netwerken een samenwerking realiseren tussen en met de ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg, de sector voor personen met een beperking, en justitie;
4. intensifiëring van de zorg in ziekenhuizen;
5. consolidatie: regularisatie van verschillende pilootprojecten in het globale geestelijke gezondheidszorg-concept.

Het *Beleidsplan Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen* dat dit verder uitwerkt stelt: “vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg verwijst naar een zo gering mogelijke institutionalisering van de zorg en een zo groot mogelijke maatschappelijke integratie van de persoon met psychische problemen. ... De maatschappij wordt hier duidelijke partner in de zorg. Ze voert een niet-discriminerend en integrerend beleid opdat personen met ernstige psychische problemen als gewone burgers kunnen leven” (Vandeuren, 2010, p. 11). Sleutelbegrippen uit het beleidsplan zijn nog: zorg op maat; continuïteit van zorg; een vraaggestuurd aanbod; voorzieningsoverschrijdende zorgprogramma’s; en het wegwerken van de bestaande drempels die (ex-)psychiatrische patiënten ondervinden voor toegang tot het aanbod van arbeid, cultuur, onderwijs, en huisvesting (Vandeuren, 2010).

Het *Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid, Strategisch Plan 2017–2019* (2016) gaat verder op dit elan. Enkele van de basisprincipes die daarin naar voor geschoven worden voor de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg zijn de volgende. Er wordt gestreefd naar:

- een inclusieve samenleving, waarin participatie, subsidiariteit en vermaatschappelijking van de zorg centraal staan vanuit (even)waardig burgerschap;
- een netwerkgeoriënteerde zorg die continuïteit van zorg en zorg op maat garandeert;
- een kracht- en herstelgerichte zorg met focus op de omgeving en op verschillende dimensies van herstel: persoonlijk, functioneel, maatschappelijk en klinisch herstel;
- een zorg waarbij de cliënt centraal staat in zijn zorg en deze bepaalt, in overleg met zijn informele en formele zorgverleners;
- een presente hulpverlening met focus op een nabije relatie met respect voor ieders waardigheid;
- een contextgerichte en netwerkopbouwende zorg met oog voor de ondersteuningsnaden van familie, naastbetrokkenen, context en mantelzorgers; een zorg waarin participatie centraal staat, en die inzet op ervaringsdeskundigheid, zowel vanuit patiënt- als familieperspectief;



- een zorg die vorm krijgt vanuit een gemeenschappelijke visie, sociaal ondernemen, vertrouwen en een regelluw kader (*Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid*, 2016, pp. 3–4).

Het is duidelijk dat het Vlaamse geestelijke gezondheidszorgbeleid, aansluitend op de internationale richtlijnen, expliciet inzet op herstelondersteunende zorg, en dat dat dus de zorg is die patiënten mogen verwachten. “We mogen verwachten dat de visie op herstel het leidende paradigma is van waaruit men de hedendaagse ggz in toenemende mate organiseert” (Van Audenhove, 2017, p. 6).

Vermaatschappelijking in de praktijk

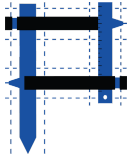
Deze beleidskeuzes omtrent de vermaatschappelijking van de zorg en project 107 sinds 2010 zijn een belangrijke stap in de richting van een meer herstelondersteunende psychosezorg. Ook het advies van de *Hoge Gezondheidsraad* in het rapport *DSM(5): Toepassing en status van de diagnose en classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen*, om het gebruik van diagnostische classificatiesystemen te beperken en in te zetten op casusformulering die klachten contextualiseren en in iemands persoonlijke verhaal en geschiedenis te situeren (Hoge Gezondheidsraad, 2019; Vanheule et al., 2019) is een stap in de richting weg van een essentialiserend, stigmatiserend, biomedisch perspectief dat eenzijdig op klinisch herstel gericht is. Ook de geplande wijziging van wet op gedwongen opname kan daar mogelijks toe bijdragen (Vandenberghe et al., 2024).

Goethals & Dom (2025) merken op dat de hervormingen binnen de Belgische geestelijke gezondheidszorg de laatste jaren internationaal erkenning krijgen, en door het WHO als ‘Good Practice’ geïdentificeerd worden. Waardering is er voor het principe dat psychiatrische bedden afgebouwd worden en de vrijgekomen middelen gebruikt worden voor het uitrollen van psychiatrische *community outreach* teams, het investeren in intensivering van de bestaande residentiële zorg, én de oprichting van high- en intensiverecare-afdelingen (Goethals & Dom, 2025; World Health Organisation, 2021b).

Goethals & Dom (2025) stippen nog als goede praktijken aan dat patiënten en familieleden in toenemende mate een stem krijgen en dat de overheid de uitbouw van herstelacademies ondersteunt.

Toch zijn er ook kritische bedenkingen bij een aantal beleidskeuzes en is er de vaststelling dat de psychiatrische psychosezorg nog maar weinig volgens herstelondersteunende principes georganiseerd is (Goethals & Dom, 2025).

In een inhoudsanalyse van de ‘project 107’-beleidsdocumenten besluiten Nicaise en collega’s (2014) dat het vaak onduidelijk blijft hoe het beleid de gestelde doelen wil bereiken, daar de doelen soms met elkaar in tegenspraak zijn en de mechanismes waarmee ze bereikt zouden



worden onvoldoende gespecificeerd worden. De onderzoekers zien het als een risico dat de hervorming onevenwichtig zou doorgevoerd worden of dat de beoogde omslag naar de-institutionalisering zelfs niet gerealiseerd zou worden. Sinnaeve (2013) merkt nog op dat de projectmatige werking van de ‘project 107’ hervorming niet op alle uitdagingen een antwoord kan bieden.

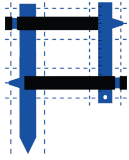
Het zwaartepunt van de geestelijke gezondheidszorg ligt nog steeds bij artsen en ziekenhuizen (Sinnaeve, 2013) en er wordt nog teveel ingezet op ziekenhuisopname in plaats van zorg in de gemeenschap (Hermans et al., 2012). Er zijn sindsdien belangrijke stappen richting vermaatschappelijking gezet, maar de kritiek geldt nog steeds (Goethals & Dom, 2025). Ondanks alle vermaatschappelijkende initiatieven gaat vandaag nog meer dan 80% van de financiële middelen voor geestelijke gezondheidszorg naar residentiële zorg, en heeft België nog steeds 1,37 psychiatrische ziekenhuisbedden per 1.000 inwoners—het op één na hoogste aantal binnen de OESO (Mistiaen et al., 2019).

In een studie naar de opvattingen van stakeholders (beleidsmakers, directie, klinici, patiënten), stellen Lorant en collega’s (2014) vast dat de meeste participanten de hervorming naar een vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg steunen, zoals het streven naar gemeenschapsgerichte zorg die gericht is op integratie, sociale rehabilitatie en herstel. Maar dat één van de pijlers van de hervorming, het verminderen van het aantal hospitaalbedden, op minder steun kan rekenen.

De projecten vermaatschappelijkende zorg worden gefinancierd met de afbouw van psychiatrische bedden. Het grootste aandeel bedden dat daarbij buiten gebruik gesteld werd, bevindt zich bij de bedden voor chronische zorg (*Blikvanger gezondheidszorg: Geestelijke gezondheidszorg*, 2024). Een kritiek op de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg is dat er nog onvoldoende capaciteit is voor gepaste intensieve, outreachende ambulante zorg voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen, en dat net die patiënten uit de boot dreigen te vallen (Catthoor, 2019).

Patiënten met ernstige psychische aandoeningen die een langer ziekenhuisverblijf nodig hebben, worden geconfronteerd met minder beschikbare psychiatrische ziekenhuisbedden, terwijl mobiele teams de vraag naar zorg niet kunnen opvangen. Daardoor worden deze patiënten tijdens een opname vaak slechts kortstondig gestabiliseerd om vervolgens ontslagen te worden zonder adequate nazorg (Goethals & Dom, 2025; Willems et al., 2024).

Sinnaeve (2013) merkt op dat er in beleidsteksten geestdriftig geschreven wordt over werken ‘vanuit een cliëntperspectief,’ maar dat de stem van de cliënt op de meeste niveaus, zoals bijvoorbeeld al om te beginnen het beleidsniveau, afwezig is. Tot vandaag is de integratie en financiering van ervaringswerkers nog ruim onvoldoende (Goethals & Dom, 2025).



Ook het stigma rond psychiatrie en psychiatrische aandoeningen blijft een grote uitdaging voor de geestelijke gezondheidszorg in België (Hermans et al., 2012; Van Audenhove, 2017).

Verder merken Goethals en Dom (2025) nog op dat de opleiding tot psychiater nog steeds op een erg klassieke leest geschoold is.

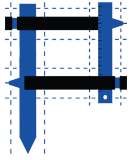
Zoals in vele Europese landen stijgt de incidentie van gedwongen opname in België. In de periode 2010-2021 was er een onafgebroken jaarlijkse stijging van het aantal gedwongen opnames (Vandenberghe et al., 2024). Het aantal gedwongen opnames is de afgelopen 10 jaar met 37,4% gestegen (*Blikvanger gezondheidszorg: Geestelijke gezondheidszorg*, 2024). Een hypothese die Vandenberghe en collega's (2024) ter verklaring naar voren schuiven, is een mogelijks toegenomen maatschappelijke nadruk op veiligheid en risicomijding, die artsen hun beslissingsproces beïnvloedt.

Bijkomende factoren die een rol zouden kunnen spelen, zijn verminderde toegankelijkheid van vrijwillige geestelijke gezondheidszorg door factoren als plaatsgebrek, wachtlijsten, financiële of psychologische drempels zoals stigma en angst. De nog niet in uitvoeringsbesluiten gegoten nieuwe wetgeving rond gedwongen opname, de *Wet inzake de bescherming opgelegd aan een persoon met een psychiatrische aandoening*, die onder andere 'de vrijwillige behandeling onder voorwaarden' introduceert, kan hier mogelijk een antwoord op vormen (Vandenberghe et al., 2024).

Ondanks dat de WHO al sinds 2001 aanbeveelt om de geestelijke gezondheidszorg op herstelondersteunde leest te schoeien, en ondanks dat het geestelijke gezondheidszorgbeleid in België en Vlaanderen al sinds 2010 een omschakeling naar een meer herstelondersteunende, gemeenschapsgerichte zorg beoogt, blijkt de ervaring in de praktijk van de Vlaamse psychiatrische psychosezorg niet altijd zo herstelondersteunend te zijn. Vaak primeert de focus op klinisch herstel en is er weinig aandacht voor persoonlijk en maatschappelijk herstel, medicatie is vaak de primaire interventie, dwangmaatregelen zijn legio, inspraak en familieoverleg zijn erg beperkt, en er is weinig aandacht voor zorgcontinuïteit.

De implementatie van herstelondersteunende psychosezorg gebeurt nu reeds volop in pioniersinitiatieven, zoals Villa Voortman (De Ruysscher et al., 2019), de herstelacademies... maar maatschappelijk staan we voor de uitdaging om dit ook in de mainstream zorgverlening sterker te realiseren. De doorstroom naar de mainstream zorg loopt moeilijk omdat er weerstand is tegen veranderingen die de invloedssfeer van de klassieke GGZ organisatoren inperken, en omdat zorgverleners weinig evidence-based handvatten hebben om de herstelvisie om te zetten in concrete herstelpraktijken.

Met onze blauwdruk voor herstelondersteunende psychosezorg beogen we het implementeren van een herstelondersteunende psychosezorg te faciliteren, door op basis van



systematisch verzamelde input bij direct betrokkenen, concrete aanbevelingen voor de praktijk te formuleren en de dilemma's die ermee gepaard gaan. Door in gesprek te gaan met ervaringsdeskundigen, familieleden, en hulpverleners zijn we gekomen tot een gedeelde, gedragen, door veelvuldige en diverse ervaring onderbouwde, beschrijving van wat goede, herstelondersteunende psychosezorg is.

We formuleren, in *4. Resultaten*, 13 concrete aanbevelingen over hoe de zorg te organiseren en hoe om te gaan met personen die een psychose meemaken of meegemaakt hebben. We hopen daarmee kritische reflectie over de huidige zorgpraktijk te stimuleren en zo bij te dragen tot het vertalen van een herstelgerichte visie naar daadwerkelijk herstelondersteunend praktijkwerk.

In het volgende onderdeel, *2. Review van internationale onderzoeksliteratuur*, waar we de internationale onderzoeksliteratuur over het ontwikkelen en realiseren van herstelondersteunende (psychose)zorg bespreken, zal blijken dat de omslag van een medisch-biologische visie en hiërarchische zorgorganisatie naar een herstelondersteunende en vermaatschappelijkte zorg ook internationaal een uitdaging is, en niet van een leien dakje loopt.



2. Review van internationale onderzoeksliteratuur

Alvorens we ons onderzoeksproject omtrent herstelgericht werken in de Vlaamse psychosezorg voorstellen, bespreken we enkele bevindingen uit de internationale onderzoeksliteratuur. We zochten in wetenschappelijke databases naar kwalitatief onderzoek (alsook naar overzichtsartikels en systematic reviews) omtrent het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen en aanbevelingen om herstelondersteunend te werken met ernstige mentale aandoeningen, en naar de ervaring van zorgverleners en zorggebruikers bij het implementeren van een herstelondersteunende klinische praktijk.

2.1 De kloof tussen theorie en praktijk

Nadat een eerste golf van wetenschappelijk onderzoek en publicaties omtrent herstel zich vooral boog over de vraag wat herstel als proces en als outcome nu precies inhoudt—zoals de publicaties over het CHIME model ontwikkeld door Leamy en collega's (2011) en verder uitgewerkt door Stuart en collega's (2017)—is de vraag in recenter onderzoek verschoven naar hoe de streefdoelen van herstelondersteunend werken in de klinische praktijk gerealiseerd kunnen worden, en naar het in kaart brengen van de hindernissen en spanningsvelden die hierbij ervaren worden.

Hoewel de herstelbenadering ondertussen vrij algemeen bekend is en er ook internationale overeenstemming is over wat herstel inhoudt (Subandi et al., 2023), is de toepassing ervan nog niet zo ver gevorderd (Jaiswal et al., 2020; Nugent et al., 2017) en worden er heel wat hindernissen en problemen gerapporteerd (Chen et al., 2013; Waldemar et al., 2016). Hoe herstelondersteunende praktijken te implementeren in de dagelijkse activiteiten van geestelijke gezondheidsorganisaties, is een significante uitdaging (Martinelli & Ruggeri, 2020; Piat et al., 2022; Slade et al., 2014). Zo blijkt uit het onderzoek van Hornik-Lurie en collega's (2018) dat verschillende herstelondersteunende opleidingen of interventies wel invloed hebben op de kennis en attitudes van zorgverleners over herstelondersteunende zorg, maar dat zich dat niet altijd vertaalt naar de klinische praktijk.

Ook al zijn zorgverleners het herstelperspectief genegen en menen ze herstelgericht en holistisch te werken, wordt dit door zorggebruikers niet altijd als dusdanig ervaren en rapporteren ze dat hun perspectief toch vaak genegeerd wordt (Jørgensen et al., 2020; Lau & Hutchinson, 2021; Waldemar et al., 2016; zie ook Mekuriaw et al., 2025, voor gelijkaardige conclusies vanuit het perspectief van familieleden en naasten). In een systematische review van gepubliceerde onderzoeksliteratuur naar de ervaringen van patiënten in residentiële geestelijke gezondheidszorginstellingen, signaleren Staniszevska en collega's (2019) dat patiënten die tijdens een crisis zijn opgenomen, vaak slechte ervaringen met geestelijke gezondheidszorg rapporteren, ervaringen die niet bevorderlijk zijn voor hun herstel.



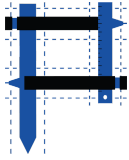
Zorgpunten omvatten dwang door personeel, angst voor geweld van andere patiënten, gebrek aan therapeutische mogelijkheden en beperkte ondersteuning.

Een van de voorwaarden om herstelondersteunend werken mogelijk te maken die Kealeboga en collega's (2023) identificeren, is dat er gedetailleerde richtlijnen en procedures voorhanden zouden moeten zijn. Nu verschilt de concrete invulling van wat herstelondersteunend werken impliceert sterk, afhankelijk van de specifieke stakeholder (Jaiswal et al., 2020; van Dee et al., 2024). Er worden bijvoorbeeld verschillen gerapporteerd in de opvattingen rond herstel tussen herstellenden en hun familieleden (Dekkers et al., 2020), alsook tussen zorgverleners en zorggebruikers (Jørgensen et al., 2020; Wood et al., 2019). Ook wordt de term herstel wel eens gebruikt om een traditionele, medische benadering te herlabelen (Jaiswal et al., 2020; Slade et al., 2014; Waldemar et al., 2016).

Verscheidene onderzoekers concluderen dat de omslag naar een herstelondersteunende werking een heuse paradigmaverschuiving vergt wat betreft het conceptualiseren en oriënteren van de zorg en het inzetten van middelen (Davidson et al., 2007; Martinelli & Ruggeri, 2020; Ørjasæter & Almvik, 2022). Dit vergt een gezamenlijke inspanning van alle belanghebbenden (zorggebruikers, familieleden, professionals en managers) (Martinelli & Ruggeri, 2020). Het louter toevoegen van een ervaringsdeskundige aan een team of het vervangen van residentiële zorg door mobiele teams, volstaat niet voor een dergelijke paradigmashift (Slade et al., 2014).

Op basis van een analyse van internationale richtlijnen stellen Le Boutillier en collega's (2011) dat een omslag naar herstelondersteunend werken op verschillende niveaus dient te gebeuren: het niveau van de specifieke interventies, het niveau van de relatie tussen herstellende en hulpverlener, het niveau van de instelling of organisatie, en het niveau van de gemeenschap. Slade en collega's (2014) merken op dat onderzoek rond het implementeren van herstelondersteunend werken zich meestal richt op de eerste twee niveaus—de specifieke interventies en de relatie tussen herstellende en hulpverlener—en dat het niveau van de instelling en de maatschappij vaak vergeten worden. Ook Jaiswal en collega's (2020) merken op dat de onderzoeksliteratuur vooral aandacht besteedt aan factoren op persoonsniveau, en de rol van de omgeving en sociale factoren onderbelicht laat.

We bespreken onderstaand de gerapporteerde hindernissen, spanningsvelden en moeilijkheden en zoomen daarbij in van de ruimere maatschappelijke context en de gemeenschap, langs de familiale context, naar de organisatie van specifieke zorginstellingen, en tenslotte de interventies en attitudes van zorgverleners en zorggebruikers.



2.2 Herstel vanuit een maatschappelijk perspectief

Een terugkerende bedenking is dat om de geestelijke gezondheidszorg herstelondersteunend te kunnen organiseren, er een omslag dient te gebeuren op het niveau van de maatschappij en het beleid (Patel et al., 2023; Sowers, 2005). De studie van Piat en collega's (2010) concludeert dat beleidsmakers niet altijd een duidelijk idee hebben van wat herstellen inhoudt en van hun verantwoordelijkheid in het transformeren van de geestelijke gezondheidszorg naar een meer herstelondersteunende aanpak. Dergelijke transformatie vereist een visie op inclusief burgerschap, met aandacht voor de rechten van personen met een ernstige mentale aandoening, en het aanpakken van omgevingen en omstandigheden, waarvan geweten is dat ze nefaste effecten hebben op mentale gezondheid (Patel et al., 2023).

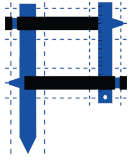
Ook moet de problematiek van stigma collectief worden aangepakt (Martinelli & Ruggeri, 2020). Volgens Chester en collega's (2016) is het bestrijden van stigma op meerdere niveaus één van de essentiële taken voor de herstelondersteunende zorgverlener (naast het bieden van effectief herstelondersteunende zorg en het omgaan met de uitdagingen van de organisatorische context).

Dat de maatschappij een relevante factor is, zowel bij het herstellen als bij het ontstaan van een psychotische crisis, blijkt uit een Britse interviewstudie met patiënten die de therapeutische behoeften van mensen met een psychose tijdens opname in een psychiatrische residentiële setting onderzocht. Eén van de drie overkoepelende thema's die patiënten aanbrachten—naast het omgaan met de intra- en interpersoonlijke impact van psychose en het ervaren van een gebrek aan controle en samenwerking in de zorg—was de vraag dat hulpverleners het belang van sociale omstandigheden en trauma zouden erkennen. Cruciale elementen die patiënten aanbrachten waren: het ervaren van exclusie, een gebrek aan kansen, discriminatie, en stigma (Wood et al., 2019).

2.3 Herstel in de gemeenschap

Herstelondersteunende zorg gericht op persoonlijk herstel vergt een aanpassing op het niveau van de lokale gemeenschappen, waarbij GGZ-professionals actief samenwerken met andere organisaties binnen zorg en welzijn, en een goede communicatie met deze partners onderhouden (Goh et al., 2022; Kealeboga et al., 2023; Slade et al., 2014). Dit vereist ook ondersteuning vanuit de gemeenschap wat betreft opleiding, tewerkstelling, en wonen (Martinelli & Ruggeri, 2020; Sowers, 2016) en het interveniëren in de gemeenschap door middel van psycho-educatie over mentale aandoeningen en het verminderen van stigma geassocieerd met mentale aandoeningen (Kealeboga et al., 2023).

Volgens Chester en collega's (2016) is het bieden van effectief herstelondersteunende zorg maar één van de manieren waarop hulpverleners herstelgericht dienen te werken, de andere



die ze identificeren, zijn: het bestrijden van stigma op meerdere niveaus en het omgaan met de uitdagingen van de organisatorische context waarbinnen de zorgverleners werken.

2.4 Herstel in en met de context

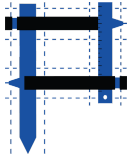
Zowat alle theoretische modellen, praktische richtlijnen en beleidsadviezen over herstelondersteunende geestelijke gezondheidszorg benadrukken het belang van het werken met de familie en de directe context van patiënten (Mekuriaw et al., 2025; Shepherd et al., 2010; Sowers, 2005). Herstelondersteunende geestelijke gezondheidszorg dient in te zetten op het empoweren van personen die leven met mentale aandoeningen en hun familieleden (Patel et al., 2023), waarbij de naasten ondersteund en als partners in de zorg betrokken worden (Subandi et al., 2023), zodat de gezamenlijke inzet en toewijding van personen met een mentale aandoening, hun families, en geestelijke gezondheidsprofessionals gemobiliseerd wordt om het herstelproces te ondersteunen (Jacob, 2015).

In onderzoeksliteratuur blijft de rol van familie en naasten, en hun impact op herstel, evenwel onderbelicht (Aldersey & Whitley, 2015; Bland & Wyder, 2024; Kroon et al., 2025). Ook de visie op herstel van familie en naasten zelf komt maar beperkt aan bod (Mekuriaw et al., 2025).

Herstelprocessen zijn nochtans duidelijk ingebed in familienetwerken (Wyder et al., 2022). Een van de cruciale onderdelen van persoonlijk herstel is verbinding. Verbinding met familie en onmiddellijke context is daar een belangrijk onderdeel van (Chatwiriaphong et al., 2024). Ook voor het geloof en de hoop dat herstel mogelijk is, is ondersteuning van familie en naasten essentieel (Subandi et al., 2023). Sociaal herstel en sociale inclusie omvatten ook terug de familiale rollen kunnen opnemen en participeren in de familiecontext (Bland & Wyder, 2024; Jaiswal et al., 2020; Vera San Juan et al., 2021).

In een review van de wetenschappelijke literatuur beschouwen Martinelli en Ruggeri (2020) het als een essentieel onderdeel van herstelondersteunende zorg dat het aanbieden van professionele hulp gecombineerd wordt met het inzetten van informele hulpbronnen uit de gemeenschap (zoals vrienden, familie, werkgevers en onderwijsinstellingen) in een gezamenlijke inspanning om de zorggebruikers in staat te stellen hun doelen te bereiken (zie ook Chatwiriaphong et al., 2024; Chen et al., 2013; Chester et al., 2016; Davidson et al., 2007; Kealeboga et al., 2023).

Onderzoeken die peilen naar de visie van zorggebruikers, familieleden van zorggebruikers, en hulpverleners bevestigen het belang van de rol van familieleden en context in het herstelproces. In een Nederlandse kwalitatieve studie naar de perspectieven van familieleden, patiënten en professionals op het al dan niet betrekken van familieleden bij de geestelijke gezondheidszorg waren alle deelnemers het erover eens dat de betrokkenheid van naasten een van de belangrijkste factoren is in het herstel van een patiënt (Kroon et al., 2025).



Reviews en interviewstudies die het perspectief van zorggebruikers in kaart brengen concluderen dat zorggebruikers kwaliteitsvolle, ondersteunende relaties met familieleden en het betrekken van familieleden bij de zorg als belangrijke factoren voor hun herstel beschouwen (Aldersey & Whitley 2015; Hyde et al., 2015; Jaiswal et al., 2020; Staniszewska et al., 2019; Wood et al., 2019).

Ook als naasten en familieleden bevraagd worden, erkennen deze het belang van hun rol in het herstelproces en geven ze aan graag betrokken te willen worden in de organisatie van de zorg (Mekuriaw et al., 2025). Familieleden beschrijven vaak een bemiddelende positie in te nemen tussen de hulpverlening en hun naaste (Kroon et al., 2025).

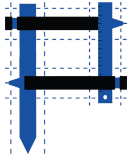
Hulpverleners beschouwen het betrekken van de familieleden van zorggebruikers in het plannen en organiseren van de zorg ook veelal als essentieel onderdeel van herstelondersteunend werken (Waldemar et al., 2016). Dit is het geval voor residentiële settings (Kealeboga et al., 2023; McKenna et al., 2014), maar ook in mobiele teams beschrijven hulpverleners het als hun taak om bij huisbezoeken ook de familie te beluisteren en te ondersteunen, en waar nodig te bemiddelen in de relatie tussen zorggebruiker en familie (Matsuoka, 2021).

Ondanks dat het betrekken van families bij de geestelijke gezondheidszorg als een belangrijk element van herstel gezien wordt, wordt er vanuit het zorgpersoneel niet altijd actief ingezet op het contacteren en ondersteunen van familie en naasten (Cameron et al., 2023; Hyde et al., 2015; Kroon et al., 2025; Tham & Solomon, 2024).

Patiënten rapporteren vaak dat familie te weinig betrokken wordt in het plannen van hun zorg en de behandeling (Jørgensen et al., 2020; Waldemar et al., 2016). Familieleden rapporteren vaak zich buitengesloten te voelen van de beslissingsprocessen over de behandeling en de planning van de zorg en weinig informatie te krijgen (Chen et al., 2013; Landeweert et al., 2017; Staniszewska et al., 2019).

De samenwerking tussen professionals en naasten verloopt vaak moeizaam en leidt regelmatig tot spanningen. In het onderzoek van Kroon en collega's (2025) rapporteren familieleden dat ze graag betrokken willen worden bij de zorg, maar zich vaak niet gehoord en niet gezien voelen door professionals, en zich assertief moesten opstellen om betrokken te worden bij de zorg voor hun naaste.

In een systematische review van kwalitatief onderzoek naar de visie van naasten en mantelzorgers op herstelondersteunende geestelijke gezondheidszorg benoemen Mekuriaw en collega's (2025) de ervaring van naasten als een 'desillusie met de geestelijke gezondheidszorg.' Naasten en mantelzorgers voelen zich vaak buitengesloten door hulpverleners en het geestelijke gezondheidszorgsysteem, waardoor ze zich niet gesteund voelden en minder geneigd zijn om contact te onderhouden met een geestelijke



gezondheidsdienst. Mantelzorgers beschrijven de discrepantie tussen de retoriek van herstelondersteunende zorg en hun eigen ervaringen met de daadwerkelijke dienstverlening. Ze rapporteren zaken als: weinig communicatie en samenwerking tussen hulpverleners, mantelzorgers en mensen met ervaringskennis; een gebrek aan gedeelde informatie met mantelzorgers; en het ontbreken van betrokkenheid bij besluitvorming en zorg- en ontslagplanning. Dit ondermijnt het vermogen van mantelzorgers om effectief herstel te kunnen ondersteunen.

Een aantal onderzoekers proberen in kaart te brengen wat de belemmeringen zijn voor het meer betrekken van familieleden en naasten bij de geestelijke gezondheidszorg.

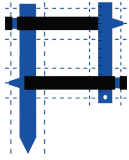
Huidige herstelmodellen belichten te weinig hoe familieleden zelf dienen te herstellen van de geestelijke gezondheids crisis van hun naaste (Bland & Wyder, 2024) en houden geen rekening met de aanhoudende stress en moeilijkheden die veel familieleden blijven ervaren (Wyder et al., 2022). Net zoals de ruimere gemeenschap hebben families vaak weinig kennis over mentale aandoeningen en de gepaste zorg ervoor. Daardoor zijn de meeste families onvoorbereid om om te gaan met de mentale aandoening van een naaste (Davidson & Roe, 2007).

Familieleden en herstellenden hebben niet altijd dezelfde opvatting over wat herstel precies inhoudt (Dekkers et al., 2020; Vera San Juan et al., 2021), of over wat geschikte zorg is en in welke mate er een beroep moet worden gedaan op professionele hulpverlening (van Dee et al., 2024). Ook hulpverleners en familieleden hebben soms uiteenlopende opvattingen over het verloop van het herstelproces (Kroon et al., 2025).

Soms is een hersteldoel van een zorggebruiker net om onafhankelijk van familie te kunnen leven en bijvoorbeeld in het eigen levensonderhoud te voorzien en zelfstandig te kunnen wonen (Vera San Juan et al., 2021). Zorggebruikers geven soms aan dat zij hun relatie met hun naasten niet willen veranderen in een patiënt-mantelzorgrelatie (Kroon et al., 2025; Landeweert et al., 2017).

Een moeilijkheid die hulpverleners rapporteren is dat patiënten soms weinig sociale steun en netwerk hebben om te betrekken bij de zorg (Wood et al., 2019) en dat heel wat zorggebruikers geen gezonde relaties hebben met hun familieleden, wat het moeilijk maakt om ze in de zorg te betrekken (Piat et al., 2022). Soms belemmeren negatieve attitudes van familieleden het herstel en werken ze herval in de hand (Landeweert et al., 2017; Mabund, 2024; Shimange & Shilubane, 2023).

In een Canadese interviewstudie met personen met een ernstige mentale aandoening concluderen Aldersey & Whitley (2015) dat het gezin en de familie een belangrijke rol spelen in het herstelproces, maar dat familieleden herstel zowel kunnen faciliteren als belemmeren. Familieleden kunnen morele steun en praktische steun bieden en een motivatie zijn om te



herstellen. Maar familieleden kunnen ook als stressor fungeren, kunnen stigma en een gebrek aan begrip vertonen, of al te zeer op een opname aandringen. De onderzoekers concluderen dat het belangrijk is om de voorkeur van zorggebruikers over het betrekken van familie te beluisteren en te volgen (zie ook Cameron et al., 2023; Kroon et al., 2025). Ook in het onderzoek van Wood en collega's (2019) rapporteren patiënten soms dat het betrekken van familieleden niet helpend zou zijn en dus best enkel met hun instemming gebeurt.

Hulpverleners houden best rekening met deze mogelijk complexe familiedynamieken (Wood et al., 2019) en bemiddelen waar nodig tussen zorggebruiker en hun naasten (Hestmark et al., 2023).

Een hindernis voor het betrekken van familieleden bij de zorg is de spanning tussen de professionele hiërarchie en machtsverhoudingen, en het delen van informatie en verantwoordelijkheden met patiënten en familieleden (Chen et al., 2013). Het betrekken van familieleden in beslissingen over de zorg en de behandeling vergt structurele aanpassingen aan de manier waarop de zorg georganiseerd is (Dawson et al., 2021; De Corte et al., 2023; Landeweert et al., 2017; Tham & Solomon, 2024).

Zorgverleners rapporteren nog als belemmeringen: onzekerheid over de interpretatie van de wetgeving rondom patiëntenrechten en beroepsgeheim (De Corte et al., 2023; Landeweert et al., 2017; Tham & Solomon, 2024); gebrek aan toestemming van patiënten; families die of 'moeilijk te betrekken' of net 'te bemoeizuchtig' zijn; en een gebrek aan kennis over psychische aandoeningen bij families (Landeweert et al., 2017).

Verschillende onderzoekers formuleren adviezen en suggesties om de samenwerking met de familie en de nabije context te versterken.

Een aantal van deze adviezen zijn: het aanbieden van een geschikte ruimte voor bezoek van familie of vrienden (Chen et al., 2013; Waldemar et al., 2016); het hanteren van flexibele bezoeken (McKenna et al., 2014); het voorzien van psycho-educatie voor familieleden (Aldersey & Whitley, 2015; Chen et al., 2013; Kealeboga et al., 2023; Mabund, 2024); het organiseren van familieoverleg en van steungroepen voor familieleden (McKenna et al., 2014); het samenwerken met familieorganisaties zoals Similes en Familieplatform (De Corte et al., 2023).

Verdere suggesties zijn nog om familie en context actief te betrekken door proactief hun visie te bevragen en hun betrokkenheid te vragen en, mits toestemming van de patiënt, informatie te delen (Kroon et al., 2025; McKenna et al., 2014); om een open dialoog te organiseren over de verschillende visies op zorg en herstel die zorggebruikers, naasten en zorgverleners hebben (Landeweert et al., 2017; van Dee et al., 2024); en om te komen tot een gedeelde organisatiecultuur van samenwerking met families (De Corte et al., 2023; Tham & Solomon, 2024).



Op basis van rondetafelgesprekken met familieleden van patiënten en ex-patiënten van verschillende psychiatrische afdelingen en interviews met familieleden over hun ervaringen met familieparticipatie geven De Corte en collega's (2023) nog volgende aanbevelingen: het registreren van de naam en gegevens van de ondersteunende vertrouwenspersoon in het dossier van de patiënt; hulpverleners moeten zich benaderbaar opstellen (in plaats van de indruk te geven dat ze 'druk' zijn); familie dient geïnformeerd te worden, maar op een manier die afgestemd is op hun noden (informatie is soms te technisch, soms te veel tegelijk, en soms te schaars); er is nood aan concrete praktische adviezen, zoals 'wie kunnen we bellen als we niet weten hoe we een situatie thuis moeten aanpakken?'; familie dient voldoende betrokken worden in het behandelproces, ook als de patiënt dat niet wil; familie dient als bondgenoot betrokken te worden bij de organisatie en het beleid van de afdeling.

2.5 Herstel in de organisatie/instelling

Verscheidende onderzoeken concluderen dat herstelondersteunend werken geen kwestie is van een paar procedures implementeren, maar dat het een onderbouwde visie vereist die gedragen wordt door alle niveaus van de GGZ (Dawson et al., 2021; Gee et al., 2017; Lorien et al., 2020; Nugent et al., 2017; Patel et al., 2023; Sowers, 2005).

Davidson en collega's (2007) beschrijven de transformatie naar herstelondersteunende zorg als een proces van cultuurverandering, waarbij herstel geen 'extra' toevoeging aan bestaande diensten, ondersteuning of systemen kan zijn. Het bevorderen van herstel moet eerder het overkoepelende doel van alle diensten en vormen van ondersteuning zijn.

Waldemar en collega's (2016) rapporteren dat bij gebrek aan een duidelijk en samenhangend herstelondersteunend kader in de organisatie, het personeel vaak terugvalt op traditionele, probleemgerichte en medische benaderingen (zie ook Jørgensen et al., 2020). Bij gebrek aan een overkoepelende visie voor de instelling raakt het zorgpersoneel vaak verstrikt in tegenstrijdige kaders, waar ze conflicterende eisen dienen te navigeren (Dawson et al., 2021; Le Boutillier et al., 2015). Er dient daarom voldoende vorming binnen dit kader voorzien te worden (Martinelli & Ruggeri, 2020; Sowers, 2005). Ook de ziekenhuisadministraties moeten hierbij actief betrokken worden (Hornik-Lurie et al., 2018).

Chatwiriaphong en collega's (2024) concluderen dat herstelondersteunende zorg nog maar beperkt geïntegreerd is in residentiële geestelijke gezondheidszorg. Het medisch model is er nog steeds dominant. De implementatie van herstelondersteunende zorg vergt dan ook een herorganisatie op niveau van de instelling, het ziekenhuis, of de organisatie, met aandacht voor samenwerking, communicatie en coördinatie tussen diensten en het op elkaar afstemmen van verwachtingen (Jørgensen et al., 2020), en het vormen van sterke relaties met sociale zorginstanties die zich richten op woning, tewerkstelling en gemeenschapsnetwerken (Martinelli & Ruggeri, 2020).



Onderzoekers rapporteren dat herstelondersteunende praktijken sterk beïnvloedt worden door structurele institutionele omstandigheden, waarbij de herstelgerichte intenties van hulpverleners soms botsen met de beperkingen opgelegd door de structurele logica van de zorginstelling (Chester et al., 2016; Dawson et al., 2021; Jørgensen et al., 2023; Le Boutillier et al., 2015; Wood et al., 2019).

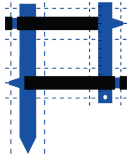
Gerapporteerde hindernissen op het niveau van de organisatie van de gezondheidszorg hebben te maken met het feit dat de zorg teveel gestructureerd is rond diagnoses in plaats van rond zorgvragen (Patel et al., 2023) en de vaststelling dat het gezondheidszorgsysteem en de opleiding van de zorgverleners afgestemd zijn op het ziektemodel en georiënteerd zijn op diagnoses, waarbij de nadruk ligt op observeren, evalueren, en registreren (Ørjasæter & Almvik, 2022).

Nugent en collega's (2017) vermelden nog de biomedische, resultaatgerichte, en risicomijdende aard van het geestelijke gezondheidszorgsysteem, beperkende omgevingen en tijdsdruk (zie ook Chatwiriaphong et al., 2024; Dawson et al., 2021). Goh en collega's (2022) wijzen op de factoren als de caseload, de verwachtingen en doelen van de instelling.

Volgens Chen en collega's (2013) situeren er zich in de residentiële geestelijke gezondheidszorg spanningsvelden op het niveau van zowel de fysieke omgeving van de afdeling als de routines van de afdeling (bekommernissen omtrent veiligheid, de beperkte middelen voor de patiënten, macht). Waldemar en collega's (2016) stippen ernstige beperkingen aan wat betreft middelen en capaciteit om herstelondersteunende zorg en behandeling te kunnen bieden (snel patiëntenverloop, onvoldoende bedden en onderbezetting bij het personeel) en stellen dat de fysieke inrichting van ziekenhuisafdelingen vaak herstelondersteunend werk belemmert (zie ook Chatwiriaphong et al., 2024; Chester et al., 2016).

Waldemar en collega's (2016) concluderen op basis van een review van de wetenschappelijke literatuur dat herstelondersteunend werken nog maar beperkt geïntegreerd is in residentiële settings. Ze stellen dat herstelgerichte principes vooral ontwikkeld zijn in ambulante en gemeenschapsettings en vragen zich af in welke mate en hoe het mogelijk is herstelondersteunende handelingsprincipes toe te passen in settings die vooral gericht zijn op stabilisering en verminderen van symptomen. Ze rapporteren dat ook als personeel de intentie heeft om herstelondersteunende zorg te verlenen en positief staat tegenover het herstelgericht kader, er veel onduidelijkheid is over wat herstelondersteunend werken precies inhoudt en hoe deze concepten in de residentiële praktijk te implementeren zijn (zie ook Chatwiriaphong et al., 2024; Le Boutillier et al., 2015).

Uit meerdere onderzoeken blijkt dat zorgverleners menen herstelondersteunend te werken, en herstelgerichte principes zoals hoop en samenwerking vermelden, maar dat in de praktijk de aandacht vooral uitgaat naar medicatie, psycho-educatie en de focus ligt op problemen en



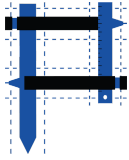
tekorten in plaats van sterktes en mogelijkheden (Waldemar et al., 2016). Ørjasæter & Almvik (2022) stellen dat onderzoek naar herstelondersteunende praktijken vooral gebaseerd is op geestelijke gezondheidssettings in de gemeenschap, terwijl de ervaring in psychiatrische ziekenhuizen onderbelicht blijft.

Een aantal onderzoekers rapporteren specifieke moeilijkheden bij het herstelondersteunend werken op acute geestelijke gezondheidsdiensten, dit zowel omwille van de sterk aanwezige medische visie op herstel en de structuur van de afdeling, als omwille van de acute zorgnoden (Hristodoulidis et al., 2022; McKenna et al., 2014). Hornik-Lurie en collega's (2018) rapporteren dat de herstelondersteunende aanpak vaak clasht met de dringende noden en beperkte tijd en middelen eigen aan het werk op een acute afdeling. Waldemar en collega's (2016) stellen dan ook de vraag hoe herstelondersteunend te werken in settings waar sprake is van verplichte behandeling en dwangmaatregelen. Ørjasæter & Almvik (2022) beschrijven de spanningen waar hulpverleners in psychiatrische centra mee geconfronteerd worden als een spanningsveld tussen zelfbeschikking en risicomanagement.

Martinelli & Ruggeri (2020) vermelden tien organisatorische uitdagingen voor GGZ-actoren (overgenomen van: Shepherd et al., 2010):

1. het veranderen van de dagelijkse interacties en de kwaliteit van ervaring;
2. het aanbieden van begrijpelijke, door zorggebruikers geleide opleidingsprogramma's;
3. het oprichten van opleidingscentra voor herstel om deze programma's aan te sturen;
4. het verzekeren van organisatorische toewijding om een herstelondersteunende organisatiecultuur te creëren;
5. het bieden van meer mogelijkheden tot personaliseren en keuze;
6. het anders benaderen van risico-assessment en -management;
7. het herdefiniëren hoe zorggebruikers betrokken worden;
8. het transformeren van het personeelsbestand;
9. het ondersteunen van het personeel in het bieden van herstelondersteuning;
10. het voorzien van meer mogelijkheden om een leven uit te bouwen voorbij de ziekte.

In een review van kwalitatieve studies naar de ervaring van zorggebruikers in herstelgerichte settings concluderen Lau & Hutchinson (2021) dat in de meeste gevallen zorggebruikers maar beperkt herstelondersteunende zorg blijken te ervaren. De zorggebruikers rapporteren beperkte mogelijkheden om met verpleging te interageren, vermelden slechte communicatie



en gebrekkige informatieverlening, ervaren geen zorg in samenspraak, en rapporteren negatieve ervaringen met de omgeving van de afdeling. Sommige diensten of instellingen claimen wel herstelgericht te werken, maar dit wordt niet altijd weerspiegeld in de zorg die zorggebruikers ervaren. Er is een discrepantie tussen het onderschrijven van herstelgerichte principes en ze ook effectief toepassen in de praktijk (zie ook Le Boutillier et al., 2015).

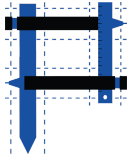
2.6 Herstelondersteunende zorgverleners

Ook voor de zorgverleners vergt herstelondersteunend werken vaak een radicale omslag in aanpak en wijze van omgaan met patiënten, waarbij hun rol verschuift van expert naar partner. Een aantal relevante factoren bij het implementeren van herstelondersteunende zorg situeren zich op het niveau van de hulpverleners.

In een systematische review van de literatuur onderzoeken Morera en collega's (2017) de visie van zorgverleners op herstel van psychose. Op basis van 15 kwalitatieve en kwantitatieve studies concluderen de onderzoekers dat hoewel er wel enig bewijs was dat zorgpersoneel een psychosociale opvatting over herstel bij psychose onderschreef, de meerderheid van de studies suggereerde dat het personeel vasthield aan een biomedische visie op herstel van psychose, met meer nadruk op farmacologische dan op psychosociale interventies.

Chen en collega's (2013) stellen vast dat niet alle hulpverleners beschikken over voldoende competenties en kennis omtrent herstel. Uit diverse onderzoeken blijkt dat het voor veel zorgverleners nog onduidelijk is hoe ze herstelgerichtheid kunnen omzetten in ondersteunende zorgpraktijken (Chatwiriaphong et al., 2024; Chen et al., 2013; Jørgensen et al., 2020; Waldemar et al., 2016). Zorgverleners beschouwen hun werk als herstelondersteunend, staan positief tegenover het herstelgericht kader, en hebben de intentie om herstelgerichte zorg te verlenen, maar raken het niet eens over wat dit naar hun handelen impliceert, en hoe herstelgerichte concepten in de residentiële praktijk te implementeren (Jørgensen et al., 2020; Waldemar et al., 2016). Bij gebrek aan overeenstemming over wat herstel inhoudt en hoe dit in de klinische praktijk toe te passen, zijn zorggebruikers vaak overgeleverd aan wat de individuele zorgverlener persoonlijk al dan niet belangrijk vindt (Jørgensen et al., 2020). Waldemar en collega's (2016) stellen vast dat zorgverleners vaak wel kunnen definiëren wat herstelondersteunend werken inhoudt en dat ze dit linken aan persoonlijk herstel, maar net zo goed beschrijven ze traditionele medische praktijken gericht op klinische outcomes als onderdeel van herstelgericht werken.

Ørjasæter & Almvik (2022) stellen dat de professionele opleidingen van zorgverleners erg gericht zijn op stoornissen in plaats van op herstel. Dit is vooral het geval bij psychiaters, psychologen en verpleegkundigen. Het toepassen van herstelondersteunende praktijken vereist dan ook dat zorgverleners een aantal aspecten waar ze in hun opleiding net op leerden focussen, zoals het ziekte-model en de aandacht voor diagnoses, leren relativeren.



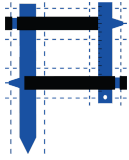
Volgens Goh en collega's (2022) is er nood aan gespecialiseerde op herstel gerichte opleidingen voor de zorgverleners. Op basis van een review van onderzoeken naar de effectiviteit van interventies ontwikkeld om herstelondersteunende inzichten en attitudes te bevorderen bij hulpverleners, besluiten Sreeram en collega's (2021) dat interventies die dergelijke inzichten en attitudes bevorderen bij hulpverleners positieve effecten hebben. In een onderzoek naar de impact van herstelondersteunende opleidingen en interventies concluderen Hornik-Lurie en collega's (2018) dat de onderzochte opleidingen of interventies zorgen voor een positievere attitude over herstelondersteunende zorg, maar dat dit niet altijd leidt tot meer herstelgerichte praktijken die effectief gericht zijn op het bevorderen van persoonlijk herstel. Lorien en collega's (2020) rapporteren dat kennis van zorgpersoneel over herstel toeneemt na opleiding, maar dat de resultaten voor attitudes inconsistent zijn. In een focusgroepstudie met psychiatrisch verpleegkundigen rapporteren Kealeboga en collega's (2023) dan ook de nood aan gedetailleerde richtlijnen om herstelondersteunende zorg te kunnen implementeren.

Belangrijk hierbij is de bevinding uit een interviewstudie met GGZ-professionals over hun herstelondersteunende dagelijkse praktijk (Matoba et al., 2023) die stelt dat zorgverleners hun zorg continu moeten bijsturen om te beantwoorden aan de unieke noden van de zorggebruikers voor hun particuliere leven. In een andere interviewstudie onderzocht Matsuoka (2021) de ervaringen van psychiatrisch verpleegkundigen die herstelondersteunend werken in settings en omgevingen die niet noodzakelijk herstelondersteunend georiënteerd zijn. De verpleegkundigen rapporteerden de nood aan continue reflectie over de eigen praktijk en het alert zijn voor beïnvloeding door opvattingen uit de traditionele geestelijke gezondheidszorg.

Deze onderzoeken suggereren dat de herstelondersteunende hulpverlener zowel dient te beschikken over een bepaalde attitude of ingesteldheid als over handelingsgerichte ideeën om de praktijk mee vorm te geven.

In een interviewstudie door Nugent en collega's (2017) beschrijven herstelondersteunend werkende ergotherapeuten het implementeren van een herstelondersteunende klinische praktijk als een proces van persoonlijke groei en ontwikkeling voor de hulpverlener zelf, een proces dat toewijding en permanent werk vereist. Deze ergotherapeuten typeren hun herstelondersteunende praktijk als een actief, voortdurend en intentioneel proces dat bestaat uit:

- het op zoek gaan naar kennis (ze stellen dat herstelondersteunend werken een duidelijke conceptualisatie vereist van herstel en een herstelondersteunende praktijk, ze doen dit aan de hand van literatuur, herstelverhalen, opleidingen en congressen);
- het integreren van hun begrip van herstelondersteunend werken met hun persoonlijke en professionele identiteit;



- het vasthouden van hoop (onder andere door buiten hun onmiddellijke werkomgeving contact op te zoeken met personen die hersteld zijn van een mentale aandoening);
- en het ontwikkelen van vertrouwen in hun vermogen om doordachte klinische beslissingen te nemen en herstelgerichte praktijken te verantwoorden als ze botsen met standaardpraktijken.

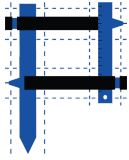
Een van de spanningsvelden die Ørjasæter & Almvik (2022) identificeren is dat een herstelondersteunende praktijk beoefenen een shift in rollen vereist voor zowel de professional als de patiënt. De relatie van expert tegenover passieve recipiënt transformeert naar een meer gelijkwaardige partnerrelatie. Daarbij vonden de zorgverleners het een uitdaging om de leidende rol op te geven voor een meer gelijkwaardige relatie. Waldemar en collega's (2016) rapporteren dat zorgverleners soms onzeker zijn over hoe hun rol in te vullen binnen een herstelondersteunend kader (zie ook Gee et al., 2017; Lau & Hutchinson, 2021; Le Boutillier et al., 2015).

Een noodzakelijke voorwaarde voor zorgverleners om herstelondersteunend te kunnen werken, naast de organisatorische aspecten die we eerder vermeldde, is een gedragen visie en een ondersteunend team van gelijkgezinde op herstel gerichte collega's (Chen et al., 2013; Gee et al., 2017; Nugent et al., 2017). Hindernissen worden soms ervaren in de vorm van:

- negatieve attitudes van collega's tegenover herstel (Nugent et al., 2017),
- negatieve assumpties, vooroordelen en misverstanden over het herstelconcept (Martinelli & Ruggeri, 2020),
- negatieve attitudes, twijfels of bezwaren van het personeel tegenover bijvoorbeeld de aanwezigheid van ervaringsdeskundigen op de patiëntenbesprekingen in teamvergaderingen (Hornik-Lurie et al., 2018),
- spanning en frustratie bij hervatting,
- beperkte motivatie bij hulpverleners om te veranderen,
- en negatieve overtuigingen over patiënten met een ernstige mentale aandoening (Chen et al., 2013).

Martinelli & Ruggeri (2020) vermelden nog een aantal noodzakelijke herstelgerichte skills voor hulpverleners. Ze vermelden (overgenomen van Farkas et al., 2005):

- de vaardigheid om samen te werken;
- de vaardigheid om te inspireren, te onderwijzen en te coachen;



- de vaardigheid om keuzes te faciliteren volgens het model van gedeelde besluitvorming;
- en vaardigheden en strategieën ter bevordering van empowerment, hoop en zelfaanvaarding.

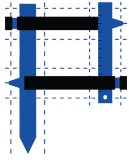
Verder vermelden ze nog (overgenomen van Carozza, 2006):

- het besef dat personen met psychiatrische beperkingen niet beschermd of geholpen dienen te worden, maar vergezeld om hun rol in de gemeenschap terug op te nemen;
- kennis van de gevolgen van psychiatrische stoornissen, hun verloop, de impact op familieleden en de meest gepaste psychosociale interventies;
- het verlenen van emotionele en instrumentele steun;
- en de zorggebruiker helpen zijn of haar doelen te identificeren.

2.7 Herstelgerichte zorggebruikers

De overgang naar een meer herstelondersteunende zorg vergt ook een omslag bij de zorggebruikers zelf. Volgens Davidson en collega's (2007) verwijst herstel niet naar een specifieke dienst, interventie of ondersteuning (die meer of minder herstelgericht kan zijn) maar gaat het over wat personen met een psychiatrische aandoening zelf doen om met hun ziekte om te gaan en hun leven terug te krijgen. Herstel gaat niet over iets wat zorgverleners kunnen doen voor mensen, want als zorgverleners beslissen wat herstel is voor iemand, dan is het herstelinitiatief al gedoemd om te mislukken. Herstel behoort de mensen met een gevoeligheid voor psychiatrische problematieken toe en het is aan hen om te definiëren wat het is, waaruit het bestaat, wat het met zich meebrengt.

Chen en collega's (2013) situeren een van de spanningsniveaus omtrent herstelondersteunend werken bij de personen met een ernstige mentale aandoening zelf, dit door aspecten gerelateerd aan de aandoening of bijwerkingen van medicatie of motivationele aspecten. In het onderzoek van Jørgensen en collega's (2023) rapporteren zorgverleners dat de verwachting dat zorggebruikers hun hulpbehoeftes kunnen uitdrukken niet altijd realistisch is, het ontbreekt sommige zorggebruikers aan de taal om dit te doen, waardoor het zorgsysteem impliciet de doelen voor herstel bepaalt in plaats van de zorggebruikers zelf. Ørjasæter & Almvik (2022) rapporteren dat het voeren van een herstelondersteunende praktijk een shift in rol vereist voor zowel de professional als de patiënt, en dat zorggebruikers ondersteund moeten worden om deze nieuwe positie in te nemen.



2.8 Richtlijnen voor herstelondersteunende zorg

Verscheidende studies concluderen met een aantal richtlijnen om herstelondersteunend werken te bevorderen. Deze richtlijnen zijn van toepassing voor herstelondersteunend werken in diverse settings: residentiële opnamesettings, centra voor ambulante begeleiding, en mobiele teams.

Martinelli & Ruggeri (2020) bespreken de praktische tips van het Sainsbury Centre (Shepherd et al, 2008). Dit zijn tien praktische tips, onderverdeeld in drie clusters: 'herstel begrijpen,' 'weet hoe samen te werken,' 'heb een ruime blik'.

Ten eerste 'herstel begrijpen':

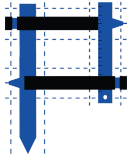
1. help mensen hun eigen doelen te identificeren en prioritair te stellen (niet die van de hulpverlener);
2. demonstreer geloof in iemands bestaande sterktes met betrekking tot het verwezenlijken van deze doelen;
3. identificeer voorbeelden uit je eigen ervaring of die van andere zorggebruikers die inspireren en hoop bieden;
4. accepteer dat de toekomst onzeker is en dat tegenslagen zullen voorvallen en blijf de mogelijkheid tot het verwezenlijken van de zelfgedefinieerde doelen ondersteunen met hoop en positieve verwachtingen.

Ten tweede 'weet hoe samen te werken':

5. ondersteun zelfmanagement van geestelijke gezondheidsproblemen;
6. luister naar iemands wensen in verband met therapeutische interventies;
7. gedraag je steeds met een attitude van respect voor de persoon en vanuit een verlangen naar een gelijkwaardig partnerschap;
8. toon een bereidheid om een extra inspanning te leveren om iemand te helpen hun doelen te bereiken.

Ten derde 'heb een ruime blik':

9. wees aandachtig voor het belang van doelen die iemand uit de ziekterol halen en hen toelaten anderen te dienen en te helpen;



10. identificeer niet-mentale gezondheidsgerelateerde hulpbronnen (vrienden, contacten, organisaties) die relevant zijn voor het bereiken van deze doelen.

Sowers (2005) geeft volgende vier richtlijnen:

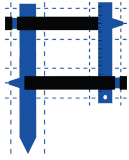
1. bevorder zelfbeschikking en beslissingsrecht;
2. zet in op en faciliteer voorafgaande wilsverklaringen;
3. maximaliseer de eigen inbreng van de herstellende;
4. minimaliseer gedwongen behandelingen en isolatie en fixatie.

Matoba en collega's (2023) bevelen, op basis van hun interviews met GGZ-professionals uit residentiële en ambulante settings, deze vijf praktijken aan:

1. ontwikkel gelijkwaardige relaties door het vermijden van autoriteitssymbolen zoals uniformen, jargon en advies geven;
2. wek oprechte hoop op;
3. ondersteun zorggebruikers om met motivatie en initiatief te handelen en help hen verantwoordelijkheid op te nemen voor het eigen leven;
4. bied meer keuzemogelijkheden door het perspectief te verruimen en respecteer vervolgens de eigen keuzes—ook al is het een keuze met negatieve gevolgen;
5. blik samen vooruit op een veilige manier, ook al 'mislukt' er iets.

Matsuoka (2021) geeft nog deze vijf aanbevelingen, gebaseerd op interviews met psychiatrisch verpleegkundigen werkzaam in mobiele teams:

1. installeer een gelijkwaardige partnerrelatie om rechten en verantwoordelijkheden van zorggebruikers te ondersteunen, en geef dus de macht als verpleegkundige op;
2. implementeer een cliëntgerichte dialoog om hen te helpen groeien en het leven te appreciëren;
3. ondersteun het leven van cliënten en bevorder zelfmanagement in plaats van medicatiegebruik te controleren;
4. werk in team om de wensen van cliënten te realiseren, ook al dragen deze wensen risico's met zich mee;



5. ondersteun de relatie tussen de cliënt en hun netwerk.

In een systematische review van gepubliceerde onderzoeksliteratuur naar de ervaringen van patiënten in residentiële geestelijke gezondheidszorginstellingen, identificeren Staniszewska en collega's (2019) een aantal kernthema's die patiënten zelf belangrijk vinden voor herstelondersteunende zorg. De onderzoekers rapporteren vier dimensies die consequent een significante invloed hadden op de ervaringen van opgenomen patiënten met crisis- en herstelondersteunende zorg:

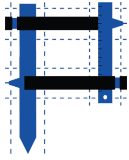
1. het belang van goede relaties;
2. het voorkomen van negatieve ervaringen met dwang;
3. een gezonde, veilige en stimulerende fysieke en sociale omgeving;
4. authentieke ervaringen van patiëntgerichte zorg.

Cruciale elementen voor patiënten waren: vertrouwen; respect; veilige afdelingen; informatie en uitleg krijgen over klinische beslissingen; therapeutische activiteiten; en betrokkenheid van familie bij de zorg. De onderzoekers bevelen dan ook aan om deze vier dimensies te verankeren in de ontwikkeling van praktijkrichtlijnen.

In een Britse interviewstudie met patiënten en zorgverleners onderzochten Wood en collega's (2019) de perspectieven van patiënten en personeel op de therapeutische behoeften van mensen met een psychose tijdens opname in een psychiatrische residentiële setting. Ze formuleren een aantal klinische implicaties van hun onderzoeksresultaten. De keuzevrijheid en controle van de patiënt over de behandeling moet een prioriteit zijn. Samenwerkingsgericht zorgplanbeleid en gezamenlijke besluitvorming dienen te worden geïntegreerd in de routinematige intramurale zorg. Er moet meer nadruk komen op het ondersteunen van patiënten bij sociale trauma's en verlies, evenals bij religieuze, culturele en spirituele kwesties. Daarnaast moet ervoor worden gezorgd dat intramuraal personeel zich voldoende bekwaam voelt om samen te werken rond deze behoeften.

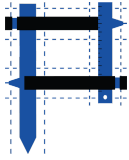
2.9 Conclusie

Concluderend kunnen we stellen dat heel wat zorgorganisaties, instellingen en hulpverleners het herstelondersteunend werken onderschrijven, maar dat de praktische realisatie ervan—het effectief handelen vanuit deze principes—op heel wat hindernissen stoot. Geregeld menen hulpverleners wel te werken volgens herstelondersteunende principes, maar rekenen ze daartoe ook praktijken die ermee in tegenspraak zijn, of wordt de verschaft zorg door de zorggebruikers niet als herstelondersteunend ervaren. Eén van de terugkerende elementen is dat niet altijd duidelijk is hoe de achterliggende principes van herstelondersteuning toe te



passen, hoe pragmatisch te handelen en met patiënten en hun context te interageren volgens deze principes.

Daarom onderzoeken we in deze studie wat goede, herstelondersteunende psychosezorg in de praktijk precies inhoudt, waarbij we uitgaan van de psychosezorg in Vlaanderen anno 2024-2025. Via een kwalitatief onderzoek (zie methodesectie) gaan we na wat er in de psychosezorg concreet moet gebeuren om voor patiënten en hun naasten herstelondersteunend te zijn. Dit brengt ons tot het formuleren van 13 concrete handelingsgerichte acties (zie resultatensectie).



3. Methode

3.1 Onderzoeksopzet

Gezien de centrale onderzoeksvraag zich richt op hoe herstelondersteunende psychosezorg vandaag de dag vorm krijgt, welke praktijken als werkzaam worden ervaren, en waar knelpunten liggen, werd gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksbenadering. Kwalitatief onderzoek laat toe om diepgaande inzichten te verkrijgen in de ervaringen, perspectieven en betekenissen die betrokkenen zelf toekennen aan fenomenen (Huberman & Miles, 1994). Deze benadering sluit nauw aan bij de doelstelling van deze studie: het verkennen en interpreteren van de beleving van actoren binnen het psychosezorglandschap.

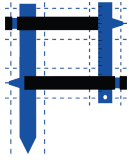
Via semigestructureerde focusgroepgesprekken werd beoogd om concrete handelwijzen en praktijkgerichte kennis in kaart te brengen binnen het domein van herstelondersteunende psychosezorg. Hierbij werd vertrokken van 4 groepen informanten: ex-patiënten; familieleden en andere naasten van (ex-)patiënten; professionals die op bachelorniveau werken in de dagdagelijkse dienstverlening (verpleegkundigen, leefgroepbegeleiders...); en professionals die op masterniveau werken in specifieke therapeutische functies (psychiaters, psychologen...). Deze kwalitatieve insteek werd opgezet om ruimte te laten voor nuance, contextuele complexiteit en het belichten van verschillende perspectieven—een noodzakelijke benadering in een veld waarin subjectieve ervaring en interpersoonlijke dynamiek een centrale rol spelen.

3.2 Steekproeftrekking

Initieel werd gestreefd naar het bereiken van 80 participanten verspreid over heel Vlaanderen: 64 deelnemers voor een eerste focusgroepstudie die als doel had om een initieel model op te bouwen (acht deelnemers per stakeholdergroep, vier groepen in totaal: $8 \times 4 = 64$), en 16 deelnemers voor een tweede focusgroepstudie die als doel had om dit model te valideren (vier deelnemers per stakeholdergroep, eveneens vier groepen: $4 \times 4 = 16$).

Aangezien het onderzoek zich richt op de praktijk van de herstelondersteunende psychosezorg, werd gekozen voor een selecte steekproeftrekking (Patton, 2015; Teddlie & Yu, 2007) waarbij deelnemers werden gezocht die als zorggebruiker en/of zorgaanbieder duidelijk ervaring hadden met de psychosezorg, en die bereid waren om op basis van hun ervaringen input te geven over wat er vanuit hun perspectief moet gebeuren om deze zorg optimaal herstelondersteunend te maken.

Ervaringsdeskundigen en ex-patiënten werden gerekruteerd via patiëntenverenigingen en PsychoseNet België, aan wie de vraag werd gesteld om namen van potentiële deelnemers door te geven. Familieleden en contextfiguren werden op dezelfde manier gerekruteerd via familieverenigingen en PsychoseNet België. Professionals werden gerekruteerd door per



regionaal zorgnetwerk in Vlaanderen na te gaan welke diensten instaan voor psychosezorg en contact op te nemen met zorgprofessionals uit die diensten. Dit overzicht per regionaal zorgnetwerk werd opgemaakt door de hoofdonderzoeker in samenspraak met een expert-vrijwilliger van PsychoseNet België, die tevens professioneel werkzaam is in de psychosezorg.

Op basis van deze contacten werd een lijst samengesteld met ongeveer 40 namen per beoogde groep van informanten. Deze ruime selectie bood de mogelijkheid om voldoende variatie te garanderen én om eventuele uitval op te vangen, bijvoorbeeld in het geval dat deelnemers op het laatste moment zouden afhaken.

De geselecteerde personen werden per e-mail random uitgenodigd door de hoofdonderzoeker. Afhankelijk van de woon- of werkplek werden deze personen uitgenodigd om deel te nemen aan een focusgroep in Gent of in Leuven, waarbij er telkens een vooraf bepaald tijdsmoment (najaar 2024) werd aangegeven. De uitnodiging bevatte een beknopte toelichting over het onderzoeksproject, zoals hieronder weergegeven:

Beste [naam participant],

Met de financiële steun van NV Cortina startten we vanuit Universiteit Gent net een onderzoeksproject op waarbij we bottom-up een visie op de psychosezorg van de toekomst willen ontwikkelen. We zullen op basis van discussies in kleine groepen (zogenaamde focusgroepen) in kaart brengen hoe de psychosezorg in Vlaanderen sterker herstel-ondersteunend kan worden ingericht. In totaal plannen we 80 mensen te bevragen die elk vanuit hun eigen perspectief input geven (professionals uit verschillende disciplines, (ex)-patiënten en familie). Dit onderzoek zal uitmonden in een rapport dat spanningsvelden en mogelijkheden in kaart brengt, zodat we kunnen behouden wat nu reeds goed is en gericht kunnen werken aan wat beter kan.

Dit brengt me meteen tot deze vraag: zou jij tijd en interesse hebben om op [datum focusgroep] in de [voor- of namiddag] 3u tijd uit te trekken om aan zo'n focusgroep deel te nemen? De focusgroep zal doorgaan in [campus Universiteit], binnen een vergaderlokaal. Als voorbereiding hoeft je niets te doen. We vertrekken gewoon vanuit ieders ervaringen. Voor je deelname wordt een vergoeding van 125 euro voorzien.

Laat aan mijn doctoraatsstudente Margot de Sloover (Margot.deSloover@UGent.be) gerust weten of je al dan niet kan deelnemen. Indien je vragen hebt over dit project, kan je deze ook aan haar voorleggen.

Dank alvast om dit te overwegen en samen met ons verder te kiezen voor een zorgverlening waar we fier kunnen op zijn.

Met vriendelijke groeten,
Stijn Vanheule

Per focusgroep werd een lijst bijgehouden van deelnemers die hun participatie bevestigden. Zodra de limiet van 20 deelnemers werd bereikt, werden geen verdere mails verstuurd. In totaal werden 137 mensen uitgenodigd en stemden 80 van hen in om deel te nemen op de



aangegeven plek en op het voorgestelde tijdstip. Aan hen werd een opvolgbericht verstuurd met praktische informatie, gevolgd door een herinneringsmail ongeveer een week voor de geplande sessie.

Uiteindelijk namen 77 personen, allen van Vlaamse afkomst, deel aan het onderzoek: 63 in focusgroepstudie één, en 14 in focusgroepstudie twee. Dit betekent dat 96% van het beoogde streefcijfer werd bereikt.

De leeftijd van de deelnemers varieerde van 22 tot 75 jaar. Er was een quasi-gelijke genderverdeling (39 vrouwen, 38 mannen). Tabel 1 toont de spreiding van deelnemers per locatie en groep.

Tabel 1. *Overzicht deelnemers per studie, locatie en groep*

	Locatie	Ervarings- deskundigen	Context	Professionals (bachelor)	Professionals (master)	Totaal
Studie 1	Gent	8	8	10	5	31
	Leuven	7	8	8	9	32
	Subtotaal	15	16	18	14	63
Studie 2	Gent	0	1	1	1	3
	Gent	2	1	0	1	4
	Leuven	0	1	1	1	3
	Leuven	2	1	0	1	4
	Subtotaal	4	4	2	4	14
Totaal		19	20	20	18	77



Naast de spreiding per groep en locatie, geven Tabel 2 t.e.m. 4 meer gedetailleerde informatie over de leeftijdsverdeling, het opleidingsniveau van de professionals en hun werkcontext.

Tabel 2. *Leeftijdscategorie van alle participanten*

Leeftijdscategorie	Aantal participanten
20-30	6
30-40	11
40-50	24
50-60	17
60-70	17
70-80	2

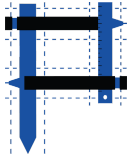


Tabel 3. *Opleidingsniveau van professionals*

Opleidingsniveau	Opleiding	Aantal
Hoger onderwijs: bachelordiploma	Verpleegkunde	11
	Ergotherapie	2
	Maatschappelijk Werk	4
Hoger onderwijs: masterdiploma	Geneeskunde - Psychiatrie	6
	Klinische Psychologie	12
	Verpleegkunde	2
	Medisch-sociale Wetenschappen	1

Tabel 4. *Werkplek van professionals*

Werkplek	Aantal
Outreachend team	12
Psychiatrisch Ziekenhuis	20
Universitair Psychiatrisch Ziekenhuis	6



3.3 Onderzoeksprocedure

Het onderzoeksproces werd vormgegeven in twee opeenvolgende fases. De eerste was gericht op het verzamelen van data om een model over herstelondersteunend werken op te bouwen. De tweede fase was gericht op het valideren en verfijnen van dit model. Beide fases maakten gebruik van focusgroepen, vanwege hun kracht om groepsdynamiek te benutten, gedeelde betekenissen te exploreren en verschillende perspectieven te laten interageren (Evers, 2007).

Fase 1: homogene focusgroepstudie

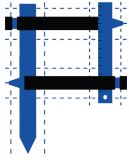
In de eerste fase werden acht homogene focusgroepen georganiseerd, verdeeld over de steden Gent en Leuven. Elke focusgroep werd samengesteld uit deelnemers van één specifieke stakeholdergroep, om te vermijden dat de verschillende perspectieven elkaar beïnvloeden of dat één perspectief de boventoon zou voeren. Elke sessie duurde drie uur en alle deelnemers ontvingen een vergoeding van €125.

In totaal waren in deze fase 63 deelnemers: 15 ervaringsdeskundigen en ex-patiënten, 16 familie- of contextleden, 18 professionals met een bachelordiploma, en 14 professionals met een masterdiploma.

Elke focusgroep begon met een toelichting van het onderzoeksdoel. Aansluitend werd toestemming gevraagd voor het maken van audio-opnames (via een audiorecorder) en voor de schriftelijke verwerking via transcriptie. Alle deelnemers ondertekenden een informatie- en toestemmingsformulier waarin ook instemming werd gegeven voor geanonimiseerde verwerking van de gegevens.

De inhoudelijke kern van de sessies werd opgebouwd rond een SWOT-gebaseerde reflectie op herstelondersteunende zorg. Hierbij werd de deelnemers gevraagd om samen na te denken over de volgende vier domeinen:

- **STERKTES:** Wat moeten hulpverleners zeker doen? Waar moeten ze op inzetten om herstel te bevorderen?
- **ZWAKTES:** Wat moeten hulpverleners zeker niet doen? Wat is te vermijden in de hulpverlening?
- **OPPORTUNITEITEN:** Wat zou hulpverleners ondersteunen om sterker herstelondersteunend te werken? Wat hebben ze nodig?
- **BEDREIGINGEN:** Wat houdt hulpverleners nu tegen om sterker herstelondersteunend te werken? Wat kan best veranderen in de zorgcontext?



De deelnemers gingen hierover eerst gedurende 45 minuten in duo's in gesprek en noteerden hun bevindingen. Deze eerste inzichten werden nadien plenair gedeeld en genoteerd op een centraal bord. De gedeelde input vormde de basis voor de verdere groepsdiscussie die het eigenlijke focusgroepgesprek vormde. Aan de hand van concrete voorbeelden werden hierbij do's en don'ts voor de praktijk verzameld, en werd gereflecteerd over de randvoorwaarden die nodig zijn voor een evolutie richting meer herstelondersteunende zorg. Elke bijeenkomst duurde 3 uur.

Data-analyse

Na afronding van de eerste focusgroepstudie startte de analyse van de verzamelde data. Deze taak werd uitgevoerd door een vierkoppig analyseteam, bestaande uit drie projectonderzoekers en één externe expert met ruime ervaring binnen de geestelijke gezondheidszorgpraktijk. Deze externe onderzoeker werd bij de analyses betrokken om te vermijden dat impliciet gedeelde opinies van de projectonderzoekers het besluitvormingsproces zouden beïnvloeden (Nowell et al., 2017).

De audiobestanden van de focusgroepen werden getranscribeerd met behulp van het softwareprogramma ScribeWave¹. Tijdens de transcriptie werd erop toegezien dat persoonlijke of gevoelige informatie zorgvuldig geanonimiseerd of—indien nodig—verwijderd werd, conform de principes van gegevensbescherming en ethisch verantwoord onderzoek.

De finale transcripten werden eerst door elk van de onderzoekers individueel thematisch geanalyseerd (Braun & Clarke, 2021), waarbij fragmenten uit het manuscript met trefwoorden werden getypeerd. Vervolgens werden vier analysebijeenkomsten gepland in januari 2024. Elke bijeenkomst stond in het teken van één stakeholdergroep en bestond uit een discussie over de thema's die elke onderzoeker eerst individueel had genoteerd. Het doel was om na te gaan welke overkoepelende thema's in de discussie naar voor kwamen. Van deze discussies werden audio-opnames gemaakt en tijdens de overlegmomenten werden de individuele interpretaties gedeeld, besproken en tegen elkaar afgewogen. Dit leidde tot een gezamenlijke thematische afbakening, waarbij in consensus aanvankelijk werd besloten dat er in de data 8 centrale thema's gedetecteerd konden worden (zie Tabel 5).

¹ <https://opentools.ai/tools/scribewave-ai>



Tabel 5. *Overzicht initiële thema's*

1. Warm onthaal en warme bejegening
2. Experts werken ont-moetend
3. De grote impact van het kleine samenleven
4. Traject en verhaal van de patiënt centraal
5. De context (ver)telt mee
6. Zorg in samenspraak georganiseerd
7. De-escalatie bij crisis
8. Angst professioneel dragen en hanteren

In een volgende stap werd door elk van de onderzoekers gecheckt in hoeverre hun initiële codes en fragmenten konden ondergebracht worden bij deze thema's. Ook werden de opnames van de discussies tussen de onderzoekers getranscribeerd, en door een van de onderzoekers werd de inhoud van deze transcripties vergeleken met de codes.

Op basis van hiaten in de initiële lijst van thema's werd via verdere discussie een nieuwe lijst van hoofdthema's opgemaakt die wel degelijk de inhoud van de discussies en de gecodeerde fragmenten goed capteerden (zie Tabel 6). Op basis van de codes werd voor elk thema ook een begeleidende tekst van ongeveer 500 woorden opgemaakt om te omschrijven wat het thema precies inhoudt. Ook werden per thema's alle relevante fragmenten aangeduid in de focusgroeptranscripten.



Tabel 6. *Overzicht thema's na focusgroepstudie 1*

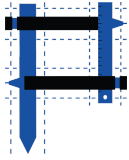
1. Zorg voor een warm onthaal en warme bejegening
2. Laat experts ont-moetend werken
3. Realiseer grote impact met het kleine samenleven
4. Stel het traject en het verhaal van de patiënt centraal
5. Heb geduld in tijden van haast
6. Help de context mee te (ver)tellen
7. Organiseer zog in samenspraak
8. De-escalier bij crisis
9. Draag en hanteer angst professioneel
10. Wees creatief burgerlijk ongehoorzaam
11. Help buurten om onthalend te zijn

Volgens het analyseteam vormden deze thema's en beschrijvingen een representatieve synthese van de inzichten die uit de focusgroepen naar voren kwamen. Ze geven op gestructureerde wijze uitdrukking aan de complexiteit en gelaagdheid van herstelondersteunende psychosoziale zorg.

Fase 2: heterogene focusgroepstudie

Om deze thema's te valideren, werd een tweede focusgroepstudie georganiseerd, waarin telkens één deelnemer per stakeholdergroep aan een heterogene focusgroep deelnam. In tegenstelling tot de eerste fase, werd hier niet gekozen voor homogene groepen, maar juist voor gemengde samenstelling. Dit om onderlinge discussie en perspectiefuitwisseling te stimuleren, aangezien de focus nu lag op het toetsen van eerder verwerkte data. Het doel van deze fase was om de voorlopige thematische indeling op basis van nieuwe deelnemers met andere ervaringen te checken, aan te vullen en te verdiepen.

Uiteindelijk resulteerde dit in vier gemengde focusgroepen met in totaal 14 deelnemers: 4 ervaringsdeskundigen, 4 familie- en contextleden, 2 professionals op bachelorniveau en 4



professionals op masterniveau. De gesprekken vonden opnieuw plaats in Gent en Leuven, duurden 3 uur en werden vergoed met €125 per deelnemer.

Zoals eerder aangegeven, was het doel van deze sessies de validatie en verfijning van de 11 eerder geïdentificeerde thema's. Het verloop van deze focusgroepen verschilde dan ook van de eerste studie. Na een korte toelichting en het bekomen van schriftelijke toestemming voor opname en verwerking, werden de thema's gepresenteerd, telkens geïllustreerd met twee positieve en twee negatieve praktijkvoorbeelden.

De deelnemers werden uitgenodigd om feedback te geven op zowel inhoud als verwoording van elk thema. Zij bespraken de relevantie van de thema's, gaven bijkomende voorbeelden, nuanceerden bepaalde formuleringen en reikten aanvullende inzichten aan.

Enerzijds betrof dit inhoudelijke aanvullingen. Zo kwam meermaals aan bod dat de rol van ervaringsdeskundigen explicieter benoemd zou kunnen worden, wat leidde tot de toevoeging van een nieuw thema over ervaringsdeskundigheid. Anderzijds werd ook taalkundige feedback gedeeld: bijvoorbeeld over het woord 'bejegening', dat als afstandelijk werd ervaren, waarop werd voorgesteld het te vervangen door 'vriendelijke omgangsstijl'.

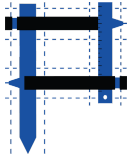
Op basis van deze input werden twee aanvullende thema's toegevoegd en enkele terminologische aanpassingen doorgevoerd. De validatieronde resulteerde uiteindelijk in een finaal model met dertien aanbevelingen voor toekomstgerichte, herstelondersteunende psychosezorg, die worden weergegeven in Tabel 7.



Tabel 7. *Overzicht thema's na focusgroepstudie 2*

1. Zorg voor een warm onthaal en een vriendelijke omgangsstijl
2. Laat experts ontmoetend werken
3. Realiseer grote impact met het kleine samenleven
4. Stel het traject en het verhaal van de patiënt centraal
5. Bewerkstellig zorgcontinuïteit
6. Heb geduld in tijden van haast
7. Luister naar en werk mét de context
8. Betrek ervaringsdeskundigen
9. Organiseer zorg in samenspraak
10. De-escaleer bij crisis en werk verbindend
11. Draag en hanteer angst en onzekerheid professioneel
12. Laat gedeelde verantwoordelijkheid primeren boven procedures
13. Zoek verbinding met de samenleving

In een laatste stap werd ook voor de nieuwe thema's een begeleidende tekst van ongeveer 500 woorden opgemaakt om te omschrijven wat het thema precies inhoudt. Ook werden per thema's alle relevante fragmenten aangeduid in de focusgroeptranscripten. Om overlap met deze nieuwe thema's te vermijden, werden in de andere 11 thema's kleine aanpassingen gemaakt in de omschrijving en in het aanduiden van relevante fragmenten.

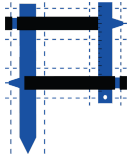


4.Resultaten: 13 actiepunten

Op basis van de analyse van de data uit de focusgroepen besluiten we dat om goede, herstelondersteunende psychosezorg in de praktijk te realiseren de volgende handelingsgerichte acties noodzakelijk zijn:

1. Zorg voor een warm onthaal en een vriendelijke omgangsstijl
2. Laat experts ontmoetend werken
3. Realiseer grote impact met het kleine samenleven
4. Stel het traject en het verhaal van de patiënt centraal
5. Bewerkstellig zorgcontinuïteit
6. Heb geduld in tijden van haast
7. Luister naar en werk mét de context
8. Betrek ervaringsdeskundigen
9. Organiseer zorg in samenspraak
10. De-escaleer bij crisis en werk verbindend
11. Draag en hanteer angst en onzekerheid professioneel
12. Laat gedeelde verantwoordelijkheid primeren boven procedures
13. Zoek verbinding met de samenleving

Onderstaand lichten we met voorbeelden toe wat deze acties precies inhouden.



1. Zorg voor een warm onthaal en een vriendelijke omgangsstijl

Een warm onthaal betekent dat personeel onvoorwaardelijk betrokkenheid en interesse uitstraalt. In ambulante hulpverlening houdt dit in dat medewerkers vriendelijk en benaderbaar handelen, zonder afstandelijkheid of bevoogding te creëren. In residentiële zorg betekent het dat iemand zich écht welkom voelt op een afdeling die huiselijk, vriendelijk en uitnodigend aanvoelt.

Warm onthalen houdt in dat wie toekomt, de tijd en ruimte krijgt om veilig tot rust te komen. Er wordt kennisgemaakt, een rondleiding gegeven, informatie verstrekt en eten en drinken aangeboden—zoals gebruikelijk wanneer iemand start in een nieuwe job of te gast is bij nieuwe kennissen of familie. De focus ligt op het creëren van verbinding en nabijheid, waarbij gewone menselijke interacties centraal staan.

Zowel betutteling als afstandelijk, routineus handelen moeten worden vermeden, omdat ze de ander opzadelen met een gevoel van vreemdheid of minderwaardigheid. Onvoorwaardelijk betekent dat men tolerant is voor verschillen en deze niet beoordeelt; de ingangspoort staat voor iedereen open. Exclusiecriteria ondermijnen deze onvoorwaardelijkheid en moeten daarom tot een minimum worden beperkt.

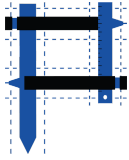
Authentieke aanwezigheid van iemand die sympathiek tegenover je staat

Een eerste belangrijk thema uit de focusgroep gesprekken is de noodzaak om ‘gewone’ menselijke contacten te ervaren. Deelnemers benadrukken dat hulpverleners hun professionele rol beter niet koel en afstandelijk vervullen. Integendeel, wat het herstelproces echt ondersteunt, is de authentieke aanwezigheid van iemand die sympathiek tegenover je staat—zelfs als je met ernstige problemen kampt of ongebruikelijk gedrag vertoont.

Een van de ervaringsdeskundigen die op een psychiatrische afdeling werkt, verwoordde dat als volgt: *“Er is een groot verschil tussen een hulpverlener die mee met u op de rand van het bed zit en met u praat, en iemand die daar met papieren staat om u te diagnosticeren.”*

Een ouder van een jonge man met psychosegevoeligheid zei hierover het volgende: *“Waarom klikt het met iemand? Vaak is dat toch omdat er een punt van gemeenschappelijkheid is, en dat iemand gewoon warm en menselijk met mij omgaat.”*

“Het gaat minder over wat een hulpverlener zegt, welke woorden iemand gebruikt, maar eerder over een basisvertrouwen waarin we samen zijn, we niet weten wat er gaat gebeuren,



maar iemand die op dat moment een kalmerende factor kan bieden in een rustige ruimte. Iemand die tijd heeft om met jou die rit uit te zitten, die nabij is,” zei een andere ervaringsdeskundige.

Hulpverleners stipten dit eveneens aan tijdens de gesprekken. Een verpleegkundige die werkzaam is op een crisisafdeling gaf dat bijvoorbeeld als volgt aan: *“Een warme bejegening gaat niet altijd over grote dingen, maar ook over hoe je iemand aanspreekt, met welke stemtoon bijvoorbeeld. Iemand die rustig spreekt, biedt ook rust.”*

Deze uitspraken illustreren hoe belangrijk spontane betrokkenheid is, en bevestigen dat een warme, menselijke basishouding niet optioneel is, maar een fundament vormt voor herstelondersteunend werken. In het bijzonder tonen ze aan hoe kleine gebaren—zoals rustig spreken of op de bedrand meepraten—een diep gevoel van veiligheid kunnen oproepen.

Een warm eerste onthaal

Daarnaast is het ook cruciaal hoe een eerste ontmoeting, gesprek of intake gebeurt. Een goede eerste indruk kan immers het verschil maken tussen zich welkom voelen of zich een nummer wanen. Daarom is het belangrijk dat intakes niet vervallen in een bureaucratische checklist, maar ruimte laten voor kennismaking en verbinding. Men moet maximaal kunnen inzetten op het maken van contact en het creëren van vertrouwen, zodanig dat iemand zich welkom en veilig voelt. Het strikt standaardiseren of protocolleren van de intakeprocedure, staat dat in de weg. Een psycholoog vertelde hierover het volgende: *“De manier waarop een intakegesprek gebeurt is vaak hoogdrempelig; precies een examen waar je heel veel vragen krijgt. Dan moet je al veel inzicht hebben in jezelf. Maar eigenlijk moet het vooral een kennismaking zijn.”* Een andere psycholoog voegde daaraan toe: *“Een intake moet een gesprek zijn waar je wel zal zien waar je op uitkomt, niet per se alles moet bevraagd worden, want dat kan later ook nog altijd. Je moet vooral bevragen wat iemand nodig heeft en hoe we daar iets rond kunnen doen om daaraan tegemoet te komen.”*

Herstel ondersteunen doe je dan ook door praktijken die afstandelijkheid creëren achterwege te laten. Een verpleegkundige maakte de vergelijking met hoe men bij haar op de afdeling vroeger onthaalde en hoe men dat vandaag doet, en merkt daarbij op dat dat een wereld van verschil is: *“Wij onthalen mensen en geen patiënten. Vroeger hadden wij een lijst in onze handen toen men toekwam, een A4'tje met allemaal vragen. Mensen moesten hun identiteitskaart afgeven om ingelezen te worden. Nu onthalen wij mensen, vragen hen wat ze nodig hebben, of ze iets willen eten of drinken. Zo was er een patiënt die nergens meer binnen mocht, hij werd aangekondigd als ‘niets mee aan te vangen.’ We zeggen niet: ‘misschien moeten we die direct isoleren,’ maar we laten hem gewoon komen en geven hem een koffie. Een paar weken later zei hij dat dit het eerste ziekenhuis was waarvan hij dacht dat hij er iets kon doen, waar hij niet ineens als een gevaarlijke zot werd weggestoken.”* Onthalen doe je dus



door dingen uit het dagelijkse leven expliciet op de voorgrond te plaatsen, zoals door een nieuwkomer iets te drinken aan te bieden.

Een vrouw die werd opgenomen omwille van een kraambedpsychose, vertelde dat zij zich van de eerste opnamedag herinnert dat er pizza werd besteld en dat er op TV samen naar een wielervedstrijd werd gekeken: *“Ik kwam toe en dat was precies een hotel. Er stond daar een team klaar, ze zeiden: ‘Hallo, welkom op onze afdeling.’”*

Een psychiater benadrukte daarbij dat het belangrijk is om begeleidingen in een positieve sfeer van start te laten gaan: *“Het eerste onthaal is immens belangrijk. Ik vind dat angst daar nog een grote rol in speelt, dat wordt zo groot gemaakt omdat dat over veiligheid gaat. Als je mensen onthaalt op een warme manier, dan moet je geen schrik hebben.”*

Heldere informatie

Ook moeten mensen die toekomen heldere informatie krijgen, zodat ze goed weten waaraan ze zich kunnen verwachten. Een hulpverlener van een mobiel team zei daarover het volgende: *“Iemand moest in opname. Dat is niet gebeurd via de politie of spoeddiensten. Ik ben bij hem thuis geweest en ik heb hem naar het ziekenhuis gebracht. Ik bood hem iets te drinken aan, heb hem uitleg gegeven over de werking en heb naar zijn verhaal geluisterd.”*

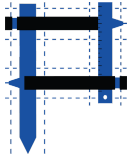
Wanneer hulpverleners op deze manier onthalen, voelen patiënten zich welkom. Een jonge man die reeds vele opnames heeft gekend zei naar aanleiding van een positieve ervaring het volgende: *“Ik ben toegekomen, ik heb een rondleiding gekregen. Ik wist onmiddellijk waar het bureau van de dokter en de psycholoog was. Ik heb een middagmaal gekregen. Hoe moet ik dat zeggen? Het was heel gemoedelijk. Er is niet meteen van start gegaan met medicatie zoals in vorige opnames, het was eerder een uitnodiging om thuis te komen.”*

Gemoedelijke omgangsstijl die voortduurt

Om zich ergens thuis te kunnen voelen, zoals in bovenstaand citaat wordt aangehaald, is het nodig om deze gemoedelijke omgangsstijl elke dag opnieuw in de praktijk te brengen. Men moet zich niet alleen welkom voelen bij het onthaal, maar deze gemoedelijke omgang dagelijks opnieuw kunnen ervaren.

Een vrouw die kortdurend werd opgenomen getuigde over dergelijke menselijkheid het volgende: *“Ik liep door de gang en kon op een gegeven moment niet meer stoppen met huilen. Een hulpverlener hield me tegen, we hebben wat gepraat en ze gaf mee dat zij het ook moeilijk had omdat ze ruzie had met haar tienerdochter. Zonder daar meer over te vertellen, heeft mij dat deugd gedaan. Ik voelde mij even geen patiënt meer, maar mens.”*

Door het contact te blijven stimuleren en op een ondersteunende manier nabij te blijven, kan een wederzijds vertrouwen ontstaan, aldus een ervaringsdeskundige: *“Ik herinner mij dat ze*



me vroegen wat ik eigenlijk wou. Ik heb daar toen niet op kunnen antwoorden, maar ze bleven mij de vraag stellen en op termijn kon ik daar wel een antwoord op geven, gewoon omdat ze de vraag bleven stellen en contact bleven zoeken.”

Mentale en fysieke nabijheid

Niet alleen mentaal, maar soms ook fysiek, is nabijheid nodig om een gemoedelijk onderling contact uit te bouwen. Een man die een zorgboerderij uitbaat, vertelde daarover het volgende: *“Protocollen verbieden dichte connectie, terwijl mensen daar soms juist nood aan hebben. Een meisje dat bij ons komt, was in opname geweest en had haar voorhoofd volledig openliggen omdat ze voortdurend bonkte tegen de muur. Hulpverleners hadden haar gezegd: ‘Je mag vijf minuten bonken, daarna moet je stoppen.’ Ik vond dat absurd. Ik zou gezegd hebben: ‘Leg uw hoofd op mijn schouder, je mag vijf minuten tegen mij aanliggen.’ Maar dat mag z gezegd niet, want dat is te nabij. En dat zal inderdaad ook niet voor iedereen werken, maar gewoon de regel dat fysiek contact niet mag, is absurd. Hulpverleners worden daarop aangesproken, terwijl het soms juist connectie creëert.”*

Een psycholoog die werkzaam is in een ontmoetingshuis gaf aan dat je steeds moet zoeken naar goede professionele nabijheid, eerder dan naar professionele afstand—maar dat dat ook zal en mag verschillen van persoon tot persoon: *“Bij sommigen zal een knuffel helpen en bij anderen niet, maar het moet wel altijd kunnen.”*

Spreeken ‘met’ mensen, niet ‘over’ mensen

In al deze voorbeelden staat centraal dat men op een ‘gewone’ manier in interactie treedt, zoals we dat ook in het dagelijks leven doen. Daarbij spreken we mét mensen, en niet over hen.

Een psychotherapeut vond het bevreemdend wanneer dat niet gebeurt en gaf aan dat het belangrijk is om telkens opnieuw te proberen actief gesprekken aan te knopen: *“Ooit zei een verpleegster tegen mij, over een patiënt: ‘Hij kijkt weer zo psychotisch.’ Ik ben hem dat gewoon gaan zeggen: ‘Het schijnt dat jij psychotisch kijkt?’ om hen eigenlijk gewoon aan de praat te krijgen, om dat boven tafel te krijgen, in plaats van terug in het bureau, onder elkaar.”*

Dergelijke interventie vraagt uiteraard een beredeneerde gok, en doe je beter niet wanneer je erg twijfelt aan het nut ervan. Toch is deze krachtig omdat ze ingaat tegen de tendens om over de hoofden van patiënten heen te praten, en dus afstandelijkheid tegengaat.

Authenticiteit is daarbij belangrijk. Een psychologe getuigde hierover het volgende: *“Een man wou echt op ontslag, heel schrijnend, want hij had net een kleinkind gekregen. Hij had het er moeilijk mee dat hij er niet was. Hij was ervan overtuigd dat ik ging pleiten voor zijn ontslag, maar hij was nog erg in crisis en ik heb dat ook transparant benoemd: ‘Daar denk ik niet op die manier over. Ik hoor uw verlangen wel, en we kunnen nadenken over wanneer je je*



kleinkind kan zien in tussentijd, maar naar huis gaan, ... Je kan dat straks bij de dokter vragen, maar ik zie dat niet op dit moment.' Dat is moeilijker dan zeggen: 'Goh, we gaan dat op team bespreken,' maar transparant en authentiek zijn is toch iets anders dan het enigmatisch bovenaf laten beslissen."

Hulpverlening verzuurt zonder menselijke omgangsvormen

Bovenstaande voorbeelden geven aan dat het belangrijk is om warm en gemoedelijk in contact te treden met patiënten en illustreren hoe dat in de praktijk vorm kan krijgen. Echter, tijdens de focusgroep gesprekken hoorden we ook tal van voorbeelden die aangeven dat hulpverlening verzuurt als men deze menselijke omgangsvorm niet hanteert.

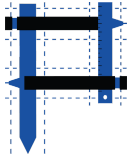
Een ervaringsdeskundige zie daarover het volgende: *"Je komt op een afdeling, je bent in de war, bevraag eens aan mensen hoe dat is of voelt. Je ziet je familie en vrienden niet, je bent afgesloten van de buitenwereld en je probeert toch contact te zoeken. Er stonden mensen buiten om op bezoek te komen, maar plots kwam de regel dat bezoek niet was toegelaten. Dat was moeilijk. Ik dacht bij mijzelf: leg dat toch uit, geef die informatie mee."*

Een andere ervaringsdeskundige deelnemer gaf dat als volgt weer: *"Eén van de lastige dingen, vind ik, is als je op een gesloten afdeling wordt binnengebracht 's nachts. Je weet eigenlijk niet waar je bent, je wordt met de ambulance gebracht via een achterdeur, op een brancard, je weet bijlange niet waar noord, oost, zuid, west is, waar de hoofdbaan is. Ik ben daar psychotischer op geworden. Je weet niet waar je bent, maar ook niet waarom."*

Zonder professionele steunfiguren en zonder heldere informatie blijven patiënten verweesd achter, wat hun situatie vaak erger maakt: *"Ik werd binnengebracht tijdens Covid en moest in isolatie omdat ik geen test wou laten afnemen. Enkel tijdens de middag mocht ik eruit voor middagmaal en om eens te roken. Ik had niks te doen, ik kreeg geen gsm, ik zat daar maar gewoon. Om de zoveel tijd kwam de psychiater langs, en hetgeen ik mij herinner was dat hij plots zei: 'Er is op deze afdeling geen plaats voor u, je moet weg,' terwijl ik nog in een verwarde toestand was. Hij heeft me naar een andere afdeling gestuurd en daar was het even slecht. Ik was vrijwillig opgenomen, dus ik ben naar huis gegaan, omdat ik niet geholpen werd in mijn psychotische toestand."*

Verbondenheid blijven nastreven

Niet alleen tijdens een eerste contact, maar ook verderop is het nodig om warm en vriendelijk met elkaar te blijven omgaan. Ook wanneer er een verschil in perspectief is tussen betrokkenen en er lastige boodschappen gecommuniceerd worden, is het belangrijk om verbondenheid te blijven nastreven. Een moeder vertelde in de focusgroep over een triadisch familiegesprek dat zij had met de psychiater van haar zoon, en hoe teleurgesteld ze was: *"De psychiater gaf depot medicatie voor drie maanden, en nog liever, hoe langer, hoe beter. Mijn zoon had het gevoel dat hij proefkonijn was voor een depot medicatie, en voor de rest was er*



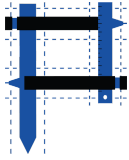
niets. Ik vond zelf dat er psychotherapie nodig was omdat het niet voldoende was, en uiteindelijk heb ik mij opgedrongen en dat gezegd in kader van herstelondersteunende zorg. Die psychiater antwoordde: 'We moeten realistisch zijn,' terwijl mijn zoon erbij was. Ze zei: 'Je denkt toch niet dat dat gaat beter?' Ik vroeg of het toch niet kon beter met psychotherapie. Ze zei: 'In dat potteke moet je niet meer roeren.' En zo ga je geen stap vooruit.' Wanneer het samen in verbondenheid zoeken naar herstel verloren gaat, verliezen mensen hoop, wat het alleen maar lastiger maakt om de draad vervolgens opnieuw op te pikken.

Een man vertelde over hoe hij, nadat zijn zus uit het leven was gestapt, met zijn nichtjes zat te wachten op een psychiatrische afdeling: *"Het was zondag. We wachtten op de psychiater. Wij zaten daar, mijn nichtjes hun mama verloren, ik mijn zus, allemaal verdrietig. De psychiater passeerde ons en ze heeft ons gewoon niet gezien. Uiteindelijk kwam er een arts en die heeft zijn aktetas uitgehaald en gevraagd: 'Wie gaat dat betalen?' Dat waren de enige woorden die wij kregen. In de namiddag kreeg ik dan telefoon van de hoofdgeneesheer van het ziekenhuis. Hij zei: 'Als wij iets kunnen doen, dan zeg je het maar.' Dat is een wereld van verschil." Alerte betrokkenheid bij wat mensen meemaken, zorgt voor verbondenheid. Als dit wordt verwaarloosd, ontstaan kwetsuren.*

Situaties die als risicovol worden ingeschat, vormen daarbij zonder twijfel een uitdaging. Wanneer dwangmaatregelen worden ingezet, dreigt verbondenheid al snel plaats te maken voor afstandelijkheid. Het is dan ook de taak van professionals om dit actief tegen te gaan.

Een psychiater illustreerde deze uitdaging als volgt: *"Ik herinner mij een verhaal van een patiënt die ergens opgenomen was en men had camera's geplaatst in de ruimte waar die persoon een familiegesprek had. Ze hadden hem ook een ceintuur aangedaan. Dat is anno 2023 of zo, hé. Er werkt daar dus een team van psychologen, psychiaters, verpleegkundigen, en die vinden dat 'zorg.'"*

Een warm ontvangst en warme omgangsstijl zijn dus geen detail, maar fundamenten van een goede herstelondersteunende zorg.



2. Laat experts ontmoetend werken

Om het herstelproces te optimaliseren, moeten menselijk contact en ontmoeting centraal staan. Ontmoeting ontstaat vanuit verwondering en krijgt vorm wanneer de specifieke uitdagingen en zorgen van een persoon het uitgangspunt van de zorg zijn. Hulpverlening die vertrekt vanuit ontmoeting, stelt zich de vraag: *Wie is de ander? Waar worstelt die mee? Wat heeft die meegemaakt?* Wat binnen de routines van een zorgaanbod 'moet,' dient steeds in perspectief te staan van deze ontmoeting met iemands eigenheid. Medisch jargon en afstandelijke klinische taal worden daarbij best vermeden.

Om dit te realiseren is het essentieel dat zorgpersoneel een grondige expertise heeft over psychose—zowel actuele feitelijke kennis als inzicht in wat psychotische ervaringen teweegbrengen bij de persoon zelf. Inzicht in de subjectieve belevingswereld is een krachtig hulpmiddel om de therapeutische band te versterken.

Om goede ontmoetingen tot stand te brengen, is het belangrijk dat professionals, ondanks hun expertise, durven te erkennen dat ook zij niet perfect zijn, maar zoekende en fouten makend. Dit verlaagt de drempel in het onderlinge contact.

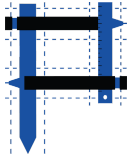
Iemands eigenheid ontdekken

In de focusgroep gesprekken kwam vaak aan bod dat herstel beter lukt indien er oog is voor iemands eigenheid. Als professionals zich oprecht en authentiek afvragen wie iemand is en hoe het met hem gaat, ervaren patiënten dit als een uitgestoken hand. *“Wij vragen niet welk label iemand heeft. Wij vragen hoe iemands weekend is geweest, hoe het met iemand gaat,”* aldus een man die werkzaam is op een zorgboerderij.

Een jonge vrouw die werd opgenomen voor een kraambedpsychose vertelde dat, de afdeling waar zij was opgenomen, probeerde te zorgen voor een goede match in het contact: *“Men kijkt telkens naar de interesses. Mijn partner werd ook ondersteund en hij is heel sportief en fietst graag, dus koppelden ze hem aan een hulpverlener die ook graag fietst.”* Door te zoeken naar gelijkaardige interesses worden drempels in het onderlinge contact lager, wat zorgt voor verbinding.

Een andere ervaringsdeskundige verwoordde het als volgt: *“Het gaat over luisteren, vragen stellen en niet invullen wat iemand nodig heeft. Oprecht nieuwsgierig zijn wie iemand is, wat iemand graag doet, wat dingen zijn die rust brengen, dingen die aangenaam zijn.”*

“Iedereen is anders en heeft zijn eigen interesses. Zo was er altijd sport: badminton of netbal. Ik haat dat gewoon. Uiteindelijk heb ik, na onderhandeling, mogen tekenen. Ik moest wel mee



naar de sporthal, maar ik kon daar tekenen. Dat was voor mij de ideale oplossing,” gaf nog een ervaringsdeskundige ter illustratie.

Ook professionals stipten aan dat ze op deze manier tot veel meer verbinding komen. Zo vertelde een verpleegkundige: *“Als hulpverlener ga je bepaalde vragen stellen die een attitude van nieuwsgierigheid impliceert: wie ben jij, wat doe jij graag? Mensen voelen zich au sérieux genomen op die manier.”*

Een hoofdverpleegkundige voegde daar nog aan toe: *“Je kijkt voorbij het diagnostisch denken, voorbij het symptoomgedrag. Je zet in op: wie zijt gij, wie wil je zijn, wat zijn uw interesses, waar droom je nog van, wat zijn je wensen?”*

Onderlinge afstemming

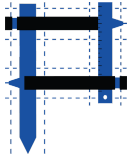
Deze vorm van onderlinge afstemming betekent niet dat men zomaar tegemoet moet komen aan alle vragen die iemand stelt. Het gaat om een proces waarin de noden en verlangens van patiënten en hun naasten ernstig worden genomen bij het nadenken over welke zorg het meest passend is. Als iemand duidelijk vastzit in een negatief patroon, is het dan ook belangrijk om te zoeken naar manieren om dit te doorbreken.

Een psychiater gaf hierover het volgende voorbeeld: *“Soms wassen mensen zich niet meer, beginnen dan te stinken. Hoever ga je daarin mee, hoever ga je toch proberen om die persoon te verzorgen? De reden waarom iemand zich niet wast, verschilt ook van persoon tot persoon. Misschien wil die anderen op afstand houden bijvoorbeeld. Dan nog kan je zeggen: Ik vind dat je wat vreemd ruikt en voor mij is dat vervelend omdat ik graag met jou in gesprek wil gaan.’ Op die manier geef je iets prijs van jezelf. Ik heb dat als psychiater lang niet gedaan, maar nu ik meer vanuit iets persoonlijks naar mensen toega, merk ik dat je dan pas echt contact kan maken.”*

Belangrijk aan dit voorbeeld is dat het probleem van de onaangename geur niet uit de weg wordt gegaan, maar ook niet wordt beantwoord met dwangmaatregelen, zoals verplicht baden. Het toont mooi hoe een probleem de aanleiding kan vormen voor het zoeken naar dialoog, zodat men vat kan krijgen op wat iemand drijft.

Om vastgeroeste patronen te doorbreken, is het vaak nodig om op een vernieuwende manier contact te maken. Dat lukt meestal pas wanneer men vooraf ingevulde verwachtingen loslaat en echt aanwezig is in het moment. *Ont-moeten* kan dan een opstap vormen naar een ontmoeting waarin iemand de moed vindt om zijn subjectieve leefwereld open te stellen.

Een man die een zorgboerderij uitbaat, illustreerde dat als volgt: *“Er was een meisje dat nooit naar ons wou komen, terwijl haar ouders ervan overtuigd waren dat het goed voor haar zou zijn. Uiteindelijk kwam ze wel, maar sprak ze met niemand en zat ze op haar gsm in de leefruimte. Ik heb er mij gewoon een paar keren bij gezet, zonder verwachtingen, om wat*



contact te zoeken, ik vroeg wat naar haar leven, van mens tot mens. Na een derde keer ongeveer, ging ik weg uit de leefgroep en ze vroeg of ze mij een knuffel mocht geven.”

Verwachtingen loslaten impliceert echter geen *laissez-faire*-attitude waarbij hulpverleners enkel meegaand zijn. Verschil mag—en moet—erkend worden, want alleen zo krijgen patiënten de ruimte om te onderzoeken hoe ze in de wereld staan. Dit geldt bijvoorbeeld in de omgang met psychotische belevingen. Vaak is het net doordat hulpverleners erkennen wat ze níet begrijpen in wat iemand aanbrengt, dat er een proces van afstemming op gang komt. Om dit mogelijk te maken, is het essentieel dat zorgverleners goed aanvoelen wat psychoses precies zijn—en wat psychotische ervaringen teweegbrengen bij de persoon zelf.

Een psycholoog vertelde daarover het volgende: *“Een patiënt zei me ooit dat het belangrijk was om te blijven benoemen dat wij als hulpverlener een andere realiteit hadden, omdat dat voor die persoon een voet in de realiteit betekende. Het is een balans tussen symptomen au serieus nemen, maar ook wel niet volledig meegaan in een waan bijvoorbeeld.”*

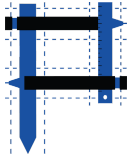
Grenzen van de hulpverlener

Opmerkelijk genoeg gaven veel participanten aan dat authentieke ontmoetingen pas mogelijk zijn wanneer professionals durven te erkennen dat ook zij niet perfect zijn, maar zoekend, en fouten maken. Dit verlaagt wellicht de drempel in het onderlinge contact, omdat het patiënten en hun naasten duidelijk maakt dat ze niet te maken hebben met iemand die zijn job gebruikt om zich als ego te profileren of om eigen onzekerheden te verbergen. Goede professionaliteit veronderstelt dus dat hulpverleners de grenzen van hun eigen handelen durven aan te stippen.

Verschillende ex-patiënten getuigden bijvoorbeeld dat hulpverleners die in staat zijn om zich te excuseren net heel veel krediet krijgen. Een iemand verwoordde dat als volgt: *“Wat ik heel mooi vond was dat een hulpverlener op een bepaald moment naar mij kwam en zei: ‘Sorry van gisteren, ik wist even niet wat ik moest doen.’”* Iemand anders gaf het volgende aan: *“Ik ben in een isoleercel beland op een PAAZ-afdeling op bevel van een psychiater. De dag daarna heeft die zich verontschuldigd en gezegd: ‘Het spijt mij dat dat zoveel pijn heeft gedaan, ik heb dat niet kunnen inschatten.’”* Door tekorten te erkennen, openen zich nieuwe mogelijkheden om in contact treden.

Ook professionals vinden het belangrijk om te mogen en kunnen falen. Zo vertelde een wijkwerker: *“We stonden met de hulpverleners en patiënten op het podium, en toen ik op mijn gitaar wou beginnen spelen, had ik een black-out. Ik was het kwijt. Een patiënt zei toen tegen mij: ‘Dat is niet erg, dat is oké.’ Dat was een moment van verbinding, omdat ik mijn eigen kwetsbaarheid heb laten zien.”*

Zelfs wanneer professionals persoonlijk erg worden geraakt door situaties in de zorg, ervaren patiënten en hun naasten dat als potentieel verbindend, wellicht omdat hulpverleners dan als



rolmodel kunnen fungeren die tonen hoe ze omgaan met overspoelende situaties. Een jonge vrouw vertelde bijvoorbeeld dat haar partner werd ondersteund door een psycholoog tijdens haar opname, omdat hij eronderdoor zat. *“Naar het schijnt heeft die psycholoog ook mee geweend, omdat ze ervan aangedaan was. Dat is ontroerend geweest voor mijn partner, om dergelijke menselijkheid te ervaren toen ik in acute crisis verkeerde.”* De gevoelige snaar die bij de psycholoog werd geraakt, zorgde wellicht voor een erkenning van wat zo lastig was voor de partner.

Expertise versus toegankelijkheid

Hoewel hulpverleners over een degelijke expertise inzake psychose moeten beschikken, is het belangrijk dat ze deze op een toegankelijke manier inzetten. Alleen dan kunnen ontmoetingen ontstaan waarbij het statusverschil tussen hulpzoeker en hulpverlener niet te sterk wordt benadrukt. Professionals die te veel jargon gebruiken, komen afstandelijk over. In die zin valt er iets te leren van de werking van zogenaamde *Open Kringen*: laagdrempelige ontmoetingsmomenten waar hulpzoekers en hulpverleners informeel samenkomen.

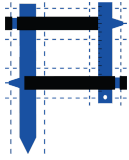
Een hulpverlener zei daarover het volgende: *“In open kringen komt men niet als hulpverlener, maar als mens. Je bent daar inderdaad hulpverlener, je hebt een rugzak met heel wat tools waar andere mensen uit kunnen putten, maar op het moment dat je in de rol kruipt als hulpverlener, creëer je een afstand. Ik denk dat dat hetgeen is wat net niet nodig is. Je kan als mens perfect nabij zijn en present zijn, je hebt gewoon een extra troef die je als hulpverlener ook op tafel kan leggen die andere mensen niet hebben. Soms krijg ik het gevoel dat het omgekeerd gebeurt, dat expertise in de weg zit om menselijk te connecteren.”*

Routines en administratieve verplichtingen hinderen

In de praktijk is het evenwel niet altijd gemakkelijk om volop via ontmoeting te werken. Zo kunnen routines in het zorgaanbod en administratieve verplichtingen een hindernis opwerpen. Professionals ervaren registraties bijvoorbeeld veelal als een last die het net moeilijker maakt om present te zijn.

Zo vertelde een psycholoog: *“De regelgeving is volledig verkeerd. We worden meer en meer opgelegd om van alles te registreren en inventariseren, wat contact in de weg staat. Het is vervreemdend wanneer je aan het connecteren bent, maar dat expliciet moet registreren, bijvoorbeeld: ‘samen gegeten.’ Dat is gewoon de essentie van onze job en dat valt niet te registreren, maar je moet, want anders heb je te weinig aantoonbare patiëntcontacten en komt een moeilijke reflectie van directie uit.”* Dit voorbeeld illustreert hoe opvolgsystemen barrières kunnen opwerpen die kwaliteitsvolle aanwezigheid in het contact ondermijnen.

Wat betreft zorgrouines, gaf een psychiater het volgende voorbeeld: *“Patiënten hebben zakgeld, en hun toegang daartoe was maandag, woensdag, vrijdag open. Altijd tot 12u30. Ineens beslist er één iemand, weet ik veel waar, dat dat maar tot 11u open is. Maar dat is*



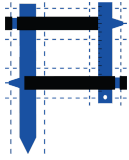
desastreus, want mensen staan soms pas op om tien of elf uur. Tegen dat die in gang getrokken zijn, zijn ze twee uur verder. Wij zijn daar keihard mee bezig. Wat gebeurt er nu? Heel die verantwoordelijkheid van de patiënt overboord, omdat er ergens structureel iets werd beslist. Dat moeten wij dan agenderen op een overleg. Dan komt er een nieuw overleg met de zakgelden. Je moet eigenlijk continu ten strijde gaan en aanvallen, om ergens ruimte te krijgen.”

Ruimte voor de subjectieve beleving van de patiënt

Voor patiënten is het bevreemdend als expertise hiërarchisch wordt beschouwd en er weinig ruimte is voor de subjectieve beleving van de patiënt zelf. Een ervaringsdeskundige gaf tijdens de gesprekken volgend voorbeeld: *“Tijdens mijn tweede opname ben ik gediagnosticeerd geweest door een dokter die ik nooit heb gezien. Hij had op papier gezet wat hij wou. Hij had exact hetzelfde overgenomen van wat er al in mijn dossier stond, terwijl er heel veel verandering was gebeurd in vergelijking met mijn eerste opname. Dat werd gewoon niet bekeken.”*

Een andere ervaringsdeskundige vertelde dat het jargon dat men gebruikt bij een diagnosestelling, op zichzelf ziekmakend kan zijn: *“Ik had voor even een andere psychiater omdat de vorige even afwezig was en die zei dat er vermoedens waren van autisme. Ik was daarvan aangedaan. Ik heb mijn moeder gebeld en haar gevraagd of zij dat ook vond. Ik begreep totaal niet van waar dat kwam. Je komt plots in een medische taal terecht die niet van u is. Ik denk dan ook: laat die taal voor in jullie visbokaal.”*

Het is dan ook belangrijk dat het zorgteam reflecteert over hoe hun manier van werken al dan niet barrières opwerpt voor het realiseren van ontmoetingen. Een sociaal werkster vertelde hierover het volgende in de focusgroep: *“We hebben onlangs gehad dat we een doel voor ogen hadden met onze patiënt, maar eigenlijk was dat helemaal niet het doel die die patiënt had tijdens zijn opname. Het is belangrijk om met elkaar en niet naast elkaar aan het lopen bent. We mogen er niet van uitgaan dat wij iets moeten oplossen, maar we moeten wachten en luisteren.”*



3. Realiseer grote impact met het kleine samenleven

Onder *het kleine samenleven* verstaan we alle sociale interacties die plaatsvinden op informele momenten, zoals tijdens pauzes, verplaatsingen, wachttijden, maaltijden en ontspanningsactiviteiten. De manier waarop deze momenten worden vormgegeven is cruciaal: ze weerspiegelen de houding van de zorg en bieden een kans om verbondenheid te creëren tussen personeel en patiënten. Dit is bijzonder belangrijk, omdat psychotische episodes vaak gepaard gaan met een gevoel van onveiligheid en onzekerheid ten opzichte van de buitenwereld. Het kleine samenleven kan leiden tot een ervaring van gedeelde betekenis, wat een hefboom vormt om uitdagingen samen aan te pakken.

Twee kernaspecten hierin zijn *samen zijn* en *samen doen*.

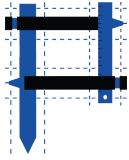
Samen zijn betekent onvoorwaardelijke aanwezigheid, met een open agenda die ruimte laat voor spontane interacties. In residentiële zorg houdt dit in dat medewerkers fysiek aanwezig en laagdrempelig benaderbaar zijn op de afdeling. In ambulante zorg betekent het flexibel inspelen op gedeelde interesses en bezorgdheden, waardoor het gevoel van verbondenheid groeit.

Samen doen verwijst naar het gezamenlijk dragen van het alledaagse leven: samen koken, samen eten, samen boodschappen doen... Dit schept niet alleen vertrouwen en verbinding, maar stelt mensen ook in staat een betekenisvolle rol op te nemen. Dit is cruciaal binnen het herstelproces.

Investeren in het kleine samenleven moet een inherent onderdeel zijn van het takenpakket van professionals. In de praktijk komt dit echter in het gedrang door administratieve taken. De hoeveelheid tijd die opgaat in administratie kan best ingeperkt worden zodat volop ruimte ontstaat voor informele contacten en ontmoetingen.

De kracht van het gewone

Sociale interacties op informele momenten vormen in het dagelijks leven een belangrijke manier om met anderen in verbinding te staan en op een laagdrempelige manier contact te maken. Binnen de geestelijke gezondheidszorg geldt hetzelfde principe. Ook daar zijn deze spontane en menselijke momenten essentieel voor het tot stand brengen van betekenisvolle relaties. Hulpverleners zouden het creëren van zulke momenten dan ook als een fundamenteel onderdeel van hun werk moeten beschouwen: als een manier om het 'kleine samenleven' mogelijk te maken—het samen leven in het alledaagse, naast elkaar in plaats van boven of tegenover elkaar.



Een psychiatrisch verpleegkundige verwoordde het als volgt: *“We staan te weinig stil bij hoeveel impact kleine momenten hebben. Gewoon met een krant in de leefgroep zitten, en er zijn als mensen een kop koffie komen halen. Het gaat juist voornamelijk daarover: mensen ervaren dat als laagdrempelig om iets schijnbaar kleins te vragen of zeggen.”*

In alle gesprekken met de focusgroepen kwam deze thematiek sterk naar voren. De kracht van het gewone, het menselijke en het dagelijkse werd herhaaldelijk benoemd als cruciale factor in het opbouwen van vertrouwen en verbinding. Een psycholoog verwoordde dit treffend: *“Gesprekken gaan vaak niet over: ‘Ik heb een psychisch lijden’ helemaal niet. Het gaat over: ‘Moet ge een keer mijn nieuwe broek zien,’ ‘Kom eens kijken wat ik aan het naaien ben.’ Het gaat over dagdagelijkse dingen en af en toe verschijnt daar iets, verschijnen daar stukken verhaal waar we veel meer mee kunnen.”*

Dergelijke interacties zijn niet enkel luchtige momenten, maar vormen net het fundament waarop diepere inzichten en verbindingen gebouwd kunnen worden. Een therapeut bevestigde dit: *“Een patiënt zei ooit eens: ‘Ik kom graag naar het ergo-lokaal, want daar praten jullie over normale dingen, zoals vakantie, of de slechte punten van jullie kinderen.’”*

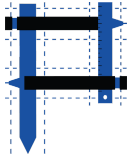
Gedeelde menselijkheid boven hiërarchie

Ook projecten die mensen met verschillende rollen samenbrengen, tonen aan hoe helend het wegvallen van hiërarchie kan zijn. Een ervaringsdeskundige vertelde over een kunstproject waarbij hulpverleners, patiënten, kunstenaars en contextfiguren samenkwamen. Er heerste een sfeer waarin niemand wist wie welke rol vervulde: *“Dat was ongelooflijk bevrijdend. Die hiërarchie was volledig weg en ik kon terug ademen, terug mezelf zijn.”*

Deze voorbeelden illustreren hoe essentieel het is dat de hulpverleningsrelatie zich niet uitsluitend afspeelt binnen een formeel kader van functieomschrijvingen en therapeutische technieken. Integendeel, het zijn juist de alledaagse, informele contactmomenten die ruimte scheppen voor het ontstaan van gedeelde betekenis.

Informele momenten kunnen ook een tegenwicht bieden aan de vaak bedreigende ervaring van een psychose. Waar wantrouwen en afstand de boventoon voeren, kunnen kleine, zorgzame handelingen onverwacht tot verbinding leiden. Een verpleegkundige getuigde: *“Zo was er een man opgenomen die echt niemand meer vertrouwde, zich heel vijandig opstelde naar hulpverleners en medepatiënten, en die na bijna drie jaar, gewoon door iets dat toevallig gebeurt—hij krijgt ergens een abces en dat wordt heel goed verzorgd door de verpleging—toch vertrouwen kreeg in de hulpverleners en zo terug toenadering tot anderen kon maken en nu toch terug een zekere kwaliteit van leven heeft. Hij gaat terug veel naar buiten, hij heeft vriendelijke contacten en is veel minder eenzaam en geïsoleerd.”*

Ook wanneer iemand net opgenomen is, kunnen kleine gebaren het verschil maken. Het gewone wordt dan een toegangspoort tot rust en veiligheid. Een therapeut vertelde: *“Er was*



ooit een vrouw die nergens meer in opname kon en mocht, omwille van suïcidaliteit. Ze kwam dan bij ons terecht, en net voor ze ging slapen, vroeg ze aan mij of er niets ergs ging gebeuren. Ik zei: 'Nee, er gaat niets gebeuren. En als je zin hebt; wij gaan straks beneden nog een film kijken.' Ik deed dat expres om te tonen dat ik niet meeding in het problematiseren, maar dat ik de focus op iets anders wou leggen dan de angst."

Om dergelijke waardevolle contacten mogelijk te maken, is een flexibele houding nodig ten aanzien van functieomschrijvingen en taken. In de praktijk vraagt dat om ruimte voor spontane reacties op wat zich aandient, ongeacht hiërarchische rollen en bepaalde takenpakketten. Een psycholoog lichtte toe: *"Een verpleegkundige maakt het bed op, want dat zit in het takenpakket, maar ik als psycholoog heb dat ook al met patiënten gedaan. En eigenlijk is dat iets banaals, uit het alledaagse leven, maar wel ongelooflijk waardevol, een belangrijk contactmoment om te praten over alledaagse dingen."*

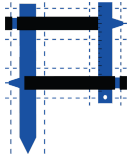
Nabijheid of papierwerk?

Toch botsen deze inzichten vaak met de dagelijkse realiteit, waarin registratie en administratie een aanzienlijk deel van het takenpakket van hulpverleners uitmaken. Voor de toekomst is het wenselijk om deze taken expliciet te beperken. Om hun rol als steunfiguur ten volle te kunnen vervullen, moeten hulpverleners maximaal kunnen interageren met patiënten en hun naasten. Samen kleine taken uitvoeren met patiënten is een investering in het opbouwen van waardevolle contacten.

Een psychiatrisch verpleegkundige verwoordde het als volgt: *"Een verpleegkundige die dan een bed opmaakt met een patiënt, is dan veel te duur, we gaan dat uitbesteden aan een zorgkundige. Terwijl ik denk: het kan zo waardevol zijn om met iemand een bed op te dekken, dat is een belangrijk contactmoment. Als je het herleidt tot gewoon een job, en als verpleegkundige heb je sowieso wel heel veel kleine taken waardoor het echte werk wordt vergeten, dan sla je de bal mis. En dat is zeker een topic binnen elke gezondheidszorg denk ik."*

Deze spanning tussen nabijheid en administratie leeft bij veel hulpverleners. Een andere verpleegkundige zei hierover het volgende: *"Dat doet mij direct denken aan de evolutie doorheen de jaren van steeds meer te moeten noteren via een programma, vooral voor verpleegkundigen. Hoeveel kan je bij en tussen de mensen leven, samen zijn, samen dingen doen? Of hoeveel zit je achter je computer dingen in orde te maken, te noteren, voor de veiligheid, voor de controle van inspecties?"*

Ook een psycholoog uitte haar bezorgdheid over deze tendens en concludeert als volgt: *"We moeten terug naar de essentie van ons werk, naar het dagdagelijkse. Ik herinner mij mijn stage waar ik geen bureau kreeg, en mee moest doen aan het alledaagse gebeuren, en dat was het. Ik heb daar heel veel uit geleerd, maar ik vond dat heel lastig om volleybal te spelen, te koken met patiënten, daar vooral ook veel te falen. Maar dat leverde zo veel gesprekken op waar dat*



je anders niet toe komt en ik denk dat we daar ook terug naar moeten. We slaan de bal mis in de professionalisering. Het gaat soms over opleiding, maar het gaat soms ook over kunnen verdragen en over het naast patiënten zitten in hun waanzin, dat kunnen verdragen, daar vragen over kunnen stellen. Want dat vraagt veel, maar dat is wel de kern van onze job.”

Flexibiliteit in rollen zorgt voor zingeving

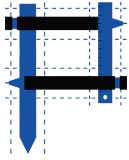
Tegelijkertijd blijkt dat terugkeren naar die essentie van het werk niet enkel noodzakelijk is, maar ook als bevrijdend wordt ervaren. Het geeft hulpverleners opnieuw ruimte om er echt te zijn voor de ander, wat de job zinvol maakt en burn-outs tegengaat. Een hoofdverpleegkundige verwoordde dit als volgt: *“Meerdere rollen uitproberen geeft iets extra. Als je in uw eigen statuut en rol blijft vastzitten, krijgt dat op den duur iets wringend en kijk je niet meer kritisch naar jezelf. Een ergotherapeut doet soms eens een huishoudelijke activiteit, een verpleger kookt soms eens. Dat is chaos alom, maar die man kan heel lekker koken en er zijn patiënten die daar een match bij hebben, en daarom bewust wel meekoken. Dat geeft verschil en dat maakt dat je meer op maat kunt werken.”*

Daarop aansluitend gaf een ergotherapeut aan dat hij zijn eigen functie moeilijk kan omschrijven, net omdat hij de kans krijgt om verschillende rollen uit te proberen: *“Ik mag van alles doen, dat is zo breed, ik kan dat niet in één iets gieten, wat dan mijn jobomschrijving is. Dat is ongelooflijk waardevol.”*

Een verpleegkundige vatte dit kernachtig samen: *“Waarom ben je een goede verpleegkundige, waarom niet? Het gaat vaak over presentie: die persoon zit in de leefgroep te puzzelen, en ik kom meepuzzelen met die persoon. Dat patiënten ervaren: ‘die kijkt met ons naar de televisie en die zet zich op mijn bed om te babbelen en die komt soms binnen en ik moet niet babbelen.’ Over die dingen gaat het: presentie en empathie, en laagdrempelig bereikbaar zijn vooral, door samen te puzzelen, door naar televisie te kijken, door samen een boterham te eten.”*

Niet alleen hulpverleners moeten verschillende rollen en taken kunnen opnemen. Ook voor patiënten is het belangrijk om binnen het kleine samenleven betekenis en identiteit te vinden. Dit draagt bij aan hun herstelproces... Zo vertelde een psychiatrisch verpleegkundige: *“We hebben patiënten die winkels openhouden, we hebben patiënten die voor andere patiënten gaan winkelen, we hebben patiënten die zelf atelierwerk begeleiden, maar ook mensen die de boekhouding van een budget van de afdeling bijhouden. We komen los van statuut of positie en proberen verschillende functies uit.”* Door zinvolle taken voor elkaar te kunnen uitvoeren, krijgen mensen de kans om, ondanks hun problematiek, toch deel te nemen aan het samenleven.

Een therapeut illustreerde dit met het voorbeeld van een jaarlijkse uitstap van haar afdeling. Een van de patiënten wilde niet meewandelen, wat tot ongenoegen leidde bij het personeel. Door te zoeken naar een alternatieve rol voor deze persoon binnen de activiteit, werd de



situatie ontmijsd. 's Ochtends moest het ontbijt klaargezet worden, en die persoon heeft die taak op zich genomen. *“Dat was waardevol om te zien, hoe dat verschoven is van iemand die niet wou meewandelen naar: ‘nu mag ik voor jullie zorgen.’ Hij kon zich op die manier wel ergens in inschrijven.”*

Kleine culturele rituelen maken een groot verschil

Naast deze relationele dimensie spelen ook uiterlijke, op het eerste gezicht banale elementen een rol in het kleine samenleven. Zo kan zelfs kleding bepalend zijn voor hoe gelijkwaardig mensen zich binnen een afdeling voelen. Een jonge vrouw die verbleef op een moeder-babyafdeling deelde hierover het volgende: *“Ik zou als buitenstaander niet weten wie patiënt is en wie hulpverlener. Dat heeft dan met de kledij te maken. Ik denk niet dat er kledij was die anders was of zo. Er waren zelfs toffe schoenen van één van de verpleegkundigen die dan de link doorstuurde, en ik denk dat ik dezelfde schoenen heb gekocht.”*

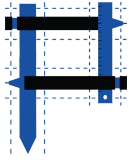
Ook de nood aan structuur kwam in de gesprekken sterk naar voren. Voor mensen met psychosegevoeligheid is structuur vaak geen evidentie meer. Een heldere dagindeling biedt dan houvast. Een jongeman vertelde over zijn eerste opname: *“Toen ik in opname terechtgekomen ben, had ik veel aan de structuur. 's Ochtends krijg je je eten, 's middags heb je je middagmaal, er zijn vaste therapiemomenten enzovoort. Ik kon een beetje een normale dagindeling volgen en dat heeft mij geholpen.”*

Binnen een dergelijke structuur nemen gezamenlijke maaltijden een bijzondere plaats in. Ze zijn niet alleen functioneel, maar ook symbolisch: ze creëren nabijheid, gelijkheid en huiselijkheid. Zoals een therapeut aangaf: *“Elke ochtend ontbijten wij samen: hulpverleners en patiënten. Wij gaan samen naar de winkel, wij eten brood uit dezelfde broodzak, wij bakken samen eieren. Dat vind ik maar normaal.”*

Het tegenovergestelde—niet deelnemen aan zo'n alledaagse activiteiten—kan dan ook bevreemdend aanvoelen. Een psycholoog zei: *“Samen eten met patiënten is precies iets onbespreekbaar. Wij doen dat wel. Dat is toch absurd dat je als hulpverlener staat te kijken op hoe patiënten eten? Wel, wij doen dat niet. Wij zitten aan tafel en eten mee.”*

Structuur mag echter niet rigide gebruikt worden, want dan leidt het tot beklemmende geboden en verboden. Net door vrijheid te geven in het alledaagse ontstaat onderling vertrouwen: *“Bij ons staat standaard een tafel met eten op de afdeling. Iemand die honger heeft, neemt daar iets van. Zo simpel is het. Dat moet niet gevraagd worden.”*

Ruimte voor keuze is daarbij essentieel. Een jonge vrouw deelde daarover het volgende: *“Op de afdeling waar ik was, was er altijd de ziekenhuismaaltijd, maar indien wij daar niet mee akkoord gingen of wij lustten dat niet, dan konden we altijd naar de winkel gaan of zelf iets koken of boterhammen eten.”* Dit voorbeeld lijkt banaal, maar is des te belangrijker om te onderstrepen hoe aandacht voor persoonlijke voorkeur vertrouwen kan installeren.

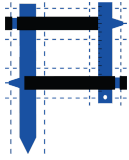


Tot slot speelt ook de fysieke inrichting van de afdeling een belangrijke rol. Kleinschaligheid blijkt bevorderlijk voor het gevoel van veiligheid en verbondenheid. Een ervaringsdeskundige beschreef dit zo: *“Ik ben eens in opname geweest en dat was een afdeling die in vier kleine groepjes werd ingedeeld. Niet één grote afdeling, maar een volledige dag aparte groepswerking. Dat was een beter systeem. We werden niet op een hoop gesmeten.”*

Doorbreek het wij-zij denken

Als de voorgaande voorbeelden van hoe het kleine samenleven bevorderd kan worden niet worden toegepast, en professionals en patiënten niet informeel met elkaar kunnen samenleven, ontstaan er onbewust grenzen en ongelijkheid. Een psychiater benoemde dit scherp: *“Het wij-zij verhaal zit daarin; wij als hulpverlener staan koffie te drinken, zij patiënten moeten wachten op het koffiemoment. Dat zit in heel kleine dingen waar men zich niet altijd bewust van is.”*

Ook ervaringsdeskundigen voelen die scheiding, vaak op pijnlijke wijze. Een van hen vertelde over een schijnbaar klein moment tijdens de opname: *“We mochten inkopen doen in de winkel, maar de verpleger bleef buiten staan aan de deur. Die hield de wacht. Ik weet niet precies wat daar de reden van was.”* In dit voorbeeld wordt duidelijk dat een gebrek aan vertrouwen vanuit professionals het kleine samenleven ondermijnt. Daarom is het des te belangrijker dat hulpverleners actief deelnemen aan het alledaagse en afstand kunnen en mogen nemen van hiërarchische rollen.



4. Stel het traject en het verhaal van de patiënt centraal

Iemand die een beroep doet op de geestelijke gezondheidszorg bevindt zich in een moeilijke periode en heeft behoefte aan ondersteuning. De zorg moet vertrekken vanuit het verhaal van de patiënt en afgestemd worden op diens uitdagingen, vragen en noden. Welke deze precies zijn, dient via dialoog te worden bepaald.

Bij begeleidingstrajecten is het belangrijk om samen met een patiënt en zijn context realistisch hoopvolle perspectieven op herstel op te bouwen. Het is cruciaal om aandacht te besteden aan zingeving en aan de betekenis van de psychotische ervaring.

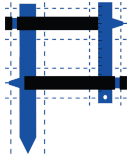
Hulpverleners zien zichzelf idealiter als tijdelijke passanten in iemands leven. Dit perspectief mag niet worden omgekeerd door patiënten en hun context te benaderen als tijdelijke passanten binnen het zorgkader van de hulpverlener. Hulpverleners moeten zowel kortetermijnoplossingen bieden als werken aan veranderingen die meer tijd vragen.

Op zoek naar comfortzones via dialoog en afstemming

Ondersteuning moet altijd worden afgestemd op het unieke verhaal en de eigenheid van de persoon die kampt met psychotische klachten. Daarbij is het essentieel om actief te luisteren naar de patiënt, op een manier zoals men in het dagelijks leven een gesprek voert om iemand beter te leren kennen.

Een psycholoog stelde het scherp: *“Het leidende principe is een mens die verlangens heeft en zoekende is en vastzit en afziet. We verliezen telkens opnieuw uit het oog dat het gaat om een individu, die zijn eigen leven leidt, en soms moet die eens geholpen worden, maar dat is maar één moment in iemands leven.”*

Zo vertelde een ervaringsdeskundige het volgende over de katatone klachten uit haar psychose, en over hoe professionals toen zochten naar manieren om contact te maken: *“Ik kon tien dagen niet meer praten, niet stappen. Ik maakte geen connectie. Men heeft dan heel hard in mijn familiegeschiedenis gegraven. Aan mijn vader hebben ze gevraagd om een afspeellijst op te maken met mijn favoriete muziek. Van mijn moeder hebben ze haar parfum gehaald. Dat waren allemaal dingen die niet conventioneel zijn in de zorg, maar dat vond ik heel fijn.”* Diezelfde ervaringsdeskundige voegde er later aan toe: *“De professionals waar ik later het meest aan heb gehad, die hebben het minst gezegd en het meest geluisterd.”*



Dit voorbeeld benadrukt hoe een nieuwsgierige houding, gericht op het ontdekken van iemand eigenheden, bijdraagt aan een effectieve afstemming van behandeling, therapie of klinische interventies.

De noodzaak om aan te sluiten bij wat iemand zelf als steunend ervaart, werd ook benadrukt door een andere ervaringsdeskundige die het beschreef als op zoek gaan naar de comfortzone: *“Als hulpverlener moet je op zoek gaan naar de comfortzone van wie er voor je zit. Ik kan me voorstellen dat relaxatietherapie voor de één helpt, maar voor de ander misschien niet. Ik denk dat je alleen maar kunt herstellen binnen je eigen comfortzone. Sommigen hebben veel aan woorden en taal, anderen aan muziek. De comfortzone van iemand achterhalen is heel gemakkelijk door te vragen: ‘Wat deed je vroeger als kind, waarvoor kom je uit je bed?’”* De noodzaak om aan te sluiten bij wat iemand zelf als steunend ervaart, werd trouwens door verschillende ervaringsdeskundigen benadrukt.

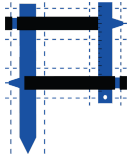
De zoektocht naar een goede match tussen iemands eigenheid en passende ondersteuning is zonder meer uitdagend, maar essentieel voor het herstelproces.

Een vader vertelde zo: *“Het moet op een bepaald moment klikken. Als ik zie hoe mijn zoon na twee maanden opname bijna zes jaar gesukkeld heeft om dan ergens een plek te vinden waar dat hij kon werken of een opleiding kon starten... Hij lag soms met de VDAB in conflict en is ook gesanctioneerd geweest, waardoor hij bij de bemiddelaar is moeten gaan. Die persoon heeft aangevoeld dat hij op vlak van muziek maken en elektronica wel wat talenten heeft. Die persoon heeft hem dan gestuurd in een alternatief opleidingscircuit om geluids- en podiumtechniker te worden, en dan is hij open gebloeid. Maar dus er moet echte aanwezigheid en echt contact zijn. Men moet aanvoelen waar iemand echt mee bezig is, wat iemands sterktes zijn. Dat zijn geen standaard trajecten. Heel het protocollair denken in de sector staat daar toch wel haaks op.”*

Een moeder illustreerde dit noodzakelijke afstemmingsproces met het volgende een voorbeeld: *“Mijn zoon is een zorgweigeraar. Op een bepaald moment heeft hij toch iemand in zijn appartement gehad, die geïnteresseerd was in dieren, en ook mijn zoon kan goed om met dieren. Ze zijn dan eens naar een dierenasiel gegaan.”*

Deze voorbeelden illustreren hoe het essentieel is dat hulpverleners niet alleen reageren op symptomen, maar vooral ook inspelen op iemands sterktes en interesses. Door deze van meet af aan centraal te stellen, versterken professionals het identiteitsgevoel en de ervaring van zinvol handelen.

Met de volgende anekdote vertelde een ouder dat het echt helpend is wanneer het afstemmingsproces niet zomaar stopt na een opname. Het is erg waardeerend, en dus herstelondersteunend, wanneer mensen kunnen voelen dat anderen hen erkennen om wat ze potentieel kunnen: *“Mijn zoon was niet meer in opname, maar hij werd op een gegeven*



moment gecontacteerd door een hulpverlener. Er was een vacature vrij voor een ervaringsdeskundige en ze dachten aan hem. Dat heeft hem goed doen voelen, want zelfs na de opname, is er nog aandacht voor hem. Dat zijn goede hulpverleners, vind ik.”

Luisteren voorbij eigen verwachtingen

Niet alleen (familie)ervaringsdeskundigen getuigen hiervan; ook professionals merken dat het herstelbevorderend is wanneer men op zoek gaat naar het unieke verhaal van een individu, zelfs—en vooral—wanneer dit verhaal niet overeenkomt met het eigen beeld of de eigen verwachtingen.

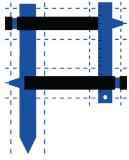
Zo kwam tijdens de focusgroepen bijvoorbeeld aan bod dat dakloze patiënten ook perfect kunnen herstellen en dat het niet aan de hulpverlener is om in te vullen hoe iemands leven eruit moet zien. Een psychiater kaartte aan: *“Wij vinden dat hartverscheurend om te zien, maar voor hen is dat het leven: overdag op de tram slapen, de hele dag blijven zitten en de stad rondrijden. Gemiddeld gezien willen patiënten die een psychotische kwetsbaarheid hebben een huis, maar je hebt ook dakloze personen die het nodig vinden om te blijven ‘zwerven.’ Niet alleen in de stad, maar ook in de wereld. Zij zien daar een zekere weg in om het leven draaglijk te maken.”*

Dit voorbeeld toont de noodzaak aan om niet standaard te denken over herstel, maar telkens opnieuw de individuele ervaring en zoektocht van de patiënt te respecteren. Dit vraagt om een aandachtige aanwezigheid van professionals, waarbij de patiënt serieus wordt genomen door hem of haar op een niet-dwingende manier uit te nodigen om situaties in vraag te stellen. Een psychiater zei daarover het volgende: *“Herstelgericht werken mag geen synoniem worden van mensen maar wat te laten doen. ‘Alles wat je zegt is goed, als jij dat wilt, dan is dat goed, dan zullen we dat regelen.’ Ik vind dat we toch de ambitie moeten hebben om zoveel mogelijk uit het systeem te putten om die persoon maximaal aan comfort, levenskwaliteit en zingeving aan te bieden. Dakloze mensen dakloos willen blijven mag ik wel voorstellen om misschien toch even in kortverblijf te gaan, om iets te proberen aanbieden. Maximaal inzetten op hetgeen ik denk dat iets zou kunnen bieden, maar daarover in gesprek gaan uiteraard.”*

Deze discussie toont hoe belangrijk het is om enerzijds af te stemmen op de noden van patiënten, maar anderzijds ook geen verwaarlozende hulpverlening te installeren. De psychiater verwoordde het mooi: men moet maximaal inzetten op wat iemand zou kunnen helpen, maar centraal staat steeds wat iemand wel of niet wil.

Het afstemmingsproces kent uitdagingen

Ziekenhuisafdelingen kunnen binnen dit afstemmingsproces een belangrijke rol spelen en patiënten kansen bieden om actief betrokken te zijn op de buitenwereld. Een verpleegkundige vertelde hoe het geven van kleine verantwoordelijkheden, mensen kan doen heropleven: *“Wij zoeken altijd naar welke rol iemand kan opnemen op een afdeling. Vaak gaat dat over kleine*



dingen: iemand de verantwoordelijkheid van een sleutel geven, verantwoordelijk laten zijn voor de dierenverzorging, het fruit bestellen... Dat mensen worden aangesproken op hetgeen ze wel nog kunnen. Ik denk dat dat heel belangrijk is."

Een psycholoog gaf aan dat dit afstemmingsproces rekening moet houden met hoe iemand de realiteit beleeft, en dus uitdagend kan zijn. Vanuit een psychose kan iemand aan zijn omgeving allerlei betekenissen toekennen die anderen niet delen: *"Ik moet denken aan een manische man bij ons in opname die vrij heftig kan reageren naar hulpverleners toe, met soms grensoverschrijdend gedrag. Hij steelt gerief op andermans kamers, dus ik ben bij hem gegaan en vroeg wat er moeilijk liep. Hij legde mij alles uit, hoe alles moest gesloten worden omdat hij voor de Special Forces werkt en daarom spullen moest halen uit andere kamers. Hij moest die wassen, omdat ze besmet waren, en dan terugleggen. Dat was zijn missie. Ik heb met hem kunnen afspreken dat wij ons werk moeten doen, maar dat hij die dingen mag komen signaleren en dat we dan samen gaan kijken hoe dat op te nemen, zodanig dat we niet in elkaars vaarwater zouden zitten."* Zij concludeert dat deze aanpak beter werkte dan sterk te verbieden om op andermans kamer te komen, want daardoor raakte de man erg geagiteerd.

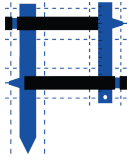
Dit voorbeeld laat zien hoe hulpverleners binnen het afstemmingsproces bij voorkeur vanuit een metaperspectief naar psychotische belevingen kijken, en hoe het hun taak is om samen met de betrokkene te zoeken naar wat nodig is om een veilige eigen plek te vinden in relatie tot anderen. Een creatieve insteek helpt hierbij. Indien dat niet lukt, ontstaat misbegrip en is er een risico op escalatie.

Een psychiater vatte het als volgt samen: *"Als je zegt tegen iemand: 'dit is beter voor u,' dan zet je weer een splitsing in gang. Dat is de ziekte van het probleem. Je kunt zeggen als hulpverlener: 'ik zou dit voor mijzelf willen, hoe zit dat bij jou?' Op die manier stel je je kwetsbaar op, dan zit je niet in het wij-zij."*

Vooraf rond het gebruik van medicatie verloopt het afstemmingsproces in de praktijk niet altijd vlot. Klinische beslissingen van professionals moeten goed afgestemd worden op de noden van de betrokkenen. Dialogisch samen nadenken zou daarbij centraal moeten staan, zodat voorgestelde interventies ook werkelijk aanvaardbaar zijn voor patiënten en hun naasten.

Helaas gebeurt dat niet altijd, waardoor de kwaliteit van de zorg in het gedrang komt. Een ouder getuigde daarover het volgende: *"Onze zoon is ooit tijdens een gedwongen statuut vroeger naar huis gestuurd, omdat hij niet meewerkte. Hij wou namelijk zijn medicatie niet nemen. En dan sta je daar hé, dat is iets dat niet kan eigenlijk."*

Een andere ouder deelde de volgende ervaring: *"We waren met vier tijdens dat gesprek, met de psychiater en de psycholoog. Ik dacht: we gaan daar proberen een aangenaam gesprek van te maken. Want wat verwacht ik daarvan in feite? Ik heb gewoon de vraag gesteld: kijk, mijn*



dochter is binnengekomen met een zware medicatie en ze gaat buiten met drie medicaties. Na acht maand, zei ik, begrijp ik niet hoe dat komt. Mijn zorg, zei ik, is: hoe gaat u om met die verantwoordelijkheid om die medicatie te verhogen terwijl mijn dochter vraagt om van medicatie af te geraken?" Eenzijdig genomen klinische beslissingen ondermijnen de gedeelde verantwoordelijkheid in het zoeken naar oplossingen. Ze plaatsen patiënten en hun naasten in een passieve positie en laten hen achter met een gevoel van machteloosheid. Daardoor missen voorgestelde oplossingen een duurzaam karakter. Alleen door het traject en het perspectief van de patiënt mee in rekening te brengen, kunnen interventies wél duurzaam zijn.

Het existentiële belang van de psychose

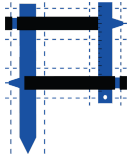
Psychotische belevingen zijn vaak gerelateerd aan existentiële uitdagingen en kunnen ons iets vertellen over waar iemand mee worstelt, of met welke moeilijke situaties of relationele uitdagingen iemand kampt. Hulpverlening doet er daarom goed aan om de inhoud van een psychotische ervaring of een waanbeleving niet zomaar opzij te schuiven.

Een moeder van een adolescente die een aantal psychoses doormaakte vertelt dat het haar verbaast dat er bij de psychiater van haar dochter niet over de inhoud van haar waanbeleving gesproken wordt: *"Mijn dochter heeft nog nooit haar psychose verteld, over de inhoud, aan haar psychiater. Dat vind ik heel raar. Want daar zit zoveel in, existentieel, waar zij mee worstelt als persoon, waar gewoon geen notie van is. Da's heel vreemd, vind ik. Het gaat enkel over hoe ze zich nu voelt en wat ze nodig heeft om haar dagelijkse routine te kunnen blijven doen. Oké, dat is ook belangrijk. Maar het kan toch niet enkel gaan over controleren en stabiliseren."*

Een maatschappelijk werkster bij een mobiel team vult aan: *"In Open Dialogue gesprekken is dat een heel belangrijk element, het betekenis geven aan de psychose en tijd en ruimte te nemen voor de verhalen daarover."*

Een psychologe van een opnameafdeling voor psychose vertelt dat er tijdens een crisis soms zeer betekenisvolle zaken verschijnen die anders soms niet aan bod komen: *"Het valt mij wel op dat tijdens een acute crisis heel veel verschijnt, dat achteraf niet meer aan de oppervlakte komt, en dat we dus volop moeten inzetten op de betekenis van een crisis. Natuurlijk, dat is geval per geval ook anders, maar ik herinner mij een man die af en toe bij ons in opname komt in crisis en dan verschijnt er iets heel betekenisvol, dat anders niet uitgesproken kan worden."*

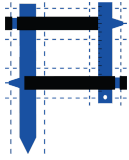
Een stafmedewerkster patiëntenzorg van een psychiatrisch ziekenhuis sluit daarbij aan, en vertelde over het belang van het aan de slag gaan met de inhoud van psychotische belevingen nog het volgende: *"Ik denk ook aan een patiënt, iemand met wel wat artistiek talent, die binnen een artistiek project aan een kunstenaar gekoppeld werd en die dan door aan dat project te participeren een hele weg heeft afgelegd rond het in beeld brengen van de religieuze*



inhoud van zijn beleving. Dat had voor hem een zeer persoonlijke betekenis, maar hij heeft daar dan ook erkenning voor gekregen. Het was eigenlijk een soort transformatie van een heel bizarre beleving, die in een soort artistiek project gecapteerd is geraakt. Dat is dan ook in de tentoonstelling, de expositie van het project, aan bod gekomen. Dat vond ik eigenlijk een heel sterk, en ook mooi verhaal van wat de psychose inhoudt en hoe die toch in een soort transformatie verwerkt kon worden voor iemand.”

In dialoog gaan rond psychotische belevingen

Een psychologe van een opnameafdeling voor psychose getuigt hoe leerzaam het is om achteraf, nadat de psychotische crisis gaan liggen is, met patiënten te reflecteren over wat ze meegemaakt hebben, wat het voor hen betekende en hoe ze de omgang van de hulpverlening met de psychotische belevingen ervaren hebben. Ze geeft het volgende voorbeeld: *“Er was een man die lang bij ons in opname is geweest en die in een heel eigen belevingswereld zat, en ook heel vreemde lichaamsbewegingen deed op de afdeling, en daarmee ook veel mensen bang maakte. Het was heel moeilijk om met die man in dialoog te gaan op dat moment, en ik was daar ook voorzichtig in, ik ondernam een aantal pogingen, maar ik had het gevoel iets te bruuskeren door hem aan te spreken. Op het moment dat hij opgeklaard was, heb ik hem achteraf veel vragen gesteld en hem ook onze kant van het verhaal verteld. ‘Wat is er daar eigenlijk gebeurd? Ik heb u heel vreemde zaken zien doen, we waren soms bang van u.’ Hij heeft toen zijn kant van het verhaal verteld, en mij ook uitgelegd wat alle bewegingen voor hem betekenden en wat zijn rol, zijn identiteit was in die psychose. Dat was een immens complex systeem waarin de grote existentiële thema’s aan bod kwamen, zoals de liefde, en waar hij antwoorden vond voor een aantal moeilijkheden waar hij in zijn dagdagelijkse leven geen antwoorden op had. Dat heeft mij iets geleerd over het belang van de psychose zelf, over hoe belangrijk en hoe betekenisvol dat dat soms is voor mensen. Hij kwam achteraf ook een hele tijd wekelijks op gesprek en vertelde dat over zijn psychose komen spreken een manier was om iets van zijn identiteit, die hij kwijtgeraakt was door zijn psychose, terug te vinden. Door daarover te schrijven en te getuigen, vond hij weer betekenis in het leven. Ik heb hem toen ook gevraagd hoe hij zou willen dat we met hem omgaan als hij nog eens in zijn psychose zit. Hij zei: ‘Ik wil dat je mij er rechtstreeks vragen over stelt, over wat ik aan het doen ben, waar ik mee bezig ben, en wat dat betekent. Dat zou mij veel meer geholpen hebben om jullie te vertrouwen en ook om terug de band met de realiteit te herstellen. Mochten jullie op dat moment veel meer geparticipeerd hebben in mijn psychose en veel meer vragen gesteld hebben op het moment dat alles zich afspeelde.’ We hebben daar misschien teveel voor terug gedeinsd toen, we zijn soms bang om iets te destabiliseren of te ontwrichten, maar hij zei ‘de volgende keer, spreek met mij, over mijn psychose, ook als ik er in zit, participeer aan die psychose.’ Ik denk als we dat kunnen doen vanuit een oprechte interesse, door nieuwsgierig te zijn en zonder al te intrusief te zijn, dat dat zeer waardevol kan zijn. Ook achteraf is dat zo, we gaan soms snel over naar ‘je bent nu beter en we kijken vooruit en hoe kan je terug je plek vinden in de maatschappij,’ maar de tijd nemen om eens terug te blikken is ook belangrijk.’ Al geldt dat natuurlijk niet voor iedereen.”*



Mensen met ervaring met psychose hebben soms het gevoel niet beluisterd te worden als er niet op de inhoud van hun waan wordt ingegaan.

Een ervaringsdeskundige die meerdere psychoses doormaakte illustreert hoe ze zich door vrienden gehoord en ernstig genomen voelt in haar psychotische belevingen: *“Ik dacht op een bepaald moment dat er iemand mij ging vermoorden, en dat die beneden stond. Allee, ik zag die niet hè. En dan is een vriend aan wie ik dat vertelde de trap af gewandeld om effectief te gaan kijken en terug naar boven gekomen om te zeggen ‘die persoon staat daar niet.’ Dus die is daarin meegestapt, die nam dat serieus op een manier dat hulpverlening dat niet doet.”*

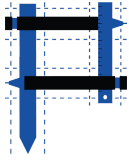
In één van de focusgroepen met ervaringsdeskundigen ontstond een interessante discussie over het omgaan met waanideeën. Er blijkt vooral geen eenduidige of eenvoudige manier om met wanen om te gaan, en het is niet zomaar een kwestie van ‘meegaan’ of ‘tegenspreken.’ Consensus was er wel over het feit dat het belangrijk is om te blijven in dialoog gaan en te blijven spreken met personen met waanbelevingen.

Een ervaringsdeskundige vertelt over een positieve ervaring bij een ziekenhuisopname: *“In dat ziekenhuis werd er ook aanvaard dat je je psychose hebt, daar zeggen ze ‘dat zijn uw waanideeën’ en al geloof ik er nog altijd in, die vinden dat geen probleem. Die zeggen ‘dat is uw perceptie van de waarheid en je mag daar gerust mee verder leven.’ Maar als je daar in andere ziekenhuizen soms over praat op die manier, dan krijg je meteen medicatie.”*

Een andere ervaringsdeskundige merkt echter op: *“Het moeilijke daarbij vind ik wel dat ze zo soms precies meegaan in je verhaal en dat ze zeggen van ‘Ja, ja, dat is oké,’ maar dan had ik soms liever gehad dat ze iets zegden als ‘Oké, je kan dat wel vinden en het is heel echt voor je wat je nu voorstelt, maar je moet weten, in de realiteit is dat niet zo.’ Of dat ze toch wel kunnen zeggen van ‘Hé, het is niet helemaal juist wat je denkt.’ Daar had ik wat moeite mee, ik denk dat het ook verergerd is omdat ze echt meegingen in mijn verhaal. Dus dat is dan weer de keerzijde.”*

Een derde ervaringsdeskundige stelt dan weer: *“Bij mij werkt dat niet als ze mij tegenspreken. In mijn psychose verkondig ik de waarheid (lacht), dus ik weet het allemaal hé. Als ze me dan tegenspreken, dan word ik lastig. Dan heb ik het gevoel dat ze mijn verhaal niet au sérieux nemen en dan kan ik wel eens kwaad worden.”*

De tweede ervaringsdeskundige merkt nog op zelf ook niet goed te weten hoe met de psychose van iemand anders om te gaan: *“Ik vind het heel moeilijk om daar een balans in te vinden, want toen het met mij weer beter ging, zat ik eens bij iemand die heel psychotisch was en die zaken verkondigde als ‘Oh, ik ben God’ en weet ik veel wat. En dan wist ik ook niet hoe daarop te reageren. Wat moet ik nu zeggen? Moet ik die nu tegenspreken? Of moet ik gewoon wat ja knikken? Dat is heel moeilijk. Dat kan ook voor de verpleging niet makkelijk zijn.”*



Nog een andere ervaringsdeskundige vertelt ons zijn strategie om met waanideeën om te gaan: *“Ik heb wel eens tegen iemand die ook zo’n waanideeën verkondigde gezegd, ‘Kijk, van mij mag jij die waarheid vertellen, maar je kan niet verwachten van mij dat ik daarin meega.’ Dat leek me de beste manier om daarmee om te gaan. Ik zei ook, ‘Je mag gerust nog zo’n verhalen tegen mij blijven vertellen, want ik vind dat niet erg, ik zal daar naar luisteren zoals ik naar andere verhalen luister, maar verwacht niet dat ik daarin meega.’”*

Een ervaringswerker merkt nog op dat het belangrijk is om voldoende openheid te bewaren in dialoog met psychotische belevingen, en dat de miskenning van de relevantie van de inhoud van waanideeën de mogelijkheid tot een dialoog uitsluit: *“Een psychologe zegde me op zoek te gaan naar ‘de zin in de waanzin.’ Niet alles wat iemand zegt is verkeerd, er zitten ook stukken in die kloppen, dat was in ieder geval bij mij zo, maar je moet ervoor open staan natuurlijk. Als je al op voorhand zegt ‘het is allemaal zever en die gasten moeten medicatie krijgen,’ ja, dan is het gedaan met praten.”*

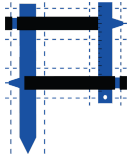
Een ervaringsdeskundige merkt op dat de benoeming als ‘het zijn maar symptomen’ weinig helpend is: *“Een psychiater die zegt van ‘het zijn maar symptomen, ze hebben geen inhoud, het zijn wanen.’ Dat zijn benoemingen, maar dat heeft mij niets vooruit geholpen op dat moment. Wat ik op zo’n moment nodig heb is iemand die luistert naar mij en die kalm kan blijven.”*

Een hoopvol perspectief

Om duurzaam herstel te ondersteunen is het ook cruciaal dat mensen via de hulpverlening een realistisch, hoopvol perspectief aangeboden krijgen op hun kwetsbaarheid en problematiek.

Bij het stellen van een diagnose gaat het op dit punt in de zorg vaak mis. Psychiatrische diagnoses krijgen al te vaak het aura van een doemscenario, wat leidt tot tal van negatieve verwachtingen die het herstelproces ondermijnen.

Zo vertelde een ervaringsdeskundige dat hij van een eerste psychiater op nogal brutale wijze de diagnose paranoïde schizofrenie kreeg. Volgens deze psychiater zou hij de rest van zijn leven medicatie moeten nemen, maar over de omstandigheden die tot zijn problemen hadden geleid, werd niet gesproken. Later ging hij naar een andere psychiater, die—nadat hij zijn verhaal had kunnen doen—aangaf dat het eerder leek op een posttraumatische stressstoornis. De manier waarop deze tweede psychiater de diagnose stelde, bood ruimte en kansen om te verkennen waar hij werkelijk mee worstelde: *“Die diagnose heb ik meegenomen in mijn sollicitaties. Ik heb trauma’s meegemaakt waar ik nog altijd veel stress van ondervind. Voor mij was dat verklarend, en niet: ‘je hebt een genetische ziekte, uw genen zijn niet goed, je hebt een chronische ziekte voor de rest van je leven waar je niet meer vanaf geraakt.’ Die tweede diagnose heeft veel voor mijn herstel betekent, die psychiater heeft naar mij geluisterd,*



heeft empathie getoond. Hij zei tegen mij: 'Je bent veel te hard voor jezelf. Je bent zoveel meer waard dan je denkt. Je hebt veel potentieel.' Dankzij hem kon ik terug gaan studeren, want hij heeft dat in het verslag geschreven, voor de universiteit."

Tijdens de focusgroepgesprekken kwamen tal van voorbeelden aan bod die illustreren hoe de manier van diagnosestelling mensen alle hoop dreigt te ontnemen.

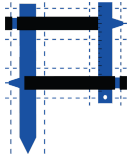
Een andere ervaringsdeskundige zei daarover het volgende: *"De eerste keer dat ik werd opgenomen, hebben ze mij het label 'schizofrenie' gegeven op het einde. Ik dacht dat mijn leven om zeep was. Ik ga niet meer kunnen werken, ik ga niet kunnen trouwen met mijn vriendin, geen kinderen kunnen krijgen. Dat werd mij ook gezegd; dat mijn toekomst er niet goed uit zag. Dan zakt uw wereld ineen. Ik ben heel wraakzuchtig en kwaad geweest. Ik dacht: ik zal eens laten zien wat dat hier is. Ik ben terug gaan werken, maar het is niet leuk dat je zo behandeld wordt."*

Dit illustreert hoe belangrijk het is dat hulpverleners goed stilstaan bij de impact die hun uitspraken kunnen hebben op iemands toekomstbeeld. In het slechtste geval ondermijnen die uitspraken iemands geloof in herstel. Dat is volstrekt onethisch.

Een familielid getuigde het volgende over de impact van een onzorgvuldige diagnosestelling bij haar partner: *"Mijn vriend werd gelabeld als chronisch psychiatrische patiënt. Hij heeft daardoor weinig zelfvertrouwen gekregen, terwijl hij veel talenten heeft. Hij dacht: 'Ik ben schizofreen en dat wil zeggen dat ik voor de rest van mijn leven ziek ben, medicatie moet nemen en nooit kan werken.' En als je ziet waar hij nu staat, je zou achterovervallen."*

Als antwoord op die vele negatieve voorbeelden benadrukte een van de ervaringsdeskundigen dat een diagnose vooral een vertrekpunt moet zijn voor reflectie en overleg. Hulpverleners moeten daarbij een helder onderscheid maken tussen een kwetsbaarheid voor psychose en een klinische diagnose van psychose. Klinische diagnoses kunnen immers op termijn verdwijnen. Door dit te benadrukken, biedt men patiënten een perspectief op beterschap. Een ervaringsdeskundige vertelde: *"De psychiater zei mij niet: 'ik denk dat je tijdelijk symptomen vertoont van een bipolaire stoornis.' Maar ze zeiden tegen mij 'Je hebt een bipolaire stoornis, dit is de medicatie die je nu voor de rest van uw leven moet nemen.' Ik vind dat een psychiater perfect kan zeggen 'ik denk,' want dat geeft mij al veel ruimte, en als een psychiater tegen mij zegt 'Ik denk dat je op dit moment tijdelijk,' dat geeft mij veel ruimte, want dan is het volgend jaar misschien anders. Hulpverleners moeten goed nadenken over welke woorden ze gebruiken en hoe ze dingen formuleren."*

Hulpverleners moeten vooral niet dramatiseren, maar samen met patiënten en hun naasten zoeken naar de beste manier om met deze kwetsbaarheid om te gaan. Een moeder verwoordde dat als volgt: *"Een psychiater zei ooit, toen ik hem vertelde dat mijn zoon een psychotische kwetsbaarheid heeft: 'So what?' Dat heeft mij zo vooruitgeholpen, dan word je*



heel aangesterkt.” Haar verhaal onderstreept hoe een hoopvolle houding en benadering van zorgverleners een cruciale rol kunnen spelen in de beleving van zowel de patiënt als zijn familie.

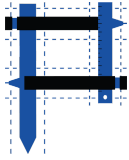
Hulpverleners als tijdelijke passanten

Deze ervaringen benadrukken dat niet alleen diagnoses tijdelijk en flexibel gepresenteerd moeten worden, maar dat de rol van hulpverleners zelf ook tijdelijk is. Hulpverleners zijn passanten in iemands leven, zolang dat nodig wordt geacht.

Zoals een verpleegkundige het treffend verwoordde: *“Het gaat niet over de opname als centraal punt in iemands leven. Het gaat over het feit dat er verschillende mogelijkheden bestaan, dat hoeft geen opname of langdurige begeleiding te zijn. De vraag luidt: wat is er nodig op dit moment? Dat kan verschillende invullingen kennen.”*

Ook een psychiater gaf aan dat hulpverleners als gids moeten beschouwd worden waarop men beroep kan doen: *“Ja, een soort van gids waar je gebruik van kunt maken, die komt en gaat, die maar een heel klein schakeltje is in het traject en verhaal van de cliënt.”*

Tot slot voegde een psycholoog er nog aan toe: *“Je moet vooral omkeren van wie er eigenlijk bij wie participeert. En eigenlijk wordt er al geparticipeerd, wij moeten aansluiten bij wat zij op dat moment nodig hebben.”*



5. Bewerkstellig zorgcontinuïteit

Om zorgcontinuïteit te waarborgen, moeten het leven, de zorgvragen en de noden van de patiënt en diens omgeving het uitgangspunt zijn bij interventies. De geestelijke gezondheidszorg moet inzetten op duurzame ondersteuning en streven naar een positieve, langdurige impact voor en met de patiënt. Dit is een uitdaging, aangezien interventies vaak kortdurend zijn en onbedoeld kunnen leiden tot versnippering binnen het steunnetwerk.

Aanbieders van zorg moeten in functie van concrete patiënten onderling afstemmen en samenwerken om de zorgcontinuïteit zo goed als mogelijk te garanderen. Daarnaast moeten patiënten binnen hun zorgtraject zoveel mogelijk kunnen rekenen op professionals en contextondersteuners die ze vertrouwen en met wie ze een positieve band ervaren.

Goede zorgrelaties maken het verschil

Goede geestelijke gezondheidszorg mag niet afhangen van factoren zoals tijd, middelen of toevallige beschikbaarheid. Iedereen moet op elk moment kunnen rekenen op hulpverleners bij wie men zich veilig en comfortabel voelt. Wat die zorg precies inhoudt, verschilt van persoon tot persoon en kan ook in de tijd veranderen. Sommigen hebben baat bij een ambulant traject, anderen eerder bij een residentiële opname of mobiele ondersteuning. Soms volstaat één vorm van hulpverlening niet, en is een combinatie nodig.

In zulke gevallen is het belangrijk dat verschillende vormen van zorg gecombineerd kunnen worden én goed op elkaar worden afgestemd, zodat de continuïteit in begeleiding gewaarborgd blijft, ongeacht de setting. Zo is het bijvoorbeeld waardevol dat iemand die wekelijks een ambulante psycholoog ziet, ook tijdens een residentiële opname contact kan blijven houden met diezelfde psycholoog. Het behouden van vertrouwde zorgrelaties biedt houvast, bevordert stabiliteit en versterkt het gevoel van erkenning.

Een psychiater verwoordde het als volgt: *“Het is vaak wel zo dat als mensen die reeds hulpverleningstrajecten lopende hebben, op een afdeling toekomen, men dan zegt: ‘Wij nemen het nu over.’ Terwijl, ik denk dat patiënten vaak zeggen: ‘Ik wil mijn ambulante therapeut blijven zien,’ bijvoorbeeld. Om dat dan abrupt stop te zetten...”*

Deze uitspraak maakt duidelijk dat het abrupt stopzetten van bestaande hulptrajecten niet alleen onnodig kan zijn, maar ook schadelijk. Er zou net gestreefd moeten worden naar samenwerking tussen bestaande en nieuwe hulpverleners, zodat de opgebouwde vertrouwensband behouden blijft.



Wanneer die samenwerking uitblijft, dreigt versnippering. Patiënten krijgen dan het gevoel dat ze telkens opnieuw moeten beginnen. Een ervaringsdeskundige illustreerde dit met een treffend voorbeeld uit zijn werk op een afdeling: *“Er was iemand in opname gekomen, terwijl hij van een andere afdeling kwam. De regel op de tweede afdeling was dat, wanneer iemand toekomt, hij of zij standaard twee weken niet naar buiten mag. Die man mocht tijdens zijn opname daarvoor wel naar buiten. Ze zeiden: ‘Dat kan, maar hier geldt twee weken binnen.’ Ik mis zorgcontinuïteit daarin. Ze maken er een tabula rasa van, ze beginnen van nul af aan, terwijl het over een transfer ging binnen eenzelfde ziekenhuis. Ik vraag mij af hoe dat komt, hoe dat kan? Die mens wou gewoon vooruit, en hij moest van nul beginnen, gewoon omdat het om een nieuwe afdeling ging.”*

Dit voorbeeld laat zien hoe procedures en regels rond transfers soms bovenop het bestaande traject worden gelegd, zonder rekening te houden met eerder geleverde inspanningen of opgebouwde zorgrelaties. En dit is geen alleenstaand geval, zoals blijkt uit een andere getuigenis: *“Ik was therapieën aan het volgen in het dagziekenhuis, maar ik moest met mijn voet in het gips dus ze hadden me voorgesteld om in opname te gaan. Wat ze mij niet verteld hebben, was dat ik mijn therapieën van de dagkliniek niet meer kon volgen, maar de therapieën op de afdeling moest volgen. Ze legden mij een nieuwe structuur op, ik werd weer geconfronteerd met nieuwe hulpverleners, mijn vertrouwde therapieën kon ik niet meer doen en dat was heel ontwrichtend.”*

Ook hier blijkt hoe een gebrek aan afstemming kan leiden tot frustratie, onzekerheid en een gevoel van ontworteling. Het contact met vertrouwde gezichten wordt abrupt verbroken, terwijl juist dat contact een fundament vormt van herstelondersteunende zorg.

Dat zorgcontinuïteit in de eerste plaats een relationeel gegeven is, wordt treffend verwoord door een psycholoog die een vergelijking maakte met jeugdzorg: *“Het gaat niet over informatie overdragen, het gaat over relaties overdragen. Zo is er in de jeugdzorg een onderzoek gedaan naar zorgcontinuïteit. Hulpverleners denken dat informatie doorgeven nodig is, maar jongeren hebben daar niets aan. Ze moeten de mensen rondom hen kunnen blijven zien in hun traject. Ze moeten de mensen die ze kennen, kunnen blijven spreken.”*

Ook binnen de psychosezorg geldt dit principe. Het zijn niet de mooie dossiers die het verschil maken, maar de mensen die iemand op een duurzame manier begeleiden, ondersteunen en aanmoedigen. Het zijn de relaties die het anker vormen binnen het woelige water van een herstelproces.

Een andere psycholoog verwoordde het als volgt: *“Als mensen in opname zijn, worden alle reeds aanwezige hulpverleningstrajecten precies vergeten, terwijl ambulante hulpverleners soms veel meer zicht hebben op hoe iemand functioneerde voor de opname. Het is nodig om daar meer mee in contact te staan, zowel tijdens als na de opname. Een opname is namelijk maar één aspect, naast vele anderen.”*



Ook familieleden benadrukken het belang van vertrouwde zorgfiguren. Een familie-ervaringsdeskundige zei daarover: *“Ergens moet men ook weten dat een soort van vaste hulpverlener belangrijk is, iemand waar patiënten een band mee kunnen aangaan. Telkens opnieuw uw verhaal moeten delen is niet gemakkelijk. Dat is misschien niet gemakkelijk te organiseren, maar toch. Eigenlijk zou men een vast team moeten kunnen hebben die continuïteit biedt en mee het parcours volgt en helpt dragen.”*

Niet voor of na, maar ook tijdens en doorheen

Zorgcontinuïteit betreft niet enkel de momenten tijdens een opname, maar ook de periode ervoor en erna. Vooral ervaringsdeskundigen deelden waardevolle inzichten over hun traject vóór en na een opname. Wat vooral opviel, was de nood aan stabiliteit: het idee dat zorg niet stopt zodra de opname eindigt, maar een blijvend kompas vormt in het herstelproces.

Soms gaat het om heel concrete hulp en aanwezigheid. Eén man, die al meerdere psychotische episodes had doorgemaakt, vertelde hierover: *“Er kwam na mijn opname wekelijks een poetshulpdienst. Dat heeft ervoor gezorgd dat ik mijn huis proper hield, omdat ik niet geaffronteerd wilde zijn. Het stimuleerde mij om het zelf netjes te houden.”*

Dit voorbeeld toont hoe zelfs eenvoudige vormen van nazorg een wezenlijk verschil kunnen maken in het dagelijks functioneren. Ze helpen om structuur te behouden en bevorderen een gevoel van eigenwaarde en autonomie—cruciale elementen in herstelondersteunende zorg.

Daarnaast kwam in de gesprekken ook het belang van snelle hulp naar voren. Een ervaringsdeskundige verwoordde het zo: *“We zijn bezig over nazorg, maar misschien moeten we ook praten over voorzorg. Voor er een opname nodig is, kunnen hulpverleners ook wat meer aan huis komen voor een babbel of om samen te koken of te wandelen, zodat een opname misschien niet nodig is.”*

Deze gedachte benadrukt het belang van het voorkomen van crisissen die escaleren. Vroegtijdige, laagdrempelige ondersteuning kan niet alleen opnames helpen vermijden, maar ook bijdragen aan een duurzaam hersteltraject zonder ingrijpende interventies.

Ook nazorg is van groot belang, zoals ook bleek uit het eerder vermeldde voorbeeld van de hulpverlener die een ex-patiënt had gecontacteerd voor een vacature als ervaringsdeskundige, toen hij niet meer in opname was.

Dergelijke persoonlijke benadering onderstreept hoe belangrijk het is dat nazorg verder reikt dan het moment van ontslag. Aandacht en betrokkenheid op langere termijn geven mensen het gevoel dat ze blijven meetellen, wat helpt bij het opnieuw vormgeven van hun dagelijks leven. Eén telefoontje maakt al een verschil.



Een psychiater illustreerde hoe ook het afscheid zelf een waardevol moment van reflectie kan zijn: *“Als mensen op ontslag gaan, dan stel ik altijd de vraag nadien: ‘Hoe is dat hier allemaal geweest voor u? Dat moet toch een bevreemdende ervaring zijn geweest, vertel eens hoe jij dat hebt ervaren?’ en dan hoor je ergens ook wel een noodzaak om het daarover te hebben.”*

Reflectie over het opnameproces draagt niet alleen bij aan het verwerken van ervaringen, maar bevordert ook de zorgcontinuïteit. Door samen terug te blikken op wat iemand heeft doorgemaakt, ontstaat ruimte om ook na te denken over het vervolg van het traject.

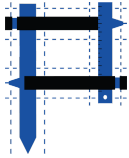
Toch blijkt zulke nazorg vaak niet vanzelfsprekend. Een ervaringsdeskundige vertelde hierover: *“Crisisopvang is bij mij aan huis gekomen, om te zien hoe ik het stelde na mijn opname. Ik heb daar zelf om gevraagd, omdat ik wist dat dat bestond, maar dat wordt niet standaard gedaan. Eigenlijk zou dat wel mogen, want ik vind dat ze u ook na een opname moeten assisteren om terug te integreren.”*

Zijn getuigenis wijst op het belang van toegankelijke, proactieve opvolging na een opname, waarbij mensen ondersteund worden om hun plek opnieuw te vinden in het dagelijks leven—niet als uitzondering, maar als vast onderdeel van gepersonaliseerde zorg.

Tijdens de focusgroepen werd ook kritisch nagedacht over het opdelen van zorg in fases met de residentiële behandeling als centrale referentie. Een psycholoog verwoordde het treffend: *“Het leidende principe is dat mensen verlangens hebben in het leven, en soms zoekende zijn en daaronder lijden. Dan kunnen we kijken met welke hulp zij geholpen kunnen worden. Een ambulant plan kan soms al voldoende zijn, maar ook kan een residentieel plan uitgestippeld worden. Het mag in elk geval niet zijn dat de opname als belangrijkste punt wordt beschouwd in iemands traject.”*

Deze visie nodigt uit om zorg breder te benaderen dan alleen in termen van opnames. Herstelondersteuning is een continu proces dat vertrekt vanuit de noden en vragen van de persoon zelf. Ondersteuning moet flexibel inspelen op waar iemand zich bevindt in zijn of haar leven—met of zonder opname.

Een dochter die haar vader door verschillende opnames had begeleid, merkte op: *“Continuïteit van zorg betekent niet per se dat het dezelfde mensen zijn, want soms zijn hulpverleners ook bedreigend voor patiënten, maar het gaat erover om niet te stoppen met hulpverlening van zodra iemand naar buiten gaat in de psychiatrie.”* Ze gaf verder aan dat er afstemming gewaarborgd moet worden wanneer iemand opnieuw de overstap maakt naar zijn of haar leefcontext, en dat er passende ondersteuning moet worden geboden aan alle betrokkenen.



Chroniciteit is een gevaarlijke term

Bij dit alles is het belangrijk dat professionals telkens opnieuw mee zoeken naar passende oplossingen. Een ervaringsdeskundige die meerdere opnames achter de rug heeft, signaleerde dat dit niet altijd het geval is. Zo merkte hij een duidelijk verschil op tussen zijn eerste en latere opnames: *“Ik zie wel een verschil bij mijn eerste opnames: heel veel therapie, veel ondersteuning. Maar als er een chroniciteit is bij uw psychose, dan word je geëtiketteerd, dan is er veel minder ondersteuning en therapie. Vanuit een gevoel van: ‘Ach, hier moeten we nu niet te veel energie meer instoppen want die hervalt toch.’”*

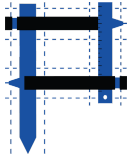
Dit voorbeeld benadrukt het gevaar van het etiket ‘chronisch’ en hoe het kan leiden tot een afname van de ondersteuning voor mensen die juist het meeste behoefte hebben aan continue zorg. Wanneer hulpverleners het lastig hebben om blijvend ondersteunend te werken, moeten ook zij ondersteuning krijgen om het vol te houden.

Echter, soms staan beleidsrichtlijnen dergelijk duurzaam engagement in de weg. Een verpleegkundige illustreerde dat als volgt: *“De inspectie is onlangs gekomen en ze hebben letterlijk gezegd dat het niet goed was dat een patiënt twee maanden in opname was, en dan later teruggekomen is, omdat de behandeling dus duidelijk niet had gewerkt. Ze lezen niet dat we inzetten op een band, dat die persoon mag en kan terugkomen.”*

Dit voorbeeld toont aan hoe beleidsmaatregelen die gericht zijn op effectiviteit en kostenbesparing het herstelproces kunnen verstoren door de nadruk te leggen op het beëindigen van behandelingen in plaats van op het verder ondersteunen van patiënten in hun herstel.

Tot slot merkte een hoofdverpleegkundige die werkzaam is in een psychiatrisch verzorgingstehuis op: *“Langdurige zorg is nu maximum twee jaar. Dat staat haaks op zorgcontinuïteit die we nu zagezegd centraal stellen.”*

Deze uitspraak toont dat structurele beperkingen die aan de zorg worden opgelegd het streven naar daadwerkelijke zorgcontinuïteit in de weg kunnen staan. Duurzame ondersteuning vereist een visie op de lange termijn, die verder reikt dan kortstondige opnames of tijdelijke trajecten. Werkelijke continuïteit in zorg vergt dan ook meer dan beleidsmaatregelen: ze vraagt relationele betrokkenheid, flexibiliteit en de bereidheid om mensen doorheen hun hele traject te blijven ondersteunen.



6. Heb geduld in tijden van haast

De duur van een herstelproces is niet te standaardiseren. Het moet worden bepaald vanuit een evenwicht tussen doelgericht stimuleren van verandering en respect voor het tempo van de patiënt. Doelgerichtheid is waardevol wanneer het helpt om gedragen toekomstperspectieven op te bouwen en persoonlijke uitdagingen aan te pakken. Tijdsdruk kan daarbij een stimulans zijn, maar kan evenzeer leiden tot gevoelens van mislukking wanneer vooropgestelde doelen niet tijdig worden gehaald.

Daarom moet hulpverlening flexibel zijn en verwachtingen afstemmen op het tempo dat voor zorgvragers haalbaar is. Hulpverleners moeten niet alleen tijd nemen om authentiek en oprecht aanwezig te zijn, maar ook patiënten de tijd geven om hun traject in eigen tempo te doorlopen.

Herstel is voor velen een proces van vallen en opstaan. Het is essentieel dat hulpverlening hier aanvaardend en ondersteunend op reageert. Afwijzende reacties op terugkerende perioden van crisis bemoeilijken iemands herstel.

Tijd als fundament van zorg

Tijd is misschien wel het meest essentiële ingrediënt voor zorg die echt verbindend en herstelondersteunend wil zijn. Tijd om mensen op een warme en open manier te ontvangen, om een eerste ontmoeting niet te forceren, om vertrouwen op te bouwen en om relaties te laten groeien. Tijd om iemands verhaal te leren kennen en om ook de bredere context en familiebanden mee te nemen in het zorgproces. Tijd om het tempo van de ander te respecteren en niet alles te willen oplossen op een moment dat daar nog geen ruimte voor is.

Een vader getuigde hoe geduld van een hulpverlener verbinding mogelijk maakte: *“In begin wou onze zoon absoluut niet praten met de psychiater. Hij had paranoia gevoelens naar haar toe. Ze is er uiteindelijk toch in geslaagd om verbinding te maken, door hem te blijven aanspreken en hem tijd te geven.”*

Voor familieleden is tijd een sleutel om tot samenwerking te komen. Een moeder van een adolescente die een aantal psychoses doormaakte, gaf aan: *“Mijn dochter gaat nu al twee jaar bij dezelfde psychiater en vraagt mij ook telkens mee, ondertussen hebben we echt een samenwerking, en ben ik niet enkel de bezorgde moeder, maar voel ik mij ook gehoord en gezien. Ik ben rustiger omdat ik het gevoel heb niet meer alleen te staan, maar dat heeft enorm veel tijd geveerd en energie van mij gevraagd om tot dat punt te komen.”*



Tegen de snelheid van het systeem in

Veel hulpverleners geven aan dat er binnen het zorgsysteem vaak druk is om snel te handelen. Diagnoses moeten snel gesteld, behandelplannen snel opgesteld en verbeteringen snel zichtbaar zijn. Maar psychische kwetsbaarheid, zeker bij psychose, laat zich zelden vatten in zo'n strak schema.

Het vergt tijd om wat zich als een acuut probleem aandient in zijn context te plaatsen, de geschiedenis en dynamiek ervan in kaart te brengen en te onderzoeken welke existentiële en relationele uitdagingen er aan de basis van liggen.

Een huisarts die meerdere keren in een psychiatrisch ziekenhuis verbleef omwille van psychoses beschreef: *"Ik ervaar dat veel hulpverleners gefocust zijn op een snelle oplossing. Bijvoorbeeld: dit is het etiket dat we erop kleven en dat kunnen we eraan doen. Maar eigenlijk heb je geen pasklaar antwoord. Een psychose is iets dat geleidelijk ontstaan is, en de zoektocht naar een snelle oplossing kijkt enkel naar het topje van de ijsberg, en niet naar wat er onder de oppervlakte nog aan de hand is."*

Het vergt de nodige tijd om het verhaal, de doelen en de noden van iemand te leren kennen, om iemand te helpen een eigen verlangen terug te vinden en de eigen oplossingen verder te ontwikkelen. Een verpleegkundige uit een psychiatrisch verzorgingstehuis stelde: *"Het aanwakken van het verlangen van iemand en daar dan iets mee kunnen doen vraagt veel tijd. Wat verlangt die betrokken persoon zelf nog, is soms een moeilijke vraag, want sommige mensen die langdurig ziek zijn, hebben nog maar weinig verlangens."*

Mensen laten aarden

Een herstelproces vraagt geduld en kan je niet zomaar sneller doen lopen. Het begint met kunnen zijn wie je bent, zonder druk, zonder doelstellingen die opgelegd worden. In sommige zorgomgevingen wordt daar bewust ruimte aan gegeven.

Een verpleegkundige uit een psychiatrische instelling voor langdurig verblijf, vertelde: *"Soms heb ik het gevoel dat de tijd hetgeen is dat ons duwt in het oplossingsgericht denken, maar we moeten daar alert voor zijn. Het kost tijd om mensen te leren kennen, veel van onze cliënten hebben ook geen vraag. Maar door tijd en ruimte te laten, kunnen we connectie maken. Wij laten mensen gewoon aarden. We leggen geen doelstellingen op en dicteren niet wat iemand moet bereiken op dit of dat functioneringsgebied. Dan komen de dingen, beginnen mensen te aarden. En ja, beginnen mensen terug te leven."*

Dat gebeurt voor iedereen op hun eigen tempo. Verschillende hulpverleners benadrukken daarbij de zogenaamde asiel functie van een psychiatrische instelling in de psychosezorg, waar een afdeling een plek is waar mensen die omwille van hun problematiek soms moeilijk aansluiting vinden in de maatschappij even tot rust kunnen komen.



Een psychiater breekt een lans voor langere opnames als veilige rustplaatsen, en vertelde daarover het volgende: *“Ik hou van de term gasthuis, waar mensen te gast zijn. Ik vind ook niet dat opnames altijd zo kort mogelijk moeten. Als er sommige mensen zich goed voelen op een afdeling, er graag zijn, omdat ze bang zijn voor de maatschappij en de eenzaamheid, de armoede en het stigma waar ze mee maken hebben, en als die bij ons kunnen zijn wie ze zijn, laat ze dan toch even. Opnames moeten tegenwoordig altijd zo kort mogelijk zijn, maar soms denk ik, dat is toch veel te kort, zet die mensen toch niet zo onder druk, verwacht daar nu toch niet zoveel van. Laat mensen even op hun plooi komen tijdens een opname, laat ze samen eten, laat ze lang genoeg aarden voor ze klaar zijn om weer te vertrekken.”*

Een als ervaringsdeskundige werkende man merkte op dat geduld en tijd op verschillende niveaus belangrijk zijn, waaronder ook in hoe we maatschappelijk nadenken over zorg: *“Het is zeker belangrijk in direct contact tussen hulpverlener en patiënt, maar ook op macroniveau moet er geduld zijn, moet de maatschappij geduld leren hebben. Ik vind het niet slecht dat er nagedacht wordt over toewerken naar een ontslag, we moeten niet terug naar de tijd dat een opname levenslang was. Maar je moet toch de tijd krijgen en het gevoel hebben dat je die tijd mag nemen, net daarin zit het herstel. Durven zijn wie je bent, daar kruipt tijd in.”*

Een leidinggevende van een mobiel team formuleerde het stellig: *“Er is enorm veel tijdsdruk, en er is enorm weinig ruimte wat tijdsbesteding betreft. Je moet al serieus burgerlijk ongehoorzaam zijn om te zeggen: we gaan lege momenten inplannen om creatief te zijn en te kijken wat er mogelijks kan ontstaan.”*

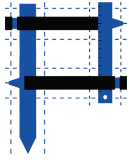
Tijd om te proberen, te falen en te herbeginnen

Herstel is zelden lineair. Er worden stappen vooruit gezet en er is terugval. Daarom is het belangrijk dat zorg tijd biedt om te experimenteren, te falen, te reflecteren en het anders te proberen. Tijd mag niet afgemeten zijn in standaardtermijnen, maar moet afgestemd worden op het ritme van de zoekende mens.

Een therapeut die werkt op een psychoseafdeling gaf aan: *“Het is een heel vreemde gedachte dat dingen binnen een bepaalde tijd moeten gebeuren. Geef mensen de tijd die men nodig heeft: niet nodeloos lang, niet verplicht kort. Men moet tijd kunnen hebben om te vallen en weer op te staan, en desnoods een aantal keren.”*

Een collega verpleegkundige vulde aan: *“Proberen en proberen. Dat vraagt tijd omdat je moet kunnen vallen en terug opstaan. En opnieuw. En opnieuw. En nog eens. En nog eens. Als ge wilt proberen en speelruimte moet hebben, dan moet je tijd krijgen en liefst zo onafgebakend mogelijk.”*

Een psycholoog van een psychiatrisch verzorgingstehuis wees erop dat tijd niet enkel belangrijk is om actief te zoeken en zaken te proberen, maar ook soms dient om te wachten tot we kunnen gebruik maken van de toevalligheden die zich aandienen. Ook in het eerder



vermeldde voorbeeld van een man die door iets toevalligs, namelijk een abces dat goed verzorgd werd, toch vertrouwen krijgt in de hulpverlening, is tijd een belangrijke factor.

Timing is een moeilijke oefening

Hoewel tijd krijgen en tijd geven belangrijk zijn om op eigen tempo te kunnen herstellen, worden door de participanten ook heel wat kritische bedenkingen geformuleerd bij hoe met tijd omgegaan wordt in de residentiële zorg. Enerzijds wordt er soms zeer traag gewerkt, en duurt het lang vooraleer men ergens op gesprek kan gaan of gehoor vindt. Anderzijds zijn contactmomenten soms al te schaars en al te kort.

Een man wiens echtgenote meerdere keren met een manische psychose opgenomen werd, stelde: *“Wat mij opvalt, is de traagheid waarmee alles verloopt. Om de maand word je, als je geluk hebt, eens uitgenodigd voor een gesprek, maar eigenlijk is dat zeer weinig.”*

Een vader van een jonge man die na een ernstige psychotische episode in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen werd, vulde aan: *“Het heeft een maand geduurd vooraleer wij de psychiater gezien hebben. Dat is heel lang als je als ouder geterroriseerd bent door wat er gebeurd is.”*

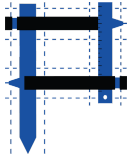
Diezelfde vader getuigde over de contactmomenten van zijn zoon met de psychiater: *“Als je in de eerste week van een gedwongen opname twee keer twintig minuten met iemand hebt gesproken, dan is dat toch veel te weinig? En toch is dat wat er gebeurt.”*

Er is vanuit alle participanten begrip voor de tijdsdruk en het feit dat afdelingen qua personeel vaak onderbezet zijn en verpleging geregeld overbevraagd is, maar er wordt opgemerkt dat het vaak over keuzes en prioriteiten gaat, waar wel of geen tijd voor is. Een familielid stelde kritisch: *“Soms zit de verpleging in hun glasbokaal. Patiënten moeten wachten, en ondertussen zitten zij op Zalando en Facebook. Iedereen heeft recht op een pauze, dat zeg ik niet, maar dat is toch niet de manier?”*

Met het oog op de toekomst is het cruciaal om dubbel in te zetten op het tijdsaspect: enerzijds door contactmomenten zo vlot mogelijk te maken, en anderzijds door de tijdsdruk te verlagen en mensen actief de kans te geven om in hun eigen tempo stappen te zetten in het herstelproces.

Tijd met patiënten is een investering, geen kost

Meerdere psychologen, therapeuten, en verpleegkundigen wijzen op de steeds toenemende verplichting tot registreren in elektronische dossiers. Dit zorgt voor een extra taakbelasting, die veelal ten koste gaat van directe patiëntencontacten. Mooie dossiers zien er voor buitenstaanders professioneel uit, maar het werk eraan neemt behoorlijk wat tijd in beslag—



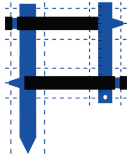
tijd die niet aan de kerntaak van de job, het samenzijn en omgaan met patiënten, besteed kan worden.

Een psychologe van een residentiële psychiatrische afdeling voor psychose, uitte haar bezorgdheid over dit verschuivende evenwicht: *“Er zijn allerlei zaken waaraan voldaan moet worden: administratieve zaken, noteren, registreren, observaties, etc. Zaken waar verpleegkundigen dagdagelijks mee moeten bezig zijn. Ik vraag me soms af in hoeverre kunnen ze de essentie, echt de functie van hun job nog uitvoeren? Al vraag ik me soms ook af, hoe vaak vluchten verpleegkundigen ook niet naar hun bureau en zijn ze daar bezig om het proberen managen van wat er zich allemaal op de afdeling afspeelt?”*

Een verpleegkundige stelde dat het binnen de bestaande regels zoeken is om het samenleven toch centraal te stellen. Ze vertelde haar creatieve oplossing om administratieve taken dubbel te benutten: *“Als je administratief werk moet doen, is er niets dat je belet om aan je patiënt te zeggen ‘zet u er efkes bij.’ Meestal is dat niet iets waar je heel hard geconcentreerd voor moet zijn, dan kun je toch nog praten. Ik denk dat dat geen excuus mag zijn. Of als je een observatie moet schrijven, ook dat kun je samen met de patiënt doen en dan heb je ook meer tijd samen.”* Dergelijke oplossingen zijn zinvol, maar wijzen er ook op dat de toenemende administratie de kerntaken van het personeel in het gedrang brengt.

Een andere verpleegkundige merkte trouwens op dat niet alleen administratieve taken dubbel benut kunnen worden, maar dat ook bij andere taken zinvol aan multitasking kan worden gedaan: *“Een collega die op een psychiatrische afdeling werkte, zei dat hij daar weinig tijd had om met patiënten in contact te treden, omdat bijvoorbeeld het klaarzetten van de medicatie veel van zijn tijd in beslag nam. En dan denk ik, je kan dat ook helemaal anders organiseren, zet die pillen samen met de patiënten klaar en voilà, je hebt contact en je hebt ontmoeting, dan krijg je een verbindingsmoment maar heb je ook je taak kunnen uitvoeren.”*

Hoe met tijd wordt omgegaan, zegt veel over de keuzes die gemaakt worden in de organisatie van zorg. Waar tijd ontbreekt of ineffectief benut wordt, blijft verbinding uit. De uitdaging is dus niet alleen meer tijd maken, maar tijd beter verdelen, betekenisvol inzetten, en vooral: tijd die samen met patiënten (en hun naasten) wordt doorgebracht als een investering beschouwen, niet als een kost. Want enkel wie tijd krijgt, krijgt ook echt ruimte om te herstellen.



7. Luister naar en werk mét de context

Om herstel te bevorderen is het essentieel dat vertrouwensfiguren actief betrokken worden bij het zorgtraject. Samenspraak met de context moet het uitgangspunt zijn, niet een gunst of uitzondering.

Wie als vertrouwensfiguur fungeert, hangt af van leeftijd en persoonlijke omstandigheden. Vaak gaat het om een partner, ouders of kinderen, maar ook vrienden kunnen deze rol vervullen. Hun verhaal, perspectief en zorgen moeten actief worden meegenomen, aangezien het herstelproces zich grotendeels binnen deze sociale context verder ontwikkelt zodra de professionele ondersteuning afneemt. Wanneer er binnen deze omgeving spanningen of conflicten spelen, moet de mogelijkheid geboden worden om deze aan te pakken.

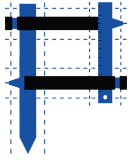
Het betrekken van de context brengt voor professionals de uitdaging met zich mee om het beroepsgeheim te bewaken. Dit moet transparant besproken worden met alle betrokkenen, zodat de patiënt de regie behoudt over de eigen privacy. Beroepsgeheim mag geen excuus zijn om naasten niet te beluisteren of om niet met hen in dialoog te gaan.

Een gedeeld perspectief over het betrekken van context

Iemand die worstelt met een psychotische ervaring of een psychiatrische crisis staat weliswaar centraal in het zorgproces, maar wordt ook omringd door naasten die deel uitmaken van het grotere geheel—zoals ouders, partners, vrienden, broers en zussen. Zij zijn vaak heel alert voor de eerste signalen van psychose, en spelen een belangrijke rol bij het hervatten van het dagelijkse leven tijdens herstel en de zoektocht naar houvast. In gesprekken met familieleden, ervaringsdeskundigen en hulpverleners wordt het belang van die context steeds opnieuw benadrukt.

Hoewel iedereen het erover eens is dat de betrokkenheid van naasten belangrijk is bij het herstelproces, verschilt de visie over het juiste tijdstip en de juiste manier van betrekken. Sommige stemmen pleiten voor onmiddellijke betrokkenheid, zelfs tijdens een acute crisis.

Een man die verschillende psychoses en opnames meemaakte, vertelde: *“Op het moment van crisis, als het niet goed met je gaat, word je vastgepind op dat ene moment, terwijl ze je achtergrond niet kennen. Maar dat kunnen familie en vrienden wel vertellen. Zodat ze toch een bredere kijk op je krijgen dan alleen dat moment waarop het slecht met je gaat, want daarnaast heb je toch ook een heel leven gehad. Mijn zus bijvoorbeeld, heeft veel kunnen vertellen op het moment dat ik dat niet kon. Dat heeft enorm geholpen.”*



Een psychologe van een psychiatrische afdeling voor psychose bevestigde dit: *“Het is vaak zinvol om net op het moment van de crisis al in dialoog te gaan en om ook snel mensen te betrekken die iets meer kunnen vertellen over de persoon, als die zelf niet meer in staat is om het uitgelegd te krijgen.”*

Toch is er ook begrip voor het feit dat dit niet voor iedereen het juiste moment is. Voor sommige mensen is de crisisfase net een periode waarin elk gesprek bedreigend aanvoelt, en het contact met de realiteit nog onvoldoende aanwezig is om in openheid te spreken met naasten.

Een jonge man met meerdere ervaringen met opnames omwille van psychoses vertelde dat het voor hem net beter was om pas later een familiegesprek te hebben, als de acute crisis wat gaan liggen was: *“Als je al een beetje aan het herstellen bent, dan is het interessant om een familiegesprek te hebben. Als je dat van in begin doet, dan ben je nog redelijk afwezig en in een waan, wat soms bedreigend is. Het contact met de realiteit is nog niet aanwezig. Het is beter om later in het herstel te kunnen spreken met contextfiguren.”*

Die afstemming tussen cliënt, context en hulpverlener vraagt zorgvuldigheid. Naasten kunnen best van bij aanvang betrokken worden in het zorgproces, maar over de precieze aard van hun inbreng moet de regie bij de patiënt liggen. Bij het invullen van hun betrokkenheid moeten de wensen, uitdagingen en grenzen van de persoon in crisis centraal staan. Een psychologe die op een crisisafdeling werkt benadrukte dit als volgt: *“Soms schiet het idee van context betrekken te veel door naar ‘sowieso context betrekken, ook al wil de patiënt dat niet.’ Dan gaan we toch voorbij aan het principe van iemands verhaal en vraag ernstig te nemen. We kunnen wel proberen motiveren, maar het moet steeds een afstemming zijn.”*

Ook de keuze van wie er precies betrokken wordt, verdient aandacht. Het is belangrijk dat niet de hulpverlener beslist wie welkom is, maar dat de cliënt het mandaat krijgt om mensen aan te duiden die voor hem of haar betekenisvol zijn.

Daarover zei een psychologe van een opnameafdeling voor psychose: *“We stellen de vraag ‘wie kan er u helpen om uw verhaal hier wat te vertellen.’ Maar het is wel de patiënt die het mandaat moet hebben om aan te duiden wie dat dan juist is, ook al zijn dat niet altijd de personen die wij in gedachten hebben. Bijvoorbeeld een recent opgenomen patiënt, een druggebruiker, had iemand uit zijn gebruikersmilieu uitgenodigd, dat was zeer interessant en die man kon ook echt wel iets vertellen over onze patiënt, wat ons ook hielp om iets van zijn verhaal te begrijpen.”*



Samen denken en spreken

Wanneer zorgverleners en contextfiguren echt als gelijkwaardige partners aan tafel kunnen zitten, ontstaat er ruimte voor openheid, nuance en collectieve draagkracht. Vele deelnemers verwijzen hierbij naar de principes van *Open Dialogue*, waarbij gesprekken plaatsvinden met álle betrokkenen, in volle transparantie en op geregelde tijdstippen.

Een vader vertelde: *“Wij hebben het geluk gehad dat we na een eerdere opname van onze zoon een Open Dialogue hebben kunnen installeren, waarmee we om de vier à zes weken samenkwamen. Op een gegeven moment ging het weer niet zo goed en was er opnieuw een opname nodig. We hebben dat in een Open Dialogue bijeenkomst openlijk kunnen bespreken, en ook al was hij niet akkoord, het feit dat we dat gewoon konden communiceren, open en bloot, maakt dat we dat konden dragen en we allemaal samen beslisten. Ik ben dan zelf naar de rechtbank gegaan om effectief die gedwongen opname mogelijk te maken, maar ik voelde me daar niet zo alleen in.”*

Een moeder stipte het belang aan van een gemeenschappelijke taal: *“In een Open Kring gesprek begin je eigenlijk op een heel andere manier te praten over de dingen en ontwikkel je een gemeenschappelijke taal.”*

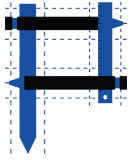
Een moeder vertelde over een positieve ervaring met een familiegesprek over de verdere behandeling van haar zoon en zijn psychose: *“We werden uitgenodigd voor een familiegesprek. Je zit daar dan als ouder met je zoon en iedereen die belangrijk is: de begeleiding, de psycholoog, de psychiater enzovoort. Ze toetsten voortdurend af hoe we ons voelden, wat wij dachten, wat onze zoon dacht. Dat gesprek werd volledig opengetrokken. Soms waren we het niet eens met elkaar. Dan zei de psychiater tegen mijn zoon: ‘als we dit doen, dan zijn dat de consequenties, maar jij beslist.’ Dat is een totaal andere manier van omgaan met elkaar.”*

Door patiënten samen met hun omgeving te laten onderzoeken wat de psychotische ervaringen uitdrukken, neemt het onderlinge begrip toe. Ook krijgen alle betrokkenen zo beter zicht op uitlokkende gebeurtenissen en omstandigheden. Dat helpt bij het vinden van concrete, constructieve veranderingen in de manier waarop mensen hun leven inrichten.

Een zorgvuldige weg naar vertrouwen

Sommige hersteltrajecten vragen geduld, moed en bereidheid om risico's te nemen—zowel van hulpverleners als familieleden.

Een moeder van een zoon die, toen hij omwille van een psychose opgenomen was, geregeld van de opnameafdeling ging lopen, getuigde over hoe ze door de psychiater ernstig genomen werd als partner in de zorg voor haar zoon: *“In het psychiatrisch ziekenhuis waar hij nu in behandeling is, wordt er geen dwang gebruikt. Ze zeggen: ‘Oké, als jij geen medicatie wil*



nemen, we gaan het proberen en we gaan zien wat dat dat met zich meebrengt.’ Er zijn veel incidenten geweest, maar de deur is wel blijven openstaan. Soms met een time-out. En hij is altijd teruggegaan. En nu, na zoveel jaren, neemt hij medicatie, zonder dwang. Maar dat is heel langzaam opgebouwd, met vallen en opstaan en met heel veel risico’s nemen. Het gebeurde dat de psychiater naar ons belde en zei ‘jullie gaan weer met de miserie zitten, want het lukt hier niet meer.’ Maar de manier waarop dat de psychiater met ons praatte, dat gaf zoveel vertrouwen. Ik heb ook nog naar de psychiater gebeld in paniek van ‘ik weet echt niet meer wat dat ik hier moet doen’ en de psychiater zei me ‘ik weet het ook niet meer.’ Awel, dat zinnetje heeft mij zoveel deugd gedaan. Als je je als hulpverlener openstelt en ons als ouders benadert vanuit gelijkwaardigheid, dat heeft zoveel invloed op heel het herstelproces, zowel voor patiënt als voor familie. En dan word je niet bekeken als schuldige, want dan voel je, oké, die mensen, die zitten ook met de handen in het haar.”

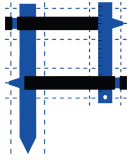
Een jonge man die reeds vele opnames achter de rug had, benadrukte het belang van vertrouwen en samenspraak met de familie: *“Waar ik opgenomen was, als er iemand verdween, werd er niet onmiddellijk gebeld naar de politie. Er werd eerst een alternatief gezocht, bijvoorbeeld het thuisfront informeren, en zien, misschien komt die zo wel terug. Dat is een risico nemen, maar dat zorgt voor wederzijds vertrouwen.”*

Door psychotische ervaringen kunnen onderlinge contacten soms onveilig aanvoelen. In zo’n gevallen vraagt het tijd om een onderlinge vertrouwensband te herstellen. Hulpverleners kunnen daarbij helpen. Ouders van een man die sinds zijn adolescentie verschillende psychotische episodes meemaakte, vertelden: *“We hebben onze zoon gedwongen laten opnemen, en eerst dachten we, dat hadden we nooit mogen doen, maar geleidelijk is de hulpverlening er toch in geslaagd een vertrouwensband met hem te scheppen. Ze deden ook dingen die wij nooit hadden kunnen aanbieden, hij ging bijvoorbeeld wekelijks naar het muziekatelier, want hij houdt van muziek, dat heeft hem enorm geholpen. Ze vroegen hem om Nederlandse les te geven aan twee anderstalige patiënten, wat hem weer zelfvertrouwen gaf.”*

Een psycholoog van een afdeling voor chronische psychose merkte op dat het betrekken van de context evenwel niet wil zeggen dat de context in de hulpverlenersrol dient te stappen: *“We moeten we toch oppassen dat niet iedereen die onze patiënten omringt hulpverlener wordt. Een vader moet een vader kunnen zijn. En een moeder moet moeder kunnen zijn. Ze hebben er maar één. Het grote risico is dat iedereen u begint te zien als de zieke mens.”*

Helende processen in het onderlinge contact

Samenspraak wil ook zeggen dat onderlinge spanningen en de impact van keuzes door anderen in vraag kunnen gesteld worden. Een vrouw vertelde over de manier waarop haar familie betrokken werd in het herstel van haar kraambedpsychose: *“De context werd betrokken in een open dialoog, waarbij men ervan uitging, het is niet allemaal biologisch, het is niet alleen maar kwetsbaarheid, ook de context heeft een aandeel, en niet alleen in wat*



voorafging, maar ook in het herstel en hoe dat loopt. Dat zorgt ervoor dat ook de context zichzelf in vraag stelt, het wijst hen op hun verantwoordelijkheid en houdt hen een spiegel voor. Zowel mijn man, ouders, en zussen hebben op een bepaald moment de reflectie moeten maken ‘wat is ons aandeel in haar verhaal?’ Omdat men niet heeft gezegd ‘ach ja, die is bipolair en we geven haar medicatie en dan is het opgelost,’ terwijl dat misschien wel eerst de vraag was van de familie, want dan is het makkelijk. Op de afdeling hebben ze veel ruimte gelaten voor spanning en schuring, om het toch maar eens in een veilige context te laten botsen, zodat het ongemak ook bij de ander gelegd wordt. Dan voel je je als cliënt, of als iemand met psychosegevoeligheid, niet zo gek of alleen, maar ook erkend, als kind van uw opvoeding, van uw context.”

Door ruimte te bieden aan ieders verhaal en samen het onderlinge functioneren te verkennen, kunnen patiënten en hun naasten pijnlijke gebeurtenissen te boven komen. Ook kunnen zij gewoontes in vraag stellen en bijsturen in functie van het herstelproces.

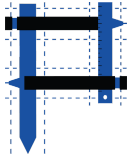
Een moeder wiens dochter met psychoses kampt, vertelde over de positieve impact dat een uitvoerig gezinsgesprek voor haar en haar gezin had: *“Ik heb met mijn kinderen veel deugd gehad van een Open-Hart-Cirkel gesprek, waarbij de focus niet lag op mijn dochter en haar psychose en de anderen die dan als context wat komen aanvullen, maar waar de focus echt lag op het gezin als systeem. Ik was de vragende partij voor het gesprek, ik kon er terecht met mijn bezorgdheid als mama: mijn gezin valt uit elkaar, mijn dochter heeft een moeilijke periode, mijn zoon trekt zich daardoor wat terug. Het gaat over heel het gezin, over de hele situatie, en in zo’n gesprek is iedereen evenwaardig, heeft iedereen evenveel recht van spreken en ruimte om aan te geven waarover gesproken wordt.”*

Zorg voor de naasten

De aandacht voor de context is niet enkel belangrijk voor het herstel van de patiënt. Ook de naasten zelf hebben vaak zorgnoden na het van dichtbij meemaken van een psychotische episode van een gezinslid. Een vader getuigde over hoe pijnlijk het kan zijn om te beslissen om over te gaan tot een gedwongen opname: *“Het was op een gegeven moment voor ons niet anders mogelijk dan onze zoon gedwongen te laten opnemen. Maar dat is eigenlijk verschrikkelijk, uw eigen zoon, met wie je al weken en maanden hebt proberen praten en het vertrouwen behouden, die moet je plots ergens verraden. Hij is heel kwaad geweest ook. Dat is als ouder verschrikkelijk.”*

Het is belangrijk dat gezinsleden geholpen worden om dergelijke pijnlijke gebeurtenissen te boven te komen, zodat ze geen hinderpaal vormen in het contact met de patiënt. Expliciete betrokkenheid door directe hulpverleners betekent daarbij veel.

Een moeder vertelde: *“Een sociaal werkster heeft mij ooit opgebeld, toen mijn zoon net in opname was. Ik vertelde haar dat mijn zoon niet thuis was, en zij antwoordde: ‘Ja maar het is*



niet voor hem dat ik bel. Ik bel voor u. Hoe gaat het met u?’ Ik vond dat onwaarschijnlijk. Ik krijg nog kippenvel als ik eraan denk. Dat is ongelooflijk simpel, en toch is dat het mooiste van dat traject geweest voor mij. Het kan echt zeer simpel zijn.” Een vader sprak over hoeveel het voor hem betekende zich welkom te voelen op een afdeling: “Ik heb mij altijd welkom gevoeld op de afdeling waar mijn zoon opgenomen geweest is. Ik ging daar soms ook op momenten dat hij daar niet in opname was, een tas koffie drinken op de binnenplaats, en als hulpverleners tijd hadden, dan kwamen ze eens bij mij zitten. Ik at er ook soms mee, babbelde met de andere patiënten.”

Door de impact op familieleden expliciet te erkennen en hen bij het zorgproces te betrekken, worden ze geholpen om constructief om te gaan met psychotische ervaringen bij hun naasten.

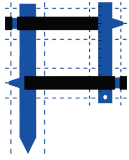
Gemis aan betrokkenheid en informatie

Hoewel het betrekken van de context als fundamenteel wordt erkend binnen herstelondersteunende zorg, blijkt dit in de praktijk lang niet altijd vanzelfsprekend te zijn. Ouders, partners en andere naasten voelen zich op cruciale momenten vaak buitengesloten uit het zorgtraject. Ze krijgen geen informatie, worden niet gehoord, of voelen zich zelfs ongewenst op de afdeling.

Een jonge man vertelde over zijn opname op een psychoseafdeling toen hij nog adolescent was: *“Mij werd gezegd dat als ik er zelf niet om vroeg dat ze ervan uitgaan dat de familie niet mag komen. Dus het was eigenlijk alleen als ik zelf om bezoek vroeg dat ze dan met diegene waar ik om vroeg contact opnamen.”*

Een moeder wiens zoon meermaals psychiatrisch opgenomen was omwille van een psychose, merkte op: *“Ik denk dat in veel instellingen de insteek fout is. Men zegt ‘we willen wel met de familie werken, maar de patiënt wil het niet, we hebben het hem gevraagd.’ Maar het gaat erom hoe de vraag gesteld wordt. Als je aan iemand die net van alles heeft meegemaakt en die helemaal chaotisch is, vraagt ‘mogen we de familie erbij betrekken, mogen we die uitnodigen’ dan is het antwoord natuurlijk ‘nee, nee, nee nee, dat wil ik niet.’ Maar eigenlijk kan men ook vertrekken vanuit het idee: hier in deze voorziening is het zo dat wij vanaf het begin met allemaal aan tafel zitten. Wie wil jij dat wij uitnodigen aan die tafel? Dat is een heel andere vraag.”*

Het ontbreken van contextuele betrokkenheid leidt niet enkel tot onbegrip, maar vergroot ook de angst en het gevoel van machteloosheid bij naasten. Een jonge man vertelde in die zin het volgende over de opname bij zijn eerste psychose: *“Bij mij hebben mijn ouders dat heel hard gemist dat ze daar totaal niet bij betrokken werden. Die zaten zelf met heel veel vragen, dat was ook voor hen iets nieuws: ‘wat is dat iemand die een psychose doormaakt?’ Zij werden helemaal niet betrokken, kregen geen informatie en begonnen daar dan zelf constructies rond*



te maken, gebaseerd op de paar dingetjes die ze daar over gehoord hadden, wat bij hen eigenlijk voor veel angst zorgde.”

Zonder informatie over wat psychoses precies teweeg brengen in de belevingswereld van een patiënt, tasten naasten vaak in het duister. Dat maakt het voor hen ook moeilijk om te zoeken naar een goede omgangsstijl. Een vader getuigde: *“Ik had meer informatie gewild in ’t begin. Geen algemene informatie over psychose, maar vooral gericht over de toestand van onze zoon. Sommigen zijn gewelddadig, maar onze zoon was katatonisch, dus dat was iets helemaal iets anders. Hoe moet je daar in godsnaam mee omgaan? En al is het maar dat ze zeggen ‘we weten het niet,’ maar gewoon het feit dat dat gesprek daar is.”*

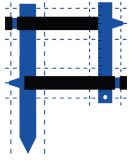
Een ervaringsdeskundige, die zelf ook psycholoog is, benadrukte ook het belang van open communicatie over psychose. Net door zorg te geven aan de familie, kan de patiënt tijdens een begeleidingstraject een stukje ontlast worden: *“Er zou ook moeten een vorm van onthaal geboden worden voor de naaste familie of andere betrokkenen, die dan een beetje uitleg krijgen en gerustgesteld worden. Mijn ouders bijvoorbeeld, die wisten eigenlijk niet wat er aan de hand was en die stelden mij heel veel vragen, wat toch veel druk op mij legde.”*

In de steek gelaten door systeemfalen

Familieleden rapporteerden vaak dat ze zich in de steek gelaten voelden door het zorgsysteem. Ze botsten op gesplitste verantwoordelijkheden tussen zorgregio’s en andere administratieve hindernissen, werden geconfronteerd met situaties waarin niemand bereid was verantwoordelijkheid op te nemen, of werden niet als partner in de zorg betrokken—en soms zelfs volledig buitengesloten.

Een moeder vertelde: *“Toen mijn zoon terug alleen woonde na een eerdere opname, ontspoorde het op een gegeven moment en was het duidelijk dat er terug een opname nodig was. Buren klaagden van geluidsoverlast, maar durfden de politie niet bellen en belden naar ons als ouders, wij belden naar de politie, maar die vond het niet erg genoeg om zelf in te grijpen. Dan heb ik allerlei instanties proberen contacteren: het mobiel crisisteam, maar die konden niet komen want hij woonde net buiten hun zorgregio; het kon via het vredegerecht, maar dan wordt er een afspraak gemaakt en ik dacht als mijn zoon nu een brief krijgt dat de vrederechter komt kijken naar zijn situatie, dan gaat hij zeker lopen; de huisarts wou ook het initiatief niet nemen, hij zei ‘het beetje vertrouwen dat ik nog heb, ga ik anders ook schenden.’ Ik heb heel die week rondgebeld en dan uiteindelijk zelf de opname in gang moeten steken.”*

Een moeder wiens studerende dochter na een psychose kort in crisisopname was, bevestigde deze lastige zoektocht: *“Na de opname was er een gesprek bij de psychiater, die haar zegt dat ze wat hem betreft terug op kot kan. Ik vond dat geen goed idee, ze was net antipsychotica opgestart, en ik had daarna verschrikkelijke discussies met mijn dochter, maar ja, de psychiater heeft wel gezegd dat ze op kot mag, dus ze gaat op kot. Ik krijg daarna signalen van iemand*



die met mijn dochter op kot zat dat het echt niet goed gaat met haar. Op het volgende overleg met de psychiater heb ik gezegd 'kijk, als ik er in crisis moet staan, dan heb ik ook een stem,' en hebben we samen een plan gemaakt over hoe ze geleidelijk terug op kot kan, afhankelijk van hoe het loopt met de medicatie en met de slaap. Maar ik voelde me gedwongen in de rol van politieagent en in de steek gelaten door iedereen. Je kunt je niet voorstellen hoe verschrikkelijk eenzaam dat is."

De psychische crisis van een naaste is vaak onvoorspelbaar en ingrijpend. Als er geen enkele begeleiding is voor de betrokken familieleden, duiken gevoelens van angst en onmacht op die herstel tegengaan.

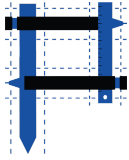
Flexibel omgaan met het beroepsgeheim

Het beroepsgeheim kwam tijdens de focusgroep gesprekken geregeld aan bod. Het beroepsgeheim is in eerste instantie bedoeld om de privacy van de patiënt te beschermen, maar wordt volgens velen vaak te rigide toegepast. Op die manier vormt het een barrière voor goede samenwerking met de context, terwijl contextfiguren er vaak niet op uit zijn om medische details of gevoelige informatie te verkrijgen over hun opgenomen kind, partner, of ouder. Ze willen gehoord worden en een aanspreekpunt hebben waar ze met hun zorgen terecht kunnen.

Familieleden die na de opname, of als de opgenomen patiënt op weekend gaat tijdens de opname, minstens deels instaan voor de verdere opvolging van de zorg, zouden als volwaardig gesprekspartner beschouwd moeten worden als het gaat over de organisatie van de zorg. Echter kwamen er vele voorbeelden van hoe dit niet het geval is, waarbij men vaak schermt met het beroepsgeheim.

Een vrouw wiens echtgenoot net voor de bevalling van hun tweede kind opgenomen was omwille van een psychose, vertelde: *"Ik was hoogzwanger toen mijn man opgenomen werd en ik wou een aantal praktische regelingen treffen en daarom met de dokter spreken. Dat mocht niet, 'beroepsgeheim,' zei men. Ik moest er dus eerst bij mijn man op aandringen dat hij eraan moest denken om expliciet te vragen of ik met de dokter mocht spreken. Toen ik dan eindelijk een afspraak mocht maken met de psychiater was er geen psychiater aanwezig op de afdeling. Dan is er een stagiaire naar mij gekomen die zelf niet goed wist wat ze wel of niet mocht zeggen, maar ze heeft mij wel beluisterd en kon mij wat geruststellen."*

Een moeder van een adolescente dochter die met een psychose opgenomen was op een crisisafdeling, botste evenzeer op dit soort barrière: *"Ik vroeg aan de psychiater of ik een gesprek mocht hebben op de crisisafdeling, en dan zei die psychiater 'nee, dat is beroepsgeheim en uw dochter zit aan het stuur.' Maar aan mijn dochter werd niet gevraagd of ze er graag iemand bij wou hebben, ze moest dat maar zelf bedenken, maar iemand in een crisis denkt daar niet altijd aan. En als ik dan aan mijn dochter moet zeggen, 'zeg, je moet*



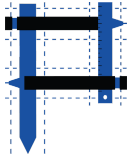
vragen of ik erbij mag zijn,’ dan zit ik weer aan het stuur en word ik in de rol van overbezorgde, controlerende moeder geduwd.”

Een psycholoog die op een psychiatrische afdeling voor psychose werkt, merkte daarom op dat het noodzakelijk is om flexibel met het beroepsgeheim om te gaan. *“Je kunt altijd luisteren. Je kan ook altijd met de familie spreken, je hoeft daarom niets over je patiënt te vertellen, je kunt altijd in het algemeen spreken, je kunt uitleg geven over hoe de afdeling werkt, wat we proberen te bereiken, daarmee zeg je niets over die persoon maar wel over het soort zorg dat je biedt. Dat stelt mensen vaak al gerust. In veel gevallen, als mensen naar huis gaan, spelen hun ouders vaak terug een grote rol, dus je kunt ook niet zomaar zeggen dat die van niets mogen weten, dat is gewoon niet fair. Die mensen moeten ook mee dat verhaal schrijven.”*

Zonder zich achter het beroepsgeheim te verschuilen, kunnen hulpverleners wel degelijk in gesprek gaan met familieleden en daarbij gerichte informatie delen. Een vader van een jonge man die meermaals opgenomen was omwille van een psychose, gaf zijn ervaring: *“Het wordt steeds benoemd door hulpverleners, dat ze niks mogen zeggen. Eigenlijk is het veel verstandiger als hulpverlener om het niet over ‘beroepsgeheim’ te hebben. We weten dat wel. De laatste psychiater van mijn zoon heeft het daar nooit over gehad, maar ik ben er ook van overtuigd dat hij ook niet alles aan mij verteld heeft. En dat hoeft ook niet.”*

Een al te rigide interpretatie van het beroepsgeheim leidt tot schrijnende situaties. Zo vertelde een vader over de eerste opname van zijn zoon het volgende: *“Een paar dagen voor onze zoon 18 jaar werd, is hij opgenomen geweest. Bij een van onze eerste bezoeken, hij was er nog maar 5 dagen, lag er op zijn kamer een document waarin stond dat hij toestemming geeft om een ECT-behandeling te krijgen. Wij hadden nog geen hulpverlener gesproken, geen psychiater gezien, niets, en het heeft drie maanden geduurd vooraleer wij de psychiater konden spreken en daar wat uitleg over kregen. Dat was onze eerste kennismaking met de psychiatrie. Wij waren in paniek, en voelden ons daar als ouder heel eenzaam in, wij werden er volledig buiten gehouden.”*

Een andere vader gaf volgend voorbeeld: *“Onze zoon viel stil, was catatonisch, praatte niet, kon zich niet activeren. Hij was opgenomen en in behandeling bij een psychiater die zei, ‘sorry maar ik mag u eigenlijk niks zeggen,’ hij was volwassen en dus beroepsgeheim. Dat was dramatisch, wij waren compleet van de kaart, waren zelf bang, wisten niet hoe we met hem moesten omgaan. Gelukkig had hij daarna een andere psychiater, die ons meteen zei ‘ik ga vragen aan uw zoon of ik toestemming krijg van hem om u te mogen vertellen hoe het met hem gaat in de instelling.’ Die heeft dat gevraagd en dat uiteindelijk ook bekomen van hem, en dan zijn we maandelijks bij de psychiater op gesprek mogen gaan.”*



Wantrouwen tegenover context als obstakel voor samenwerking

Naast het ontbreken van betrokkenheid of het zich verschuilen achter beroepsgeheim, ervaren sommige familieleden ook een diepgaande vorm van wantrouwen vanuit hulpverleners. Zij voelen zich bekeken als een risicofactor of als deel van het probleem, eerder dan als een mogelijke hulpbron.

Een moeder vertelde: *“Soms had ik het gevoel dat ik zelf de schuld kreeg. Na een heel rustige namiddag met mijn zoon bijvoorbeeld, kwam ik hem terugbrengen naar de afdeling, maar in de auto is hij psychotisch geworden. De verpleegster vroeg me: ‘Wat heb jij met hem gedaan?’”*

Een vrouw wiens echtgenoot met een psychose opgenomen geweest is, voegde eraan toe: *“Ik snap wel dat er soms wantrouwen is naar de familie, want je weet ook niet altijd welke rol die precies gespeeld heeft. Maar als er niet geluisterd wordt, dan kunnen ze het zelfs niet inschatten. In bepaalde fases, zelfs als het goed gaat, bijvoorbeeld als er medicatie afgebouwd wordt, is het toch een goed idee aan de patiënt te vragen om iemand van de familie te mogen betrekken om dat mee op te volgen. Zodat die kan melden ‘ik ben precies een beetje ongerust, want ik merk dat hij slecht slaapt, wanneer moet ik iets doen.’ Maar de vraag moet precies altijd van de patiënt zelf komen, anders gaat men daar niet op in. Dat vind ik jammer, want soms had escalatie vermeden kunnen worden als er naar alle partijen gewoon geluisterd werd. Dat moet niet per se familie zijn, dat kan ook gewoon een vriend zijn, maar iedereen buitenhouden vind ik een gemiste kans voor iedereen.”*

Een moeder vertelde over het gevoel dat er op een afdeling weinig respectvol met haar omgegaan werd: *“Ik heb ooit meegemaakt dat ik voor een glazen deur van een gesloten afdeling stond. Aangebeld. Iedereen kon mij zien staan. Ik heb 20 minuten gewacht, want ik begrijp dat men druk bezig is, maar uiteindelijk heb ik getelefoneerd naar de afdeling en gevraagd of ze mij alstublieft willen binnenlaten. Of een andere keer vroegen ze, zonder aanleiding, om in mijn handtas te kijken, dat ik toch zeker niets had binnengesmokkeld.”*

Een vader getuigde over de opname van zijn dochter: *“Ik werd als vader niet uitgenodigd om op gesprek te komen en ik kreeg geen antwoord op mijn vragen over hoe het met mijn dochter ging. Wel de betuttelende suggestie dat ik zelf ook maar hulp moest zoeken.”*

Dit soort interacties kwetst familieleden, waardoor ze het net moeilijker krijgen om een steunende rol op te nemen in het herstelproces.



8. Betrek ervaringsdeskundigen

Patiënten en hun naasten voelen zich vaak eenzaam in hun zoektocht naar herstel. Zonder positieve rolmodellen is het moeilijk om een hoopvol toekomstperspectief op te bouwen. Daarom is het belangrijk om ervaringsdeskundigen te betrekken bij de zorg, zowel personen met psychosegevoeligheid als naasten, zoals familie.

Door ervaringsdeskundigen op te nemen in alle lagen van de geestelijke gezondheidszorg en hen de taak te geven het perspectief van patiënten en familie te helpen verwoorden, kan de zorg sterker persoons- en contextgericht worden georganiseerd. De aanwezigheid van ervaringsdeskundigen heeft niet alleen effect op patiënten, maar ook op hulpverleners en het team. Het beïnvloedt de manier waarop gesproken wordt over patiënten en vermindert de wij-zij-tegenstelling tussen zorgverleners en zorggebruikers.

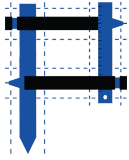
Ervaringsdeskundigen als brug tussen patiënt en hulpverlener

Voor veel voormalige patiënten vormt het werken als ervaringsdeskundige niet alleen een zinvolle stap binnen hun eigen herstelproces, maar ook een manier om een verschil te maken in de zorg voor anderen. Door hun unieke perspectief brengen zij ervaringen binnen die vaak onzichtbaar blijven in traditionele zorgpraktijken. Ze geven stem aan wat patiënten meemaken, wat anders vaak verloren gaat in de professionele vertaalslag van hulpverleners.

Een ervaringswerker uit een psychiatrisch ziekenhuis vertelt hoe zijn rol hem in staat stelde om met gezag te spreken over de dagdagelijkse omgang met patiënten: *“Ik kon vanuit mijn functie als ervaringswerker in dialoog gaan met de hoofddokter van het ziekenhuis waar ik nu ervaringswerk doe, en die was oprecht verbaasd toen ik in detail vertelde hoe zijn personeel mij had behandeld in mijn psychose.”*

Door ervaringsperspectieven in te brengen kunnen zorgpraktijken kritisch doorgelicht worden en contraproductieve gewoontes aangepakt worden. Een andere ervaringsdeskundige benoemt hoe onevenwichtig het zorgdiscours momenteel nog is: *“Ik denk dat het nodig is dat hulpverleners onze verhalen te horen krijgen, bijvoorbeeld over fixatie en de traumatiserende effecten ervan. Het gesprek over de hulpverlening is eigenlijk helemaal vertekend: er zijn zoveel meer patiënten dan hulpverleners, en toch hoor je vooral de stem van de hulpverlening. Als we in dat discours meer de stem van mensen met ervaring kunnen binnenbrengen, als evenwaardige, zo niet belangrijkere stem, dan kan dat gesprek ook veranderen.”*

Ook hulpverleners bevestigen dat deze verhalen hun kijk op zorg verdiepen. Een wijkwerker merkte op: *“Wat er mij enorm gevormd heeft is het lezen van herstelverhalen en daar in eerste instantie als hulpverlener te moeten aanhoren welke extra trauma’s mensen soms oplopen tijdens hun opname.”*



Hoop, herkenning en herstel

De inzet van ervaringsdeskundigen werkt ook helend voor andere patiënten. Hun aanwezigheid biedt hoop, normaliseert psychische kwetsbaarheid en laat zien dat herstel mogelijk is, zelfs na zware opnames.

Een psycholoog van een afdeling voor psychose getuigt over de waarde van blijvend contact: *“Veel mensen komen nog eens terug na hun opname op onze afdeling, die komen eens mee eten, of in de rookkamer zitten, of doen nog mee met onze voetbalploeg. Dat zorgt er niet alleen voor dat de drempel lager is als er een nieuwe opname nodig is, maar dat geeft ook hoop aan de opgenomen patiënten. Dat is eigenlijk nu de positie van de ervaringsdeskundigen. Het feit dat iemand die daar opgenomen geweest is vijf jaar later nog altijd langskomt en iets kan vertellen over hoe het thuis is, wat hij gedaan heeft, en waarvan je weet, die is hier ook geweest, dat geeft hoop.”*

Een ervaringswerker onderstreept hierbij het belang van herkenning en verbondenheid: *“Volgens mij is het heel belangrijk om ervaringswerkers in het ziekenhuis mee te laten draaien. Het gaat hem daarbij vooral om de herkenbaarheid en het lotgenotencontact. Mensen herkennen zaken van elkaar, kunnen uitwisselen hoe ze met bepaalde zaken omgegaan zijn, en kunnen oplossingen aandragen, maar vooral de herkenning is belangrijk. Dat geeft het gevoel er niet alleen mee te zitten, en samen iets te kunnen dragen.”* Precies omdat ze luisteren vanuit een positie als lotgenoot is de inbreng van ervaringsdeskundigen in de zorg complementair met die van andere zorgverleners.

Houding van nabijheid en wederkerigheid

Ervaringswerkers positioneren zich anders in de relatie met patiënten. Hun eigen ervaringen maken dat ze veel sneller als gelijke naast de ander gaan staan. Deze houding van nabijheid en wederkerigheid maakt wezenlijk verschil in hoe patiënten zich benaderd voelen.

Een man die als ervaringswerker werkt in een psychiatrisch ziekenhuis en zei hierover het volgende: *“Ik sta nu al drie jaar als ervaringsdeskundige ook op de intensieve zorg, en ik heb vaak kunnen vermijden dat er bij iemand een spuit moest gezet worden, gewoon door naar die persoon toe te gaan, mij er een kwartier, twintig minuten bij te zetten en met hem te babbelen. Als ik dan iemand hoor zeggen, ‘Ja ja, ik had die al lang een spuit gezet,’ dat is voor mij pijnlijk om te horen.”*

Voor sommigen betekent het ook een bevrijding van het professionele keurslijf, zoals blijkt uit deze getuigenis van een psycholoog die na een psychose als ervaringsdeskundige aan de slag is: *“Voor mij was het op een bepaald moment een verlossing dat ik dat professioneel masker kon afwerpen toen ik als ervaringswerker begon te werken, en dat ik gewóón kon doen tegen iedereen, en dat ik niet meer moest zeggen ‘ik ben hier de psycholoog.’ En dat vond ik wel belangrijk, gewoon bij de mensen kunnen zijn.”*



Ook leidinggevend en erkennen dat kwetsbaarheid inbrengen niet exclusief is voor ervaringsdeskundigen, maar vaak ook bij hulpverleners aanwezig is: *“Heel wat hulpverleners hebben zelf ergens wel een connectie met het cliëntenperspectief of zijn naastbetrokkenen. Dus het gaat niet enkel om het aanwerven van ervaringswerkers, maar ook om het erkennen en benoemen van de eigen ervaring en de eigen kwetsbaarheid. Ik denk dat het ook wel interessant zou kunnen zijn om medewerkers een opleiding ervaringswerker te laten volgen, om net dat ook mee binnen te brengen in het verhaal.”*

Een spiegel voor het zorgteam

Ervaringsdeskundigen confronteren hulpverleners met blinde vlekken en stellen het menselijk perspectief weer centraal. Ze fungeren als een spiegel voor het team en roepen op tot zelfreflectie binnen de zorgorganisatie.

Ervaringsdeskundigen brengen inzichten binnen die teams uitdagen en verrijken. Een maatschappelijk werker in een mobiel team merkt op: *“Als ervaringsdeskundigen echt een mandaat krijgen en in de teams zitten en hun mening mogen geven, dat maakt echt een verschil. Die mensen hebben meer connectie met hun eigen kwetsbaarheid, brengen het cliëntenperspectief binnen, bevragen onze evidenties, doorzien soms mechanismes waar wij als hulpverlener geen oog voor hebben.”*

Een psychologe stelde het scherp: *“Gewoon zonder agenda naast iemand zitten in het alledaagse gebeuren, dat lijkt mij nog het meest herstel bevorderende wat dat we kunnen doen als hulpverlener. We hebben er soms geen tijd voor, omdat er allerlei zaken zijn waaraan moet voldaan worden: administratieve zaken, vergaderingen... Een ervaringsdeskundige die nu sinds een aantal maanden bij ons werkt, confronteert mij daar voor een stuk mee. Hij zit elke dag tussen de mensen en hij vertelde mij zaken over patiënten die ik nog nooit heb gehoord en die ons soms ook als team toelaten om anders te kijken naar patiënten. En dan denk ik, hoe is dat nu mogelijk dat ik in mijn functie als psycholoog, als degene die toch in dialoog zou moeten gaan, dat allemaal mis. En dan denk ik, ja, dat houdt ons toch een spiegel voor over waar we mee bezig zijn.”*

Een andere psychologe op een crisisafdeling beschreef hoe de aanwezigheid van ervaringsdeskundigen het team verandert: *“Ik vind wel dat de aanwezigheid van een ervaringsdeskundige in een team sowieso het spreken van een team een stuk verandert in positieve zin. Er is een minder sterke focus op de diagnose, we voelen ons meer deelgenoot, de afstand en de wij-zij tegenstelling tussen team en patiënt vermindert. Dat vind ik wel een groot verschil.”*

Ook op andere terreinen, zoals artistieke projecten, blijkt de impact van samenwerking met ervaringsdeskundigen groot: *“Voor mij is het werken met ervaringsdeskundigen echt wel essentieel voor een herstelondersteunende zorg. Door in het project met onze deelnemers*



samen te werken is mijn taalgebruik enorm veranderd, mijn taal is veel rijker geworden. Als ik over het project praat vind ik dat ook het interessantste om dat te doen als er iemand van de deelnemers bij is, omdat ik dan andere woorden ga gebruiken. Waar ik initieel geneigd was om het opzet van het project vanuit een abstract idee over wat we willen bereiken te formuleren, beschrijf ik het nu veel gelaagder en gevoeliger.”

Als ervaringsdeskundigen een mandaat krijgen, beweegt er iets

Hoewel de aanwezigheid van ervaringsdeskundigen vaak gepropageerd wordt, ervaren velen dat deze rol niet altijd ernstig wordt genomen. Soms is er ergens wel een ervaringsdeskundige aanwezig, maar heeft die weinig inspraak of is de zorg nog steeds vooral op een hiërarchische manier georganiseerd.

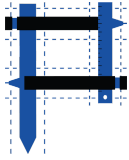
Een verpleegkundige maakte de bedenking: *“Tegenwoordig moet in elke werkgroep een ervaringsdeskundige zitten, en dan werken we zeggezd herstelgericht. Maar niet elke ervaringsdeskundige heeft over elk onderwerp iets te zeggen. Ook ik niet. Maar dan wordt het weer zo uitgehold tot iets om af te vinken.”*

Een ervaringsdeskundige deelde zijn frustratie: *“Ik ben verantwoordelijk voor de cliëntenraden. Om de twee weken zitten wij samen met de patiënten om na te denken over wat er moet veranderen op de afdeling, wat loopt er slecht, wat loopt er goed. Daar moeten we dan een verslag van maken en één keer per maand mogen we dat brengen. Soms wordt daar iets mee gedaan, soms is dat pas na zes maanden. Dat is eigenlijk een klucht.”*

Een vader die actief is in een vereniging voor familieleden en naasten van mensen met een psychische kwetsbaarheid bemerkte dat er nog te vaak sprake is van schijnparticipatie: *“In feite verandert er toch bitter weinig sinds de vermaatschappelijking van de zorg. Als netwerkvertegenwoordiger evalueerde ik mee een aantal projectvoorstellen in verband met psychiatrische zorg en in de helft van de projecten kwam nog geen familie, naaste of ervaringsdeskundige voor. Dus die reflex is er nog altijd niet. Terwijl ervaringsdeskundigen volgens mij een heel belangrijke rol spelen in het kader van herstel.”*

Een maatschappelijk werker die in een mobiel team werkt merkte tevens op: *“Ziekenhuizen hebben zo soms een fotootje van een ervaringsdeskundige en laten het daarbij. Iedereen spreekt erover, maar weinigen doen echt iets ermee. Terwijl, de paar keren dat ik in mijn carrière meegemaakt heb dat ervaringsdeskundigen echt mandaat kregen en betrokken werden in de zorg, dat echt een meerwaarde was.”*

Met het oog op de toekomst is het belangrijk om de inbreng van ervaringsdeskundigen structureel te verankeren in de geestelijke gezondheidszorg, zodat hun perspectief daadwerkelijk wordt meegenomen in het verbeteren van de zorgkwaliteit.



Een gelaagd thema

Niet iedereen is overtuigd van de manier waarop de term ‘ervaringsdeskundige’ momenteel wordt ingevuld. Verschillende hulpverleners stellen kritische vragen over de grenzen en inhoud van deze rol.

Een psychologe van een crisisafdeling zei: *“Tja, ervaringsdeskundige, we zijn op een manier wel allemaal ervaringsdeskundigen, maar wie mag zich dan ervaringsdeskundige noemen? Diegene die een opleiding heeft gehad of diegene die ooit een keer een opname heeft gehad? Hoe lang blijf je ervaringsdeskundige? Door de titel ervaringsdeskundige blijf je toch ook mensen die identiteit geven alsof dat zij zo anders zijn of zo. Dat wringt ergens.”*

Een verpleegkundige, wees op het risico van nieuwe uitsluiting: *“De notie van ervaringsdeskundigheid creëert opnieuw een hiërarchie onder patiënten. Ik ken voorbeelden van patiënten die echt ervaringsdeskundig waren, maar die dan niet voldeden om als ervaringsdeskundige te mogen werken. Wij laten die dan bij ons op de afdeling wel komen, en die spreken dan niet vanuit hun ervaring en kennis over de ziekte, maar die mogen bij ons dan een kunstatelier uitbouwen. Om als ervaringsdeskundigen te mogen werken moeten ze ook een opleiding volgen en dan gebruiken mensen daarna soms een hulpverleningstaal en is heel de authenticiteit weg. Ik vind het goed dat er ervaringsdeskundigen zijn, dat die een positie innemen en een stem krijgen en daar nog voor betaald worden, maar ik heb bedenkingen bij hoe het dan georganiseerd wordt. Patiëntenparticipatie vertrekt bij ons van de vraag: Wat wil jij doen? Wat kun je? Wat vind je leuk om te doen? En dan doen we daar iets mee. Maar het gaat niet om het idee ‘ik ben eerst ziek en vanuit mijn ziek zijn mag ik eindelijk iets zeggen.’”*

Ervaringsdeskundigen wezen tijdens de focusgroep gesprekken zelf op het feit dat zij lang niet altijd als volwaardige collega’s worden gezien. Samenwerking met professionals blijft soms beperkt, en hun inbreng wordt niet altijd als gelijkwaardig erkend.

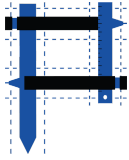
Een ervaringsdeskundige vertelde zo over zijn werk in een psychiatrisch ziekenhuis: *“Als ervaringsdeskundige heb je niet altijd veel overleg met de professionals. Dat vind ik wel een groot gemis, dat je als ervaringswerker niet mee kunt samenwerken aan de dagelijkse routine die er is, of aan de noden of vragen die een cliënt heeft. Ik loop daar wel rond als ervaringsdeskundige, maar ik heb soms de indruk dat we niet altijd mee worden opgenomen in het zorgprogramma en dat er toch meer overleg zou moeten zijn met de ervaringsdeskundigen.”*

Een andere ervaringsdeskundige voegde daaraan toe: *“Ik was eens op een denkdag over de rol van ervaringsdeskundigen. Er waren hulpverleners en ervaringsdeskundigen uitgenodigd. De ervaringsdeskundigen mochten in een lokaal gaan nadenken en de hulpverleners in een ander lokaal. Schrijnend eigenlijk.”*



Betrek ervaringsdeskundigen

Deze voorbeelden laten zien dat een volwaardige plek voor ervaringskennis niet alleen aanwezigheid vraagt, maar ook daadwerkelijke inspraak en erkenning van het belang van het geleefde verhaal.



9. Organiseer zorg in samenspraak

De organisatie van zorg is traditioneel sterk top-down gericht, waarbij professionals bepalen wat er moet gebeuren. Dit heeft als nadeel dat interventies niet altijd goed aansluiten bij iemands ondersteuningsnoden en soms weinig draagvlak hebben bij de patiënt en diens omgeving.

Daarom is het beter om zorg in samenspraak te organiseren, met de patiënt en steunfiguren uit diens context als gelijkwaardige dialoogpartners in het beslissingsproces. Het streefdoel is om vanuit gedeelde verantwoordelijkheid tot een gedragen visie te komen.

In de praktijk kan dit leiden tot tegengestelde meningen, bijvoorbeeld bij medicatiewijzigingen, vrijheidsbeperkingen of diagnosestellingen. Juist dan is het belangrijk om de argumenten van alle betrokkenen zorgvuldig af te wegen, onzekere factoren in rekening te brengen en transparant beslissingen te nemen.

De kracht van samenspraak

Goede zorg vertrekt vanuit samenspraak, waarbij alle betrokken partijen vanuit eigen inzicht en deskundigheid, met een gedeelde verantwoordelijkheid zoeken naar de juiste aanpak. Het ultieme antwoord voor de oplossing van complexe psychische problemen is vaak ongekend en precies daarom is het samen zoeken essentieel: *“Wij weten het niet, artsen weten het niet. Niemand weet het, het is een zoektocht. En daarom moeten we samen zoeken,”* aldus een moeder van een zoon die reeds vele psychotische episodes heeft doorstaan.

Tijdens de focusgroepen kwamen verschillende situaties aan bod waarin een gedeelde aanpak op een positieve manier werd toegepast. Deze voorbeelden illustreren hoe erkenning van de input van de patiënt het vertrouwen en het gevoel van autonomie kan versterken.

Een ervaringsdeskundige deelde een moment dat voor haar bijzonder veel betekende: *“Na mijn eerste psychose, heb ik gezegd dat ik de indruk had iets beter te worden. De psychiater heeft toen gezegd dat ik eigenlijk wel goed genoeg was om zonder medicatie te kunnen. Hij stelde een onderhoudsdosis voor, maar het feit dat ik dat kon benoemen en dat dat serieus werd genomen, heeft een enorm positieve impact op mij gehad.”* Deze erkenning, zowel van haar ervaring als van haar oordeel, versterkte het gevoel dat ze een volwaardige gesprekspartner was in haar eigen herstelproces.

Ook binnen het zorgteam kunnen veranderingen in attitude en aanpak bijdragen aan meer gelijkwaardige besluitvorming. Een verpleegkundige illustreerde hoe het team leerde om ruimte te maken voor de inbreng van de patiënt: *“Een patiënt vroeg of ze eens alleen naar buiten mocht. Vroeger zouden we dat als team meteen afkeuren, we nemen de rol in van*



expert en verbieden dat. Nu zijn we omgeschakeld naar vertrouwen geven aan patiënten. We vragen dan hoe zij dat bijvoorbeeld zelf ziet. Op die manier geven we kansen en vertrouwen, en dat werkt. Samen beslissen helpt.”

Deze evolutie toont hoe zorgverleners hun rol kunnen herdenken, door niet enkel beslissingen te nemen vóór de patiënt, maar samen mét de patiënt.

Tussen verantwoordelijkheid nemen en verantwoordelijkheid afschuiven

Toch blijft het organiseren van zorg in samenspraak een complexe uitdaging. In de praktijk zien we dat de balans vaak zoek is. Enerzijds worden beslissingen nog te vaak eenzijdig genomen door hulpverleners, onvoldoende afgestemd op de wensen en noden van de persoon in kwestie.

Een ouder van een jongeman die onder gedwongen statuut opgenomen werd, heeft meegemaakt dat haar zoon vroeger naar huis is gestuurd, zonder zij daarvan op de hoogte werd gebracht: *“Ze zeiden dat hij niet meewerkt, dus hij is onder gedwongen statuut vroeger naar huis gestuurd. Dan vraag je je als ouder af: wat met medicatie, begeleiding? Hij heeft geen psycholoog of psychiater, want hij wil niet. En dan sta je daar, en dat is iets dat niet kan.”*

Anderzijds is er ook een risico dat zorgverleners zich terugtrekken en de verantwoordelijkheid volledig bij de patiënt of diens naasten leggen, waardoor een gedeelde aanpak uitblijft.

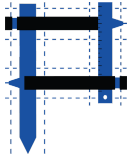
Een moeder getuigde over het volledig loslaten van verantwoordelijkheid door hulpverleners: *“Het is eigenlijk niet juist wat wij allemaal moeten doen. Ik vind dat wij als familie niet moeten beslissen over gedwongen opname. Wij als familie breken daarmee een band die moeilijk te herstellen is. Je moet uit liefde beslissen over een opname, maar eigenlijk moet dat in samenspraak gebeuren. Ik ervaar dat hulpverleners dat altijd afschuiven.”*

Dit fragment benadrukt hoe een gebrek aan gedeelde verantwoordelijkheid niet alleen kwaliteitsvolle zorg in de weg staat, maar ook de relatie tussen familie, patiënt en hulpverlening kan ondermijnen.

Samenspraak vergt engagement van alle betrokkenen

Zorg in samenspraak vereist betrokkenheid van alle partijen. Niet alleen hulpverleners moeten bereid zijn om hun rol als ‘expert’ te relativiseren, ook patiënten en hun omgeving moeten het idee loslaten dat hulpverleners alle antwoorden hebben.

Een verpleegkundige bracht dit mooi onder woorden: *“Niet alleen wij als hulpverlener, maar ook patiënten moeten toestaan dat zorg in samenspraak gebeurt. Wij denken soms te veel dat we expert zijn en het allemaal weten, maar patiënten steken ons ook soms in die rol, dat wij*



het wel allemaal zullen oplossen. We moeten elk de verantwoordelijkheid dragen, en dat moet langs alle kanten zo gezien worden.”

Dit citaat maakt duidelijk dat samenspraak geen eenrichtingsverkeer is, maar berust op gedeeld vertrouwen en openheid.

Botsende perspectieven binnen het team

De uitdagingen rond gedeelde besluitvorming beperken zich niet tot de interactie met de patiënt. Ook binnen teams is het soms moeilijk om tot consensus te komen. Verschillende visies, ervaringen of verantwoordelijkheden kunnen leiden tot spanningen of besluiteloosheid.

Een verpleegkundige deelde een situatie waarin dit duidelijk werd: *“Een patiënt zit in afzondering en vraagt om naar zijn gewone kamer te mogen gaan. Het team vindt van niet: ‘Het loopt al iedere dag verkeerd hé?’ En je denkt als verpleegkundige: ‘Ik ga opkomen voor mijn patiënt die vraagt om een keer creatief bezig te zijn op zijn kamer.’ De arts gaat akkoord, maar de rest van het team zegt: ‘Nee, dat gaan we niet doen hé, dat is gisteren helemaal verkeerd gelopen hé? We gaan dat niet doen, want we willen niet weer dezelfde strijd als gisteren.’ Dus soms bots je ook wel met de visie van uw team of met de visie van de arts, met uw grens als hulpverlener enzovoort.”*

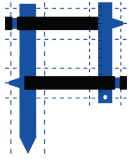
Dit voorbeeld laat zien hoe moeilijk het kan zijn om in een team een gedeeld standpunt te vinden, zeker wanneer meningen sterk uiteenlopen en verantwoordelijkheden verdeeld zijn. Toch is het constructief om bij het nemen van beslissingen actief te luisteren naar tegenspraak, deze te gebruiken om te zoeken naar nuance, en open te staan voor bijsturing.

Stilte tussen zorglijnen

Niet alleen binnen teams, maar ook tussen zorglijnen en disciplines is samenspraak vaak afwezig. Zeker in de overgang van ambulante naar residentiële zorg wordt communicatie soms verwaarloosd, wat leidt tot blinde vlekken in de zorgverlening. Goede zorg houdt in dat over diensten heen vlot informatie wordt doorgegeven.

Een ambulante psychiater verwoordde dit treffend: *“Soms zijn patiënten van mij opgenomen, maar ik word nooit opgebeld over iemand. En dan zeg ik regelmatig: ‘je mag mij altijd uitnodigen voor overleg,’ maar dat gebeurt bijna nooit. En ik zeg het dan uitdrukkelijk omdat ik weet dat ze denken dat de psychiater niet gaat komen naar het overleg.”*

Bij de onderlinge communicatie tussen hulpverleners moeten verschillende multidisciplinaire perspectieven vlot aan bod kunnen komen. Zeker professionals met wie er een duurzame band is, moeten betrokken worden. Informele machtsdynamieken kunnen dat in de weg staan. Een ervaringsdeskundige formuleerde dat als volgt: *“Maar toch ben ik er redelijk van*



overtuigd dat sommige hulpverleners hun stem niet volledig kunnen laten doorklinken omdat ze in een inferieure positie zitten ten opzichte van een psychiater of een andere, hiërarchisch hoger gerangschikt persoon. En nochtans is het heel belangrijk om iedereen, ook de hulpverleners, daarin een stem te geven.”

Deze citaten onderstrepen dat samenspraak meer vraagt dan goede wil; het vereist ook structurele gelijkwaardigheid en ruimte om ieders stem te laten doorklinken.

De pijn van gemiste communicatie

Deze getuigenissen maken duidelijk dat samenspraak alleen kan slagen als alle perspectieven—van patiënt, familie, én hulpverleners—mee betrokken worden in het zorgoverleg. Wanneer dat niet gebeurt, zijn de gevolgen voelbaar. Een schrijnend voorbeeld werd gedeeld door een moeder wiens zoon al verschillende keren residentieel was opgenomen: *“Op een bepaald moment kreeg mijn zoon een schimmel aan zijn voet en hij moest antibiotica nemen, maar het was niet compatibel met de medicatie die hij reeds nam. Hij kon niet meer eten, niet meer slikken en ik verstond hem nauwelijks. Dat heeft drie weken geduurd. De verpleegkundigen begrepen er niets van. De teamverantwoordelijke was met verlof, en toen ze terugkwam, bleek dat zij dat wist maar dat niet had gecommuniceerd aan het team. Dat was schrijnend. Die verpleegkundigen waren allemaal betrokken maar konden niets doen, omdat ze zelf niet op de hoogte waren. Dat is een pure hiërarchische organisatiekwesitie die helemaal anders moet.”*

De bovenstaande voorbeelden illustreren dat zorg in samenspraak organiseren geen vanzelfsprekendheid is. Het vraagt om structurele aanpassingen, een cultuur van open communicatie en het expliciet erkennen van ieders perspectief—patiënt, naaste én hulpverlener. Slechts wanneer alle partijen zich geëngageerd voelen en gehoord worden, ontstaat er ruimte voor gedeelde besluitvorming en duurzame ondersteuning.



10. De-escaleer bij crisis en werk verbindend

Tijdens een psychotische crisis voelt de realiteit voor direct betrokkenen veelal onveilig aan, wat kan leiden tot chaotisch en impulsief gedrag. Op zulke momenten is het cruciaal dat de omgeving de-escalerend reageert. Dit doe je door vriendelijk en rustig contact te maken, samen te zoeken naar wat veiligheid biedt, en aanwezig te blijven met een goede balans tussen afstand en nabijheid.

Bij psychosegevoelige personen met kans op terugkerende episodes is het zinvol om preventief een crisisplan op te stellen, zodat in geval van crisis duidelijk is wat te doen, wie te contacteren en ongewenste stappen in het zorgtraject vermeden kunnen worden.

Interventiediensten dienen hun inzet van macht en dwang tot een minimum te beperken en de directe omgeving te ondersteunen in het constructief omgaan met crisismomenten. Wanneer dat niet gebeurt, bestaat het risico dat professionele interventies onbedoeld een traumatiserende impact hebben, wat het herstelproces bemoeilijkt.

Indien moeilijke situaties toch escaleren, is het belangrijk om daarover in gesprek te gaan. Dat kan door debriefings in te richten met alle betrokkenen en samen kritisch te onderzoeken waarom het verkeerd liep en wat een betere aanpak zou kunnen zijn.

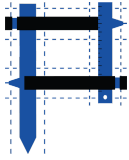
Een crisis is vaak een betekenisvol momenten

Crisissen zijn niet zomaar hinderlijke verstoringen van iemands gedrag—ze kunnen vaak bekeken worden als betekenisvolle momenten waarin cruciale worstelingen en ervaringen naar boven komen. Een psychologe getuigde: *“Het valt mij wel op dat tijdens een acute crisis heel veel verschijnt, dat achteraf niet meer aan de oppervlakte komt, en dat we dus volop moeten inzetten op de betekenis van een crisis. Natuurlijk, dat is geval per geval ook anders, maar ik herinner mij een man die af en toe bij ons in opname komt in crisis en dan verschijnt er iets heel betekenisvol, dat anders niet uitgesproken kan worden.”*

Deze uitspraak onderlijnt hoe belangrijk het is om aanwezig te blijven bij mensen in crisis, niet enkel om iemand rustig te maken, maar ook om te luisteren naar wat iemand dan tot uiting brengt.

Rustige nabijheid

Op momenten van crisis ervaren patiënten en familie het als heel behulpzaam wanneer professionals de rust bewaren, vertrouwen op een goede uitkomst uitstralen en rustig nabij zijn. De kracht van nabijheid toont zich vaak in kleine gebaren.



Verskillende ervaringsdeskundigen vertelden hoe simpelweg naast iemand zitten al een groot verschil kan maken—als mens, niet als functie. Dergelijke momenten blijven patiënten en hun naasten vaak jarenlang bij. Ze herinneren zich niet alleen de crisis, maar ook wie er toen écht nabij was.

Zo vertelde een man hoe een verpleegkundige hem begeleidde van het ene naar het andere ziekenhuis: *“Ik moest van het ene naar het andere ziekenhuis. Er was mij een verpleger uit het tweede ziekenhuis komen halen uit het eerste ziekenhuis en heel het traject naar het tweede ziekenhuis heeft die met mij gepraat en mij behandeld als een mens en gevraagd hoe ik heet en wat is er gebeurd. Het onthaal naar het tweede ziekenhuis was dus goed gestart. Dat was niet: we gaan patiënt X overbrengen naar ziekenhuis B, dat is gewoon een product die je verplaatst. Nee, het is een mens die weer moet wennen aan een nieuwe omgeving. Die ene verpleger maakte deel uit van de crisisafdeling in het tweede ziekenhuis en ik ben die nog altijd dankbaar.”*

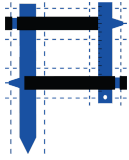
Ook familieleden getuigen over hoe nabijheid meteen rust brengt bij crisissen. Ze merken heel goed hoe zorgzame aanwezigheid een alternatief kan bieden voor ingrijpende maatregelen zoals isolatie of fixatie.

Zo vertelde een moeder over haar zoon, die in het buitenland werd opgenomen tijdens een acute psychose: *“Onze zoon werd psychotisch op het vliegtuig en hij kwam psychotisch toe in Zweden. Hij is dan uiteindelijk opgenomen in een gesloten afdeling in Zweden. Daar heeft men ’s nachts een hele nacht naast gezeten zodanig dat ze hem niet in isolatie hebben gestoken, maar ze hebben daar een hulpverlener naast gezet en die hebben een hele nacht over Zweden gepraat. Ze hadden hem kunnen vastbinden maar ze hebben dat op een andere manier gedaan, op een goede zorgende manier.”*

Aanwezig zijn op maat van de persoon

Nabijheid is geen vast recept—wat werkt, hangt af van wie iemand is en wat die persoon op dat moment nodig heeft. Professionals geven aan dat aanwezig zijn op vele manieren kan worden ingevuld, telkens afgestemd op de unieke situatie van de betrokkene. Soms betekent dat zelfs: meegaan naar de afzonderingskamer en daar blijven.

Een therapeut vertelde: *“Ik denk dat afzondering niet altijd moet betekenen dat je iemand, om het zo lelijk te zeggen, weg gaat steken in een kot of zo, maar dat je gewoon ook soms iemand uit een situatie kan halen. Dat kan ook bijvoorbeeld zijn dat je samen naar de afzonderingskamer gaat en dat je daar wel bij blijft zitten als hulpverlener. Dat is bijna altijd een vraag die wij stellen als we mensen afzonderen: ‘heb je graag dat wij nog even blijven?’ En verbazingwekkend zeggen patiënten soms van wel. En dan kun je daarbij aan bed gaan zitten. Ik denk dat dat al een heel ander perspectief is dan: ‘wij gaan u hier nu achterlaten, de deur toe en bekoel maar wat.’ Terwijl dat er evengoed patiënten zijn die zeggen: ‘nee, laat me*



maar even gerust,' en die dan wel ruimte vragen, maar ik denk dat het vooral belangrijk is om bij de patiënt te bevragen wat die zelf wil op dat moment."

Deze benadering maakt duidelijk dat het niet enkel gaat om fysiek aanwezig zijn, maar om afgestemde presentie—aandachtig afgestemd op wat iemand als helpend ervaart. Dat kan ook betekenen: iemand tijdelijk alleen laten, als dat beter helpt om rust te brengen. Het verkennen van die nood, samen met de persoon in crisis, vormt een essentieel onderdeel van herstelondersteunend werken.

Dat nabijheid ook op onverwachte manieren verbindend kan zijn, blijkt uit een volgende anekdote, waarbij diezelfde therapeut het volgende aangaf: *"Een paar weken geleden hadden wij iemand afgezonderd en dan vroeg ik of we nog iets kunnen doen, of er nog iets nodig was. Hij zei toen heel nors: 'Ja, ik wil een bord met frieten!' Wij hadden toevallig nog frieten in de diepvries, dan heb ik een bord met frieten gemaakt en dan hebben we die samen in de afzonderingskamer opgegeten. Dat is ongelooflijk verbindend dat je dat wel voor iemand kunt doen."*

Dit eenvoudige, menselijke gebaar laat zien hoe kleine handelingen soms grote betekenis kunnen hebben. Door te luisteren naar wat iemand op dat moment écht verlangt, kan er ruimte ontstaan voor contact, zelfs in een context van afzondering.

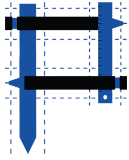
Respectvolle grenzen vanuit gelijkwaardigheid

Aanwezig zijn in crisissituaties vraagt eveneens dat men alert is voor gevaar en grenzen bewaakt—ook die de hulpverlener. Als het moeilijk wordt om present te blijven, of er twijfel is over wat nodig is om veiligheid te waarborgen, dan is het des te belangrijker om authentiek in contact te blijven. Gelijkwaardigheid en respect vormen daarbij het fundament.

Familie-ervaringsdeskundigen gaven hiervan indringende voorbeelden. Eén van hen vertelde: *"De tweede keer is onze zoon niet via de politie opgenomen geweest. Verplegers zijn daar rustig mee blijven praten en blijven uitleggen: 'Maar kijk, het is beter dat dat niet gedwongen gebeurt. Het is beter dat je meegaat. We gaan u goed kunnen verzorgen.' Na een half uur is hij meegegaan. Echt geduld, geduld hebben die gehad."*

Dit citaat laat zien hoe belangrijk het is om tijd en ruimte te maken voor vrijwilligheid. Door druk en dwang los te laten, ontstaat er ruimte voor vertrouwen en samenwerking—zelfs in moeilijke momenten.

Een andere ouder deelde een schrijnend contrast tussen twee opnames van haar zoon. Zij vertelde: *"Onze zoon wou geen medicatie nemen. In het eerste psychiatrisch ziekenhuis redeneerden ze: 'Oké, als jij dat niet wil, dan gaan wij met vier op u liggen en u een spuit geven. Daarna gaan we een vertrouwensband met u aangaan. Maar dat gaat niet lukken, dus gaan we zeggen dat je geen ziekte-inzicht hebt.' Dat is een puur machtsspel. In het tweede*



psychiatrisch ziekenhuis zeiden ze: 'We gaan proberen zonder medicatie, we gaan zien wat het geeft.' Dat is uiteindelijk wel af en toe gepaard gegaan met veel botsingen, maar ze zijn er altijd gebleven voor hem. Ze hebben soms hun grenzen moeten aangeven, ze zeiden hem dan: 'Dit is voor mij als hulpverlener te ver, als je terug beschikbaar bent om te spreken, dan kom je maar terug.' En hij is altijd teruggegaan, omdat grenzen werden gesteld vanuit respect en gelijkwaardigheid. De psychiater heeft ons dan ook eens gebeld, en hij zei: 'Ik weet het niet altijd meer hoor.' Dat zinnetje heeft mij enorm veel gedaan. Die mensen zitten soms ook met hun handen in het haar. Die twee ervaringen staan haaks op elkaar, en dat zou niet mogen."

Deze ervaringen maken duidelijk hoe groot het verschil is tussen machtsuitoefening en begrenzen vanuit een therapeutische relatie. Grenzen stellen hoeft niet te betekenen dat contact verbroken wordt—integendeel, het kan net een uitnodiging zijn tot verbinding, op het moment dat iemand daar klaar voor is. Door ook als hulpverlener zoekende onzekerheid te tonen, kan er ruimte ontstaan voor echte dialoog.

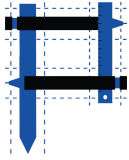
De schade van onmenselijke interventies

Deze voorbeelden van nabijheid en afgestemde zorg zijn helaas nog geen vanzelfsprekendheid. Veel getuigenissen wijzen erop dat crisissen vaak leiden tot snelle afzondering of fixatie, zonder uitleg, zonder contact, en zonder enige menselijke afstemming. Interventies die bedoeld zijn om veiligheid te creëren, monden dan uit in traumatiserende ervaringen met diepe onveiligheid en machteloosheid.

Te vaak missen hulpverleningspraktijken een de-escalerende benadering. Verschillende ervaringsdeskundigen getuigden over de blijvende sporen die escalerende interventies hebben nagelaten. Eén van hen vertelde: *"Ik was niet gefixeerd, maar wel afgezonderd en je had daar een belletje, maar ze reageerden nooit op dat belletje. Ik dacht: als er iets met mij is, dan komen ze zelfs niet. Ik werd echt volledig aan mijn lot overgelaten. Dat was heel traumatiserend."*

Een ander getuigde over langdurige isolatie tijdens de coronapandemie: *"Ik zat op een halfopen afdeling, de kamer was gesloten want het was in tijden van corona. Ik heb meer dan 24 uur niemand gezien op mijn kamer, zelfs niet om eten te brengen, om drinken te brengen. Ik heb niemand gezien en niemand gehoord."*

De onmacht en vernedering die gepaard kunnen gaan met isolatie werd ook treffend verwoord in de volgende getuigenis: *"Ik zat in de isoleercel, waarvan je weet dat je gefilmd wordt en dat er hulpverleners beschikbaar zijn. Maar ondanks dat ik daar heb liggen roepen dat ik moest plassen, is er niemand gekomen. Niemand kwam, ook al weet je dat je gefilmd wordt en je plast in je broek. Wat voor een behandeling is dat? Dat is geen fixatie meer, dat is vernedering."*



Wat deze ervaringen extra schrijnend maakt, is het idee dat mensen in crisis helemaal geen adequate inschatting van de probleemsituatie kunnen maken. Dat is een misvatting die de bejegening vaak nog killer maakt. Zoals een vrouw die reeds meerdere fixaties heeft meegemaakt, zei: *“Men gaat er precies van uit: die persoon is psychotisch, dus die merkt niks van isolatie en fixatie. Dat klopt dus niet. Wij voelen alles wat er te voelen valt.”*

Soms voelen mensen zich zelfs verplicht om hun gedrag aan te passen aan wat ze denken dat verwacht wordt, enkel om aan de situatie te ontsnappen. Dat kan leiden tot onechtheid in het contact, en het versterkt gevoelens van onmacht.

Iemand vertelde hierover het volgende: *“Ik ben eigenlijk uit de isolatiecel geraakt bij mijn eerste isolatie door te zeggen: ‘Ja meneer de psychiater, u hebt gelijk.’ Het was wat hij wou horen op dat moment. Ik moest hem gelijk geven. Ik was aan het strijden en zei: ‘De medicatie werkt niet voor mij en ik weet wat ik voel en ik weet wat ik beleef op dit ogenblik en ik weet het wel, ik weet dat ik me beter kan gedragen of beter zou kunnen gedragen hebben, maar ik vind wel dat ik hier uit mag.’ En hij zei ‘nee, nee, nee.’ En uiteindelijk ben ik er uit kunnen gaan door te zeggen: ‘Kijk meneer de psychiater, u hebt gelijk, de medicatie moet zijn werk doen, ik ben psychotisch en ik moet medicatie blijven nemen.’ En dan ben ik na een paar uurtjes uit de isoleercel mogen gaan.”*

Deze verhalen onderstrepen dat het niet alleen gaat om wat er gebeurt, maar vooral *hoe* het gebeurt. In een herstelondersteunende praktijk is het essentieel om voortdurend te blijven reflecteren over de impact van interventies, en om zowel veiligheid te bieden als actief te zoeken naar contact en dialoog.

Stel preventief een crisisplan op

Voor personen die gevoelig zijn voor psychose en risico lopen op terugkerende episodes, is het zinvol om een crisisplan op te stellen. Zo'n plan beschrijft welke stappen ondernomen moeten worden in crisissituaties en helpt om ongewenste interventies in het zorgtraject te vermijden. Het is een instrument om mensen inspraak te geven over situaties waarin ze op dat moment niet meer kunnen uitleggen of beslissen wat ze willen. Bovendien stimuleert het de actieve dialoog tussen de patiënt, hulpverleners en steunfiguren in de omgeving, en vormt het een belangrijk instrument om zorgcontinuïteit op maat te garanderen.

Een van de ervaringsdeskundigen verwoordde dat zo: *“Ik heb daar een heel verregaande wilsverklaring voor opgesteld met mijn psychiater. Dat ik tijdens opname geen medicatie wou. En dat is volledig opgevolgd geworden. De psychiater heeft dan ook bekomen dat verpleging daarin meeging en zo. Dus dat werkt echt wel hoor. Dat maakte dat ik ook vertrouwen had nadien van, dat wordt opgevolgd. Ongelooflijk. Ik had dat ook niet verwacht.”* Ze vervolgt: *“De psychiater had dat bij het opstellen helemaal bevraagd: ‘Wat mogen we doen in dit geval?’*



Wat mogen we doen in dat geval? Ok, dat wil je niet, maar wat kunnen we dan wel doen?' Dat was heel uitgebreid."

De kracht van een crisisplan schuilt in de mogelijkheid om snel en op maat beslissingen te nemen binnen het zorgtraject. Het verkort de zoektocht naar gepaste hulp en helpt vermijden dat er ongewenste interventies plaatsvinden, zoals ingrepen die eerder als traumatiserend werden ervaren.

Een verpleegkundige verwoordde dat bondig als volgt: *"De vraag is: is er een crisisplan? Dat zou eigenlijk de enige vraag moeten zijn. En niet van, en hoe ziet het eruit? En is het volgens die structuur? Want als we denken zorg op maat, allee ja, voor de ene persoon werkt dat en voor een andere persoon werkt iets anders."*

Ook nog vóór er contact is met hulpverleners, kan een crisisplan waardevol zijn om het informele afstemmingsproces tussen een persoon en diens directe omgeving te ondersteunen.

Een psycholoog merkte naar aanleiding van het verhaal van een ervaringsdeskundige met een duidelijk crisisplan het volgende op: *"Hij heeft dat met zijn vrouw samen geschreven en dat ging echt over zijn specifieke triggers. En hij zegt ook van 'als dat gebeurt, pakt zij dat blaadje van 'weet ge nog?' en dan weet ik van oké, ook al denk ik op dit moment nee het is niet nodig, ze zal wel gelijk hebben want ik heb dat hier ondertekend.' En dat werkt voor hem wel."*

Een crisisplan mag echter geen keurslijf worden. Het moet een vertrekpunt vormen voor dialoog en afstemming, en steeds opnieuw worden bekeken in het licht van de actuele leefsituatie van de persoon in crisis.

Een ervaringsdeskundige signaleerde dat als volgt: *"Ik heb dat, ik heb daar ook veel over gelezen en zo en bij mij werkt dat niet omdat... er is zo'n lange periode tussen elke psychose, tegen dat ik de volgende heb klopt het allemaal niet meer wat ik wil."*

Wanneer hulp vragen, leidt tot escalatie

Wat als iemand actief om hulp vraagt, maar het systeem daarop reageert met controle en uitsluiting? Dit thema dook meerdere keren op in de getuigenissen. Mensen in crisis die zich kwetsbaar opstellen, worden soms niet opgevangen, maar gestraft. Zulke ervaringen tasten het vertrouwen in hulpverlening diepgaand aan.

Een ervaringsdeskundige vertelde over een patiënt die voelde dat hij terug in een psychose aan het glijden was, en hulp zocht, maar te maken kreeg met een paniekerige brute aanpak door het personeel: *"Je vraagt je af: hoe komt het dat, wanneer iemand actief hulp vraagt en heel meegaand is, opnieuw wordt getraumatiseerd?"*



Iemand anders getuigde hoe hij simpelweg zijn angst probeerde te benoemen, maar daar een harde reactie op kreeg: *“Ik had gezegd; ‘Ik heb wat angst, vannacht gaat er iets gebeuren, maar ik weet niet goed wat.’ Dan hadden ze toch ervoor gezorgd dat ik ineens werd gefixeerd en afgezonderd. Dat was zo’n vertrouwensbreuk. Ik heb dat toch maar gewoon gezegd, waarom moeten die nu ineens in actie schieten? Ik zag het verband niet. Ik zag ook niet waarom.”*

Ook wie vrijwillig hulp zoekt, komt soms in een kil en controlerend systeem terecht. Een andere ervaringsdeskundige vertelde: *“In mijn eerste opname ben ik vrijwillig gegaan en dan hebben ze mij eigenlijk na een heel kort gesprekje met de dokter direct naar het isolatiecompartiment gebracht. Daar moest ik dan binnengaan in de kamer en op bed gaan liggen. Ik vroeg waarom, maar daar wilden ze geen antwoord op geven. Dan hebben ze gezegd: ‘Dan nemen we de volgende kamer.’ En daar lag ik dan gefixeerd op een bed, en heb ik een inspuiting gekregen. That’s it.”*

De inschatting of iemand een gevaar vormt voor zichzelf of anderen in de praktijk complex, maar het overmatig gebruik van isolatie als antwoord op dit complexe probleem is problematisch. Een jongeman die worstelt met psychosegevoeligheid gaf aan: *“Soms kan men moeilijk inschatten of isolatie nodig is, ik begrijp dat. Maar ik ben meer dan tien keer geïsoleerd geweest, en dat is misschien maar drie keer nodig geweest. Ik heb zelfs ooit aangegeven dat ik vond dat het nodig was, omdat ik me overprikkeld voelde, maar ze doen dat echt veel te snel.”*

De ervaring van fysiek aangepakt te worden en langdurig gefixeerd, is voor velen een grensoverschrijdende beleving. Zoals iemand beschreef: *“Ik ben ooit eens gaan weglopen. Dan werd ik teruggebracht, en ook al was ik super rustig, ze hebben mij met vijf man opgepakt en in de isolatiekamer gestoken, met vijfpuntsfixatie. Dat was heel denigrerend want dan zetten ze een potje naast u waarin je moet plassen, maar je kan er niet eens aan omdat je niet kunt loskomen. Het wordt er gezet maar ze kijken niet eens naar u om.”*

Deze reacties ondermijnen vertrouwen en versterken het gevoel dat er niet geluisterd wordt, zelfs als iemand zichzelf kwetsbaar opstelt. Dit is tragisch aangezien de kwaliteit van de therapeutische band met professionals de beste voorspeller is van goede zorgresultaten.

Dergelijke situaties laten niet alleen diepe indrukken na bij de betrokken persoon, maar raken ook hun naasten.

Een dochter getuigde over hoe zij het moest aanzien dat haar moeder werd opgesloten: *“Ik zou op bezoek gaan bij mijn moeder omdat ik de zorg voor haar ter harte neem, en ik was enorm boos toen ik zag dat ze haar hadden opgesloten in haar kamer. Ik ging meteen naar de verpleging en vroeg: ‘Doe onmiddellijk die deur open!’ Ik had zo iets van: wie ben jij om mijn moeder op te sluiten? Dat was een heel shockerende ervaring.”*



Deze ervaringen roepen fundamentele vragen op over hoe zorg wordt georganiseerd, vooral wanneer kwetsbaarheid wordt beantwoord met (on)macht in plaats van verbinding. In herstelondersteunende zorg is het cruciaal te blijven onderzoeken hoe verbinding kan worden gezocht.

De rol van 'first responders'

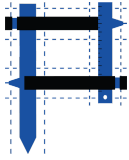
Wanneer mensen in psychische crisis hulp nodig hebben, zijn het vaak politie, ambulanciers of spoeddiensten die als eersten ter plaatse komen. Uit vele verhalen bleek dat deze 'first responders' niet altijd met de juiste kennis of attitude reageren. Mensen die kampen met een psychotische crisis worden geregeld benaderd alsof ze intentioneel overlast veroorzaken of onder invloed zijn, wat leidt tot escalaties in plaats van kalmering.

Ook zorgprofessionals zelf stellen vast hoe snel situaties kunnen ontsporen wanneer men niet empathisch handelt. Zo vertelde een verpleegkundige: *"Wij hebben een zware patiënt die 24 op 24 uur begeleiding nodig heeft. Hij heeft al jaren een eetstoornis en moet sondevoeding krijgen, vier keer per dag. Tijdens zijn vorige opname kwamen ze met een achttal mensen om hem te fixeren en hem sondevoeding te geven, tot op het moment dat ze zeiden: 'We gaan ermee stoppen, het is te traumatiserend voor het personeel.' Je moet u dat inbeelden als patiënt. En die mensen doen dat waarschijnlijk met goede wil en de beste bedoelingen, maar dat is een trauma voor het leven."*

Een andere hulpverlener merkte op hoe gebrek aan inzicht binnen urgentiediensten de situatie vaak verergert: *"Ziekenwagenpersoneel, politie, ambulanciers en andere zogeheten 'first responders' ontbreken inzicht om situaties in te schatten, merk ik. Ze hebben veel te maken met druggerelateerde zaken en ze gooien dat op éénzelfde hoop. Mijn buurvrouw reageerde met stigma, maar haar kan ik niet veranderen. Van urgentiediensten mag je daarentegen wel verwachten dat ze niet met twee gaan springen op iemand om hem dan mee te nemen. Zij mogen gerust weten dat dat niet de manier is om hulp te verlenen."*

Ook psychiaters ervaren hoe snel hun inspanningen teniet worden gedaan door een brute aanpak bij aankomst op de spoed. Een psychiater getuigde: *"Er was ooit een vrouw die eigenlijk best in opname ging, dat vond ik zelf ook. Ik heb daar twee uur mee gesproken, van mens tot mens, en uiteindelijk wou ze vrijwillig mee met mij. We zijn samen naar het ziekenhuis gegaan, en van zodra wij daar toekwamen, stond men daar op de trap met hun handschoenen al aan. Ik vond dat verschrikkelijk. Ik was twee uur bezig geweest, omdat die afdeling haar in de eerste plaats al te vroeg hebben laten gaan, en dan gaan ze haar nog eens zo behandelen ook."*

Deze voorbeelden illustreren telkens opnieuw hoe gebrek aan empathie en aan inzicht in psychose bij crisissituaties blijvende schade kan aanrichten. Niet alleen brute interventies, maar ook het ontbreken van communicatie maakt het verschil tussen verbinding of



verwijdering. Zo vertelde een ervaringsdeskundige hoe fundamenteel het is om uitleg te krijgen, zelfs—of juist—tijdens fixatie: *“Ik weet nog bij mijn fixatie dat ik naar antwoorden vroeg. Waarom fixeren jullie mij? Maar er werd geen reden gegeven. Ik vind het heel belangrijk dat een hulpverlener op dat moment zou zeggen tegen mij: ‘Kijk, we gaan je nu eventjes vastmaken. En waarom? Omdat we heel erg twijfelen of dat jezelf zou pijn doet op dit ogenblik.’ Voor mij zou dat al iets kunnen zijn van: ah ja oké, ze denken dat ik mezelf pijn ga doen op dat ogenblik. Dan zou ik zeggen: ‘Oké, wat kan ik dan doen om jullie ervan te overtuigen dat ik mezelf geen pijn kan doen?’ En als ze dan zeggen: ‘Ik wil dat je hier een half uurtje nog blijft liggen,’ zou ik dat een veel beter onderhandelingsmodel hebben gevonden om het zo te noemen.”*

Door in te zetten op uitleg, gelijkwaardigheid en rust, kan veel leed voorkomen worden—zelfs wanneer ingrijpen nodig blijkt.



11. Draag en hanteer angst en onzekerheid professioneel

De confrontatie met psychotische belevingen is ook voor hulpverleners uitdagend. Ze worden uit hun comfortzone gehaald en geconfronteerd met hun eigen onzekerheden en angsten. Om hier op een constructieve manier mee om te gaan, is het essentieel dat professionals actief worden ondersteund. Dit kan door moeilijke situaties openlijk te bespreken tijdens teamoverleg en door supervisie en intervisie te organiseren. Deze vormen van ondersteuning stimuleren een out-of-the-box benadering van cases.

Hulpverleners die traumatische gebeurtenissen meemaken, moeten kunnen rekenen op professionele ondersteuning, zowel individueel als in groepsverband.

Wanneer deze ondersteuning ontbreekt, neemt het risico toe dat professionals opgebrand raken of contactvermijdend gaan werken, en zich terugtrekken in afstandelijkheid, administratie en procedures.

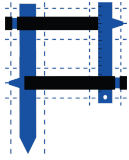
Benoemen van angst als hefboom voor verbinding

Hulpverleners die werken met uitdagende problemen zoals psychose, worden onvermijdelijk ook met hun persoonlijke grenzen en angsten geconfronteerd. Professionaliteit veronderstelt dat deze ervaringen niet miskend worden. Hulpverleners moeten de kans krijgen om met die ervaringen aan de slag te gaan zodat ze contacten met patiënten en hun naasten niet gaan mijden. *“We moeten blijven inzetten op intervisie, supervisie, externen binnenhalen. Er moet blijvend zuurstof gestoken worden in een team, om te kunnen groeien,”* volgens een verpleegkundige.

Uit de gesprekken blijkt dat het expliciet benoemen van angst niet alleen helpend is voor de professional zelf, maar ook bijdraagt aan een diepgaander contact met de cliënt. Het doorbreekt het taboe op kwetsbaarheid en creëert ruimte voor wederkerigheid binnen de zorgrelatie.

Een ervaringsdeskundige getuigde: *“Als je angst voelt, dan moet je dat benoemen. Zeg: ‘Nu maak je mij bang.’ Dan krijgen wij een spiegel voor en dan benadert iemand mij als normale mens, en dan word ik zelf ook helder.”*

Deze woorden maken duidelijk hoe krachtig het kan zijn als een hulpverlener aangeeft dat die soms ook op eigen grenzen botst. Door angsten en twijfels bespreekbaar te maken, wordt de relatie gelijkwaardiger en ontstaat er wederzijds begrip.



Ook professionals ervaren dat het onder woorden brengen van angst het verschil kan maken. Zo vertelde een verpleegkundige: *“Angst is oké, denk ik, want als je het kan zien en als je het durft onder woorden brengen, bijvoorbeeld je kunt angst hebben voor een cliënt dat hij iets gaat doen of zo, maar als je het kunt brengen en kunt delen, dan kun je er iets mee. Wanneer je zegt; ‘Je mag niet weg omdat ik het zeg,’ terwijl er misschien eigen angst achter zit dat hij gaat verloren lopen bijvoorbeeld... Het gaat eigenlijk weer over dat gedeelde. Als je samen de beslissing neemt: ‘Kijk, dat is mijn angst en wat speelt er bij u?’ dan komen we eruit.”*

Deze getuigenis benadrukt hoe gedeelde onzekerheid—in plaats van macht of controle—kan leiden tot gezamenlijke besluitvorming en meer afstemming.

Vanuit nabijheid werken, ook wanneer dat spannend is

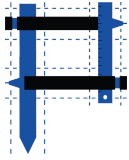
In psychiatrische settings is nabijheid geen vanzelfsprekendheid, zeker niet in situaties die als risicovol worden ingeschat. Toch getuigen hulpverleners die sterk herstelondersteunend werken dat ze net in die omstandigheden kiezen voor vertrouwen en transparantie als uitgangspunt. Door zich als reflecterend en voelend subject te tonen in plaats van als controlefiguur, openen ze de deur naar verbinding.

Een hulpverlener die actief is op een zorgboerderij vertelde hoe hij met cliënten ook in spannende momenten het contact menselijk probeert te houden: *“Ik heb dikwijls twijfels, maar ik spreek dat uit tegen die mensen. Ooit ben ik eens gaan wandelen in de bossen met een meisje, ze voelde zich zeer slecht en ze kreeg een dwang om weg te lopen. Ik vroeg haar of ik haar hand mocht vasthouden. Na 200 meter, zei ze dat het niet meer nodig was. Ik vroeg: ‘Ben je zeker? Ik wil niet riskeren dat ik zou moeten lopen, want ik ga u niet kunnen inhalen. Jij bent nog jong en snel, terwijl ik niet meer van de jongste ben en mijn conditie is afgebouwd.’ Ze lachte dan en zei dat ik erop mocht vertrouwen dat ze niet ging weglopen.”*

Deze anekdote toont hoe openheid over eigen kwetsbaarheid en beperkingen niet leidt tot verlies van gezag, maar juist tot vertrouwen. Door niet vermijdend te handelen vanuit angst, maar te handelen vanuit dialoog en nabijheid, ontstaat er ruimte voor wederkerigheid.

Dezelfde hulpverlener deelde ook een schrijnend contrast tussen zijn eigen benadering en een meer afstandelijke, angstgedreven aanpak in een residentiële setting: *“Ooit was er een meisje opgenomen en ze had haar oorbellen ingeslikt, dus men wou haar naar het UZ sturen. Ze werd door een escorte opgehaald: twee combi's, één met drie gewone politiemannen en één met drie mannen in gevechtsgedrag. Ze is dan beginnen spuwen, en dan is ze zagezegd gevaarlijk, terwijl ze niet menselijk werd behandeld. Ik heb met haar nooit problemen gehad, omdat ik geen angst had.”*

Deze ervaring onderstreept dat de manier waarop hulpverleners naar mensen kijken—en hoe ze zichzelf in het contact positioneren—een enorme impact kan hebben op hoe gedrag zich



ontwikkelt. Door de ander te blijven zien als mens, ook in moeilijke situaties, ontstaat er een ander verhaal dan dat van controle en gevaar.

Angst wordt gedragen door een team in plaats van individueel

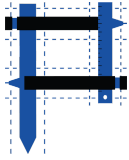
Angst is een wezenlijk onderdeel van werken in de geestelijke gezondheidszorg. Wanneer die angst niet erkend of gedeeld wordt, kunnen hulpverleners zichzelf verliezen in vermijding, rigiditeit of zelfs burn-out. In plaats van een gedeeld thema te zijn, wordt angst dan een individuele last.

Verschillende respondenten uit de focusgroepen benadrukken het belang van gezamenlijke reflectie om dit te voorkomen. Teammomenten zoals supervisie en intervisie bieden ruimte om stil te staan bij wat het werk met je doet. Ze kunnen helpen om angst bespreekbaar te maken en te transformeren tot gedeelde draagkracht.

Een psycholoog getuigde hoe zo'n overlegmoment opnieuw tot verbinding kan leiden binnen het team: *"We hebben onlangs, naar aanleiding van een concrete situatie, de ethische commissie laten samenkomen, met de vraag: 'help ons hier eens uit.' Het liet ons stilstaan bij het feit dat we niet verder geraken als we onze therapeutische relatie niet soigneren en we daar in die concrete situatie compleet aan voorbij dreigden te gaan. Dat was een eyeopener voor het team, om even te zakken uit die strijd, om even terug in dialoog te gaan. We hebben onze bezorgdheden besproken en plots was er weer een discours rond gelijkwaardigheid en participatie. Inzetten op de therapeutische relatie is iets zo vanzelfsprekend, maar je komt zo snel in een ander discours terecht. Door er iemand extern bij te betrekken, voelden we nog eens onze blinde vlekken en merkten we dat angst heel snel besmettelijk wordt."*

Ook op opleidingsniveau blijkt het bespreekbaar maken van angst cruciaal. Een ervaren psychiater kaartte aan hoe beginnende collega's soms te snel afstand nemen van hun eigen gevoeligheden: *"Assistent-psychiaters komen tegenwoordig toe op de gesloten afdeling, opgepompt en stellig: 'Ik ben niet bang.' Dan zeg ik: 'Dat is een groot probleem.' We moeten als hulpverlener kunnen voelen wanneer we bang zijn en waarom dat zo is en dat daar een goede reden voor is. We moeten ons als organisatie zo organiseren dat de angst een beetje gedragen wordt door het team, door de organisatie en dat die niet door een individu, de zorgverlener moet worden gedragen."*

In plaats van zorg te willen verbeteren door de investeren in capaciteit is het beter om in te zetten op kwaliteit. Een psycholoog verwoordde het zo: *"Supervisie is belangrijker dan volk. We moeten geen meer werkrachten hebben, maar ze meer in verbinding laten staan met elkaar. Men kan een gigantisch groot team hebben, maar als ze allen angstig zijn en er is geen overleg, dan werkt dat niet."*



Angst in het team leidt tot vermijdingsgedrag in de zorg

Toch leeft bij veel betrokkenen de indruk dat angst vaak niet constructief wordt aangepakt. In plaats van het gesprek aan te gaan, grijpt men terug naar gestandaardiseerde protocollen. Deze zijn soms meer gericht op het dempen van het ongemak van de hulpverlener dan op de noden van de patiënt.

Dat valt ook ervaringsdeskundigen op. Eén van hen getuigde scherp over hoe protocollen soms losstaan van menselijkheid: *“Stel je voor dat je verward bent en ze duwen je de isoleercel in, is dat dan niet normaal dat je je gaat verzetten? Met al uw hulpverlenerskennis is dat toch de laatste optie die je moet nemen, maar het is gewoon gestandaardiseerd. Omdat hulpverleners angst hebben en er niet mee gewerkt wordt, ik denk niet dat er veel intervisie is rond die angst. En dan hup, isoleren.”*

Ook familieleden voelen hoe angst binnen teams doorwerkt in beslissingen die moeilijk te begrijpen zijn vanuit het perspectief van de patiënt. Een moeder vertelde het volgende over een moment waarop haar zoon onverwacht werd gecolloqueerd: *“Onze zoon is eens gecolloqueerd geweest op een moment dat wij het absoluut niet nodig vonden. Het gevaarscriterium werd genoteerd als: gestopt met medicatie. Dat was het grote gevaar. We zijn daar dan tegen in beroep gegaan en hebben hem daar dan kunnen uit procederen.”*

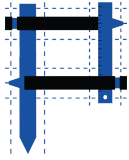
Tot slot geven professionals zelf aan dat er nog drempels zijn om angst binnen het team te bespreken. Een verpleegkundige zei daarover: *“Sommige dingen zijn moeilijk bespreekbaar binnen een team, bijvoorbeeld angst, maar eigenlijk zou dat wel een plaats moeten kunnen krijgen.”*

Deze getuigenissen tonen hoe belangrijk het is om angst en onzekerheid als een gedeeld thema te erkennen, en niet als individuele zwakte. Pas wanneer dit besproken en gedragen kan worden binnen een team of organisatie, ontstaat er ruimte voor veilige en verbonden zorg.

Onbesproken angst ondermijnt verantwoordelijk handelen

Wanneer angst onbesproken blijft, dreigt die het handelen van hulpverleners te beïnvloeden op manieren die ten koste gaan van het contact. Sommige professionals geven aan dat dit zich uit in niet opnemen van verantwoordelijkheid, zoals het doorschuiven van cliënten of het zoeken naar snelle oplossingen die veiligheid moeten garanderen—voor henzelf, eerder dan voor de cliënt.

Een hulpverlener die werkt op een kleinschalige zorgboerderij deelde zijn verbazing over hoe angst kan leiden tot het uit handen geven van verantwoordelijkheid: *“Ik vind het heel raar dat voorzieningen uit paniek en angst bellen naar een kleinschalig initiatief, zoals onze zorgboerderij, geleid en beheerd door amateurs, om een oplossing te zoeken voor mensen*



waar zij zagezegd niet mee om kunnen. Wij hebben geen isoleercel of fixatiemiddelen, wij zoeken verbinding. En wij hebben nog nooit problemen gehad.”

Deze getuigenis maakt duidelijk dat een constructieve aanpak niet noodzakelijkerwijs voortkomt uit meer middelen of dure infrastructuur, maar vaak uit de bereidheid om nabij te blijven—ook wanneer dat spannend is. Professioneel omgaan met angst betekent dan ook niet dat men ze moet onderdrukken of overwinnen. Integendeel, het vraagt om een cultuur waarin angst gedeeld mag worden en waarin reflectie collectief wordt gedragen. Daarom zijn methodieken zoals supervisie, intervisie en ethische dialoog geen luxe, maar essentiële onderdelen van goede zorg. Ze bieden een tegenwicht tegen afstandelijkheid, risico-denken en schijncontrole.



12. Laat gedeelde verantwoordelijkheid primeren boven procedures

Om hun zorgaanbod te stroomlijnen en af te stemmen op overheidsrichtlijnen, leggen organisaties werkafspraken vast in regels en procedures. Dit biedt houvast en voorspelbaarheid. Het blind toepassen van deze regels en procedures kan door patiënten en hun naasten echter worden ervaren als een vorm van machtsuitoefening, wat de vertrouwensrelatie ondermijnt.

Met als doel goed in te spelen op iemands zorgnoden, moeten professionals de ruimte krijgen om—in het belang van de patiënt—af te wijken van standaardafspraken. Het beleid moet toestaan dat in samenspraak wordt afgeweken van bestaande regels en dat er vanuit gedeelde verantwoordelijkheid buiten de gebaande paden kan worden gehandeld.

Ruimte voor gezond verstand en menselijkheid

Zorg wordt pas echt menselijk wanneer professionals de ruimte krijgen om te handelen met gezond verstand en een warm hart. Dat vraagt om meer dan enkel het volgen van regels en procedures. In een herstelondersteunende praktijk betekent dit dat hulpverleners durven kijken naar de persoon achter de problematiek, en soms bewust kiezen om van bestaande afspraken af te wijken, in het belang van herstel.

Deze ruimte om met gezond verstand te handelen is belangrijk in tal van situaties, maar komt extra betekenisvol tot uiting op sleutelmomenten in iemands traject. Het zijn vaak die kleine uitzonderingen op de regel die mensen zich blijven herinneren—net omdat ze erkenning en vertrouwen uitstralen.

Een ervaringsdeskundige vertelde hoe zij op een moeilijk moment toch mocht deelnemen aan kooktherapie, hoewel die volgens de bestaande regels enkel bedoeld was voor mensen uit de verslavingszorg. De uitzondering op de regel bleek waardevol: het had een groot effect op haar. Ze vertelde achteraf dat ze blij was dat hiervan werd afgeweken, omdat het haar veel deugd had gedaan. *“Ik kan mij niet voorstellen dat dat voor hen zo erg was dat ik nu toevallig efkes in de verkeerde therapie zat.”*

Soms is zo’n afwijking van de regels net in crisissituaties van onschatbare waarde. Een andere ervaringsdeskundige deelde een moment waarop nabijheid boven het protocol werd gekozen: *“Ik was in crisis en ik wou naar buiten, ik word rustig van de natuur, maar de regel zegt dat dat niet mag. Toch heb ik dat gevraagd aan een verpleger en hij heeft dat toegelaten. We zijn samen naar buiten gegaan. Ik denk dat dat niet evident is, om als hulpverlener een regel te overtreden, terwijl je gewoon soms vanuit het buikgevoel handelt. Ik vind dat er meer vrijheid moet zijn om bepaalde regels toch in vraag te stellen.”*



Dit soort keuzes—om even het protocol los te laten—getuigen van moed en professioneel vertrouwen. Ze tonen hoe belangrijk het is dat hulpverleners ondersteund worden in het gebruik van hun inschattingsvermogen. Wanneer zij de ruimte voelen om mensgericht en flexibel op te treden, ontstaan er vaak onverwacht waardevolle herstelmomenten.

Buiten de lijntjes kleuren opent nieuwe mogelijkheden

Professionals herkennen hoe belangrijk het is om af en toe buiten de lijntjes te kleuren. Wanneer ze de ruimte voelen om creatief af te wijken van vaste procedures, ontstaan vaak nieuwe openingen in begeleidingstrajecten. Zoals een verpleegkundige het treffend verwoordde: *“Als team moet je het vertrouwen krijgen om buiten de lijntjes te kleuren en ruimte krijgen om te experimenteren.”*

Het is precies in dat experimenteren—buiten het bekende en veilige kader—that nieuwe inzichten of onverwachte ontmoetingen ontstaan. Een verpleegkundige illustreerde dit met een voorbeeld over hoe het loslaten van vaste werkwijzen nieuwe perspectieven kan openen: *“Dat soms nieuwe dingen kunnen ontstaan, dat je zegt: ah, tiens, dat was zo’n slecht idee nog niet. Daarom is buiten de lijntjes kleuren zo interessant. Toen ik in het ziekenhuis werkte, hoeveel keer dacht ik niet op voorhand dat iets moeilijk zou zijn, of niet zou lukken. Bijvoorbeeld voor een familiegesprek, ‘die patiënt zijn moeder is een moeilijke,’ of ‘die patiënt zegt nooit iets’ en als je dan toch iets uitprobeert, word je soms verrast en denk je soms ‘amai, die patiënt heeft in al de weken van de opname nog niet zoveel gesproken als in dat gesprek.’ Sommige dingen werken wel als je ze durft doen, ook al ben je bang dat het gaat ontploffen.”*

Ook familieleden ervaren hoe waardevol het kan zijn om de gebaande paden los te laten. Net in dat onbekende ontstaat ruimte voor groei, zelfbeschikking en onverwachte verandering, zelfs wanneer de weg moeizaam en pijnlijk is.

Een moeder deelde een krachtig voorbeeld: haar zoon viel niet langer onder een gedwongen opname en had zijn medicatie stopgezet. De psychiater besloot hem toch te laten vertrekken. De moeder zei hierover: *“De psychiater had het risico genomen om aansprakelijk te zijn, hij zei: ik heb hem laten vertrekken. Hij accepteerde dat er iets kon gebeuren of voorvallen. Dat ging tot een poging tot zelfmoord, met een auto heeft hij een accident gehad. Dat waren zware dingen, maar dat zijn risico’s nemen. En wij vonden niet dat die psychiater of die afdeling verantwoordelijk was, omdat vertrouwen werd gegeven om wel verdere stappen te zetten.”*

Creatief burgerlijk ongehoorzaam

Herstelondersteunende zorg vraagt niet alleen om betrokkenheid, maar ook om moed. Moed om regels in vraag te stellen, om het protocol soms los te laten, en om in de plaats daarvan te handelen vanuit nabijheid en gezond verstand. In de verhalen van hulpverleners weerklinkt een opvallende bereidheid tot wat iemand omschreef als *“creatief burgerlijk ongehoorzaam”* zijn—niet uit roekeloosheid, maar vanuit een diepgevoelde zorg voor de ander.



Dit soort keuzes ontstaan zelden vanuit impuls, maar des te vaker uit een zorgvuldige afweging van wat op dat moment echt helpend is. Herstel krijgt pas betekenis wanneer er ruimte is voor afstemming, wanneer professionals niet enkel vanuit regels, maar ook vanuit hart en hoofd mogen handelen. Vaak gaat het om ogenschijnlijk kleine aanpassingen die een groot verschil maken in het leven van mensen in zorg.

Een psychologe gaf een sprekend voorbeeld uit de dagkliniek waar ze werkt. Ze koos er bewust voor om van de omgeving een huiselijke plek te maken: *“Wij hebben een dagkliniek en daar worden ook heel veel standaarden vooropgesteld, bijvoorbeeld: ‘je hebt geen wasmachine nodig, daar heb je zeker geen bed nodig, mensen komen in de dag.’ Wij zijn dertien jaar geleden begonnen met die dagkliniek en hebben dat wel net gedaan. Wel een bed, wel een wasmachine, wel een douche, wel een bad—want er wordt dan gezegd dat mensen dat toch thuis kunnen, want ze wonen toch thuis? Maar als je dan ziet hoe ziek dat mensen soms zijn, is het net goed van dat naar daar te halen en daar dan ook de mogelijkheid te hebben om dat op maat te doen.”*

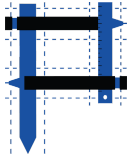
Ook op andere vlakken tonen zorgverleners zich creatief in het herdenken van bestaande routines. Een verpleegkundige benadrukte hoe het loslaten van controle ook ruimte creëert om meer aanwezig te zijn bij cliënten; ze gaf het voorbeeld van medicatie klaarzetten. In plaats van dat te gebruiken als excuus om niet nabij te zijn, vertelde ze, hebben ze er op haar afdeling voor gekozen om medicatie altijd vrij toegankelijk op de afdeling te plaatsen. *“Mensen kunnen dat dan zelf nemen, en ondertussen kunnen wij meer present zijn.”*

Het gaat hier niet om vrijblijvendheid, maar om het installeren van vertrouwen en verantwoordelijkheid in plaats van controle. Door structuren om te buigen en opnieuw vorm te geven, ontstaat ruimte voor meer gelijkwaardige relaties, waarin cliënten een actievere rol kunnen opnemen in hun herstelproces.

Soms handelen zorgverleners zonder aarzeling, vanuit een diepe betrokkenheid en moreel kompas. Ze doen wat nodig is, zelfs als het tegen de formele regels ingaat. Een straatpsychiater vertelde: *“Ze hebben me ooit gezegd dat ik aan de huisarts moet vragen of ik een huisbezoek mag doen. Ja, sorry, maar ik denk dat die er niet tegen zou zijn. Ik vraag geen toestemming, ik doe dat wanneer ik merk dat mensen niet tot bij mij geraken.”*

Een andere psychiater beschreef een vergelijkbare situatie: *“Ik heb ooit een patiënt na haar opname meegenomen in mijn auto en haar thuis afgezet, omdat niemand haar kon komen halen en ze bang was van het openbaar vervoer. Dat mag niet van de verzekering, maar ik vond dat totaal absurd.”* Een collega-psychiater pikte daarop in: *“Ik heb dat ook al gedaan, maar ik vroeg mij zelfs niet af of dat mocht of niet.”*

Soms zijn deze ingrepen cruciaal voor het welzijn van cliënten. Een psycholoog deelde: *“Ik heb ooit ook een moeder laten slapen bij ons op de afdeling omdat anders die patiënt zou moeten*



geïsoleerd worden. Omdat die moeder zei 'nee, nee, die gaat rustig zijn als ik erbij blijf.' Je moet dat niet eerst gaan vragen, maar doen op het moment dat het nodig is."

Herstelondersteunende zorg is niet altijd verenigbaar met de standaardzorgrichtlijnen binnen instellingen. Juist daarom moet er structureel ruimte worden ingebouwd om hiervan af te wijken—uiteraard op voorwaarde dat dit de kwaliteit van zorg ten goede komt en aansluit bij de nood van een patiënt.

Tot slot gaf een psychiater een scherpe illustratie van de spanning tussen wat als efficiënt geldt en wat werkelijk zorg biedt: *"Ik zei tegen collega's: 'Als het moet ga ik naast de patiënt zitten en ik ga er mee wandelen op het terrein.' 'Je moet gewoon efficiënter werken,' werd er dan gezegd... Dat is gewoon zo weinig mogelijk de patiënt zien en zorgen dat uw dossier in orde is, dat is voor hen kwalitatief. En die hebben heel mooie ontslagbrieven. Als ik dan een ontslagbrief maakte wou ik daar dan ook iets zinnig in stond. Dus dat was bij mij een ramp."*

Regels als struikelblokken

Herstelondersteunende zorg vraagt creativiteit, nabijheid en de moed om buiten de lijntjes te kleuren. Maar wie deze manier van werken wil waarmaken, botst in de praktijk al snel op iets anders: regels. Regels die bedacht zijn met goede bedoelingen, maar die in de realiteit soms meer in de weg staan dan dat ze ondersteunen. In plaats van zorg mogelijk te maken, worden ze een struikelblok voor warme, betrokken hulpverlening.

Een psycholoog gaf een sprekend voorbeeld uit de praktijk. Wat begon als een eenvoudig, verbindend idee—een moestuintje aanleggen op de afdeling—liep vast in bureaucratische vertragingen: *"Wij wilden op de afdeling ooit eens champignons kweken, en eigenlijk ruimer gewoon een moestuintje aanleggen. We zijn dat op beleidsniveau gaan vragen. Tegen dat dat werd goedgekeurd, was het seizoen al voorbij. We wilden daarna ook een actiefilm maken op de afdeling, heel tof, maar we zijn dat niet gaan vragen. We hebben dat gewoon gedaan."* Een collega-psycholoog reageerde scherp: *"Soms denk ik dat ze nog blij zijn dat jullie het niet zijn gaan vragen."*

Waar creatieve ideeën bedoeld zijn om verbinding en herstel te versterken, kunnen ze onbedoeld gesmoord worden door logge besluitvorming. Zo gaf een psychiater aan hoe de suïcidaliteitsscores soms haaks staan op menselijke zorg: *"Op de beleidsvergadering is opgeroepen om 'alstublieft goed de suïcidaliteitsscores in te vullen.' Ik schreef bij een bepaalde patiënt dat het niet gepast was om de suïcidaliteit te bevragen bij een opnamegesprek. Ik vond het totaal niet kunnen dat ik daar zou vragen: 'wilt jij dood?' dus ik heb geschreven dat dat niet gepast was. Iemand wordt gedwongen opgenomen en je hebt daar een eerste ontmoeting mee in het midden van de nacht. Ik kon even goed liegen en zeggen: 'geen suïcidaliteit,' want het is niet omdat je het neerschrijft, dat je het hebt bevraagd. Ik vond het gewoon niet aan de orde, dus ik schreef: 'niet gepast.'"*



Deze getuigenis maakt duidelijk hoe regels, hoe goed bedoeld ook, een spanningsveld kunnen vormen met de ethiek van zorg. Wat als het systeem vraagt om iets af te vinken dat op menselijk vlak helemaal niet klopt? Wat als de focus op registratie dreigt te vervreemden van de echte ontmoeting?

Wanneer regels belangrijker worden dan mensen

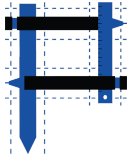
Sommige situaties tonen hoe het systeem—met al zijn procedures en veiligheidsvereisten—zwaarder kan doorwegen dan de herstelondersteunende intenties van een team. Zelfs wanneer hulpverleners duidelijk zien wat werkt, botsen ze op muren van regelgeving.

Wanneer wat goed voelt en werkt voor een bewoner, geblokkeerd wordt door regelgeving, levert dat frustratie op bij hulpverleners. Een hoofdverpleegkundige uit een psychiatrisch verzorgingstehuis vertelde: *“Een bewoonster had mooie gordijnen gevonden en ze heeft die opgehangen. Het fleurde haar kamer helemaal op. Ze had voordien nooit echt veel eigen keuzes gemaakt, dus wij vonden dat als team fantastisch. Alleen mocht het niet, want het waren geen brandwerende gordijnen. Ik word daar zo kwaad van. Moest die vrouw in een dorp hebben gewoond, dan kon zij ook haar eigen gordijnen kiezen, maar doordat ze bij ons moet wonen, krijgt ze lelijke brandwerende gordijnen. Je kan dan wel het systeem tegenwerken, maar toch.”*

Soms werkt het beleid eerder ontmoedigend dan ondersteunend. Dat wordt pijnlijk duidelijk in een tweede voorbeeld dat ze deelde waarin het spanningsveld tussen creativiteit en regelgeving wordt blootgelegd: *“Wij hebben een bewoonster die alleen maar rust vindt in een auto. We hebben nagedacht hoe we daar iets mee konden doen, als team, en we hebben een caravan voor haar kunnen regelen. Ik dacht, als hoofdverpleegkundige, dat ik dat toch nog even ging melden aan het beleid, maar daardoor is het volledig teruggefloten geweest, omwille van ziekenhuishygiëne en brandveiligheid, terwijl die caravan nergens op aangesloten was.”*

Deze situatie riep herkenning op bij andere zorgverleners. Een verpleegkundige verwoordde de frustratie over de beperkte speelruimte voor initiatieven die buiten de lijntjes kleuren: *“Ik vind het heel moeilijk dat je nog altijd het beleid nodig hebt om iets te kunnen bekomen, waarvan je eigenlijk al weet dat het werkt. Dat zijn vaak geen grote dingen, maar ze zijn niet evidence-based dus moet je dat verantwoorden.”*

De impact van rigide regels wordt niet alleen door hulpverleners gevoeld. Ook cliënten kunnen erdoor gekrenkt worden in hun gevoel van eigenwaarde en vertrouwen. Een ervaringsdeskundige deelde zijn verhaal bij een eerste opname: *“Het was mijn eerste nacht in opname. Ik had geen tandenborstel mee, dus ik ging naar de verpleegpost om dat te vragen. De verpleger heeft mij terug de weg gewezen met gebaren, zonder veel uitleg. Ik moest maar op het belletje drukken, om te vragen of hij mij een tandenborstel wou geven. Dat is dan wat*



geëscaleerd, en hij zei: 'Ik hou mij aan de regels.' En ik heb geantwoord: 'Nee, jij houdt mij aan jouw regels.'"

Deze getuigenissen maken duidelijk hoe herstelondersteunende zorg niet vanzelfsprekend is in een context waar regels centraal staan. Herstel vraagt om maatwerk, vertrouwen en flexibiliteit. Regels hebben een functie, maar mogen niet in de weg staan van afstemming op maat. Wanneer professionals de ruimte krijgen om regels in vraag te stellen en af te stemmen op wat écht nodig is, ontstaat er zorg die zowel veilig als betekenisvol is—zorg waarin mensen geen nummer zijn, maar gezien worden in hun unieke verhaal.

Indien men dit verwaarloost, wordt zorg een lege doos. Dit ondermijnt het engagement van betrokken professionals. Een psychiater die in een residentiële setting heeft gewerkt, gaf een treffend voorbeeld: *"Wij hadden een plakkaat op de afdeling hangen met onze visie, zijnde dat we een laagdrempelige en warme zorg aanbieden. Ik heb dat plakkaat weggenomen. Het team dacht eerst dat het een patiënt was geweest, maar ik ben naar de hoofdverpleegkundige gegaan en heb gezegd dat ik het was, en dat, zolang wij er niet in slagen om op die manier werken, dat plakkaat hier niet omhoog moet hangen."*



13. Zoek verbinding met de samenleving

Herstel betekent dat je zonder stigma volwaardig kunt deelnemen aan het dagelijks leven in de maatschappij. Voor velen is dat moeilijk, omdat ze geconfronteerd worden met vooroordelen en uitsluiting. Om het herstelproces te bevorderen, is het essentieel dat relevante betrokkenen uit iemands ruimere leefomgeving (zoals de buurt, werkplek, school of sportvereniging) worden ondersteund om zich gastvrij en begripvol op te stellen.

Enerzijds is steun nodig bij het constructief omgaan met iemands kwetsbaarheid, anderzijds moet er worden gestreefd naar het erkennen en versterken van iemands talenten, interesses en mogelijkheden. Kwartiermaken en buurtwerk zijn laagdrempelige hulpverleningsvormen die dit burgerschap actief ondersteunen.

Het persoonlijke netwerk actief ondersteunen

Herstelondersteunend werken gaat niet enkel over veranderingen binnen de zorg zelf of over hoe hulpverleners met mensen omgaan. Het vraagt ook om een bredere maatschappelijke verandering: een samenleving waarin iedereen, ook mensen met een psychosegevoeligheid of andere psychiatrische problematiek, een volwaardige plek kan innemen. Het betekent bouwen aan een cultuur van verdraagzaamheid, waar ruimte is voor verschil, en waar uitsluiting actief wordt tegengegaan. Door te investeren in inclusie en participatie, krijgt herstel niet alleen een individueel, maar ook een sociaal-maatschappelijk karakter.

In deze zoektocht naar participatie is het netwerk rond de persoon van groot belang. Familie en vrienden vormen vaak de eerste schakel in die bredere context. Een eerder thema belichtte al het belang van de familiale steun in het herstelproces. In dit deel verschuift de focus naar de ruimere maatschappelijke context, al blijven beide sterk met elkaar verweven.

Een vader van een jonge man die meermaals opgenomen werd omwille van psychoses verwoordde dit treffend: *“Als we spreken over vermaatschappelijking van zorg, dan is de eerste maatschappelijke context toch de familie, het gezin waarbinnen men terug een evenwicht moet zoeken, om daarna, vanuit die gezinsstructuur een autonome weg te kunnen gaan.”* Door het directe netwerk van een persoon te versterken, ondersteun je niet enkel de zorgcontinuïteit, maar ook de toegang tot de samenleving.

Niet voor iedereen is de eigen familie een directe steun waarop men kan terugvallen. Soms ligt de uitdaging net in het vinden van nieuwe contexten om op een aangename manier te wonen en samen te leven met anderen. Zorg moet hier rekening mee houden, aangezien de zoektocht naar nieuwe sociale evenwichten ook tijd vraagt. Een psycholoog verwoordde het als volgt: *“Ik denk dat de behandelduur in een ziekenhuis meer zegt over de omgeving van de patiënt dan over die z’n ziek-zijn. Vaak blijven mensen hier lang opgenomen omdat die*



bijvoorbeeld een nieuwe plek moeten vinden om te wonen, en dat is niet gemakkelijk met een uitkering, en dat is beangstigend ook.”

Hulpverleners spelen een sleutelrol in het versterken van iemands persoonlijk netwerk. Hun houding heeft invloed op de bredere context. Het is dan ook van belang dat zij reeds bij de start van een zorgtraject actief op zoek gaan naar sterke en steunende contacten, en deze mee op de voorgrond plaatsen. Een psycholoog vatte dit als volgt samen: *“We moeten als hulpverlener ook meewerken aan het maatschappelijk terug aanhaken. We merken dat het voor psychotische mensen absoluut niet evident is om aansluiting te vinden. Je zou moeten kunnen samen op stap gaan—een warme overdracht noemen we dat, of kwartiermaken—om een stukje de weg te helpen banen, stappen zetten in de goeie richting om aan te kunnen haken. Dat is echt bijzonder nodig om dat maatschappelijk herstel te kunnen realiseren.”*

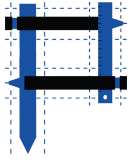
Deze aanpak vraagt om samenwerking over de grenzen van de GGZ heen, en kan niet louter overgelaten worden aan mobiele teams zoals een psycholoog benadrukte: *“De vermaatschappelijking van de zorg is niet iets dat we enkel aan de mobiele teams moeten overlaten, zoals vaak nog gedacht wordt, maar iets waar we heel onze werking op moeten afstemmen. Als je tijdens een opname al geen ruimte krijgt om de familie en de buurt en andere mensen te leren kennen, dan is dat na die opname eigenlijk te laat.”*

Wijkwerkers en straathoekwerkers bijvoorbeeld kunnen een belangrijke brugfunctie vervullen tussen de zorginstelling en de buurt. Eén van hen getuigde: *“Als wijkwerker heb ik met heel veel verschillende partijen te maken en de uitdaging is net om al die partijen proberen samen te brengen en hen ook te overtuigen van de meerwaarde daarvan. En soms lukt dat. Sommige afdelingen beginnen al contact op te nemen vooraleer iemand op ontslag gaat, dan kunnen we kijken wat we in de wijk al kunnen installeren terwijl die persoon nog opgenomen is. Dan ga ik eens met die cliënt door de wijk, kijken hoe we kunnen inspelen op de noden die op dat moment leven. Daar ligt er enorm veel winst.”*

Participatie ondersteunen

Een hersteltraject beperkt zich niet tot de ondersteuning van familie en andere direct betrokkenen. Herstel is een continu proces dat ook vraagt om een duurzame verankering van iemands positie en relaties binnen de samenleving.

Zorgprofessionals doen er dan ook goed aan om actieve participatie in het gemeenschapsleven te stimuleren en te ondersteunen. Een ziekenhuisopname mag dat proces in geen geval belemmeren. Een psychologe van een crisisdienst verwoordde dit als volgt: *“Ook in tijden van crisis is het nog mogelijk om aan het maatschappelijk leven buiten de psychiatrie te participeren, zoals bijvoorbeeld gaan stemmen als het verkiezingen is. Ik vind dat het leven buiten de psychiatrie en binnen de psychiatrie wat meer door elkaar zouden moeten kunnen lopen.”*



Deze visie op actieve participatie wordt gedeeld door onze deelnemers die zelf in de psychiatrie verbleven. Zo vertelde een van hen: *“Een grotere integratie van het ziekenhuis binnen de samenleving zou héél veel stigma wegnemen. Het feit dat je opgenomen bent betekent niet dat je uit de samenleving stapt, het feit dat je terug in de samenleving stapt betekent niet dat je helemaal uit het ziekenhuis stapt. Het zou beter zijn als die contouren wat vager worden.”*

Een man vertelde openhartig over de obstakels die hij daarbij ondervond: *“Ik vond het heel moeilijk om te praten over psychose tegen mensen. Die psychose breekt ergens uw contact met de realiteit en knipt uw sociale banden door. Sommige mensen weten wel wat er aan de hand is, maar heel veel mensen hebben misschien iets gehoord maar weten niet zo goed wat er gebeurd is, dan vullen ze dat zelf in, andere mensen weten helemaal niks. Hoe ga je dat gesprek aan om ergens een stukje te kaderen wat er met mij op dit moment aan de hand is. Ook als je opnieuw aan het werk gaat, vond ik dat heel moeilijk. Ik heb het mijn werkgever bijvoorbeeld nooit durven vertellen omwille van het stigma en de schaamte die ik op dat moment voelde over het feit dat ik een psychose had. Ik ben progressief terug gaan werken en ik heb daar heel weinig ondersteuning bij ervaren, waardoor ik daar ook weinig transparant in durfde zijn. Ook administratief was geleidelijk terug gaan werken een ingewikkelde kwestie. Ook bij sollicitaties vind ik dat een moeilijke evenwichtsoefening. Als je te open bent over alles wat je hebt meegemaakt, loop je het risico om afgewezen te worden, maar toch wil je ook authentiek zijn en wel jezelf kunnen zijn, dat vond ik erg lastig. Daar heb ik wel ondersteuning of begeleiding in gemist.”*

In zulke situaties kunnen oefening, begeleiding en ondersteuning een groot verschil maken. Mensen moeten geholpen worden om hun omgeving actief te tonen dat de vooroordelen niet op hen van toepassing zijn, en ze hebben steun nodig om op een constructieve manier met negatieve interacties om te gaan. Een vrouw die na haar opname als ervaringsdeskundige aan de slag ging, vertelde: *“Ik had op een bepaald moment hetzelfde probleem en dan heb ik dat met de psychiater geoefend. Wat ga ik nu precies zeggen tegen wie? Ik dacht, op een receptie kun je niet in vijf minuten vertellen wat er gebeurd is, maar toch weet iedereen dat er iets is gebeurd. We hebben dat dan geoefend, zoals je met een kind zou oefenen, Dat was voor mij heel waardevol. Om daarover na te denken ook. Wat ga ik zeggen als ik mensen tegenkom van de familie of mensen die ik wat minder goed ken, kennissen? Is het dan eigenlijk nodig om daarover te praten?”*

Een andere ervaringsdeskundige deelde een vergelijkbare uitdaging rond werkhervatting: *“Ik liep bij verschillende sollicitaties vast op de vraag ‘Wat moet ik hier precies over zeggen?’ Dan heb ik een jobcoach ingezet die me wel ondersteund heeft om mij te oriënteren naar mijn sterktes en interesses. Dat heeft geholpen om meer zelfzeker naar sollicitaties te gaan.”*



Deze getuigenissen onderstrepen het belang van maatwerk bij het opnieuw vinden van je plek in de samenleving: afgestemde ondersteuning die zowel de kwetsbaarheid als de veerkracht van mensen erkent.

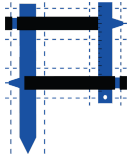
Kwartiermaken en wijkwerken

Herstelondersteuning veronderstelt ook een context die herstel mogelijk maakt. Daarom moet er niet alleen gewerkt worden aan het versterken van het individu, maar ook aan het ontvankelijker en inclusiever maken van de samenleving. Hier komen werkvormen zoals kwartiermaken en wijkwerken in beeld.

Kwartiermaken betekent letterlijk ruimte maken in de samenleving voor mensen die doorgaans uitgesloten worden. Het is geen individuele begeleiding, maar structureel werken aan het wegnemen van drempels, het bouwen van bruggen en het versterken van het sociale weefsel.

Een maatschappelijk werkster bij een mobiel team legt uit hoe haar rol zich uitstrekt tot het vormen van verbindingen tussen de geestelijke gezondheidszorg en de bredere samenleving: *“Wijkwerk en kwartiermaken zijn een groot deel van mijn taakomschrijving bij het mobiel team, en eigenlijk zou elke organisatie iemand moeten hebben die daarmee bezig is. Ik word deels door de gemeente betaald, net om ervoor te zorgen dat de gemeente onthalend kan zijn voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Maar dat is maar mogelijk doordat ik van mijn eigen werkgever het mandaat kreeg om meer naar buiten toe te werken. Als ik collega's van andere organisaties uitnodig, krijg ik soms als antwoord dat ze niet mogen, dat ze daar geen mandaat voor krijgen. Dat vind ik heel spijtig. Ik vind het echt een taak van de GGZ zelf om steden en de maatschappij de hand te reiken en om niet altijd te denken in cliëntgericht werken, maar om los van de cliënt te werken. In de gemeente waar ik werk, slagen we daar echt in, en is er echt een samenwerking. We trekken bijvoorbeeld maandelijks, samen met iemand van het CAW en met een medewerker van de gemeente met een busje naar buiten toe met koffie en thee. We installeren ons in een buurt, we bellen aan, nodigen mensen uit om iets te komen drinken, en te vertellen over hoe het is om in hun buurt te wonen en zo. Dat zijn heel kleine dingen waar je niet direct heel veel mensen mee bereikt en waar je geen groots resultaat mee kunt afvinken, maar die wel heel belangrijk zijn.”*

Kwartiermaken is vaak geen spectaculair proces. Het gebeurt in de marge, traag en gestaag, door gewoon aanwezig te zijn, mensen aan te spreken en geleidelijk aan vertrouwensrelaties op te bouwen. Een begeleider van een mobiel team geeft een concreet voorbeeld: *“Wijkwerking schept veel mogelijkheden. Bijvoorbeeld er was een bezoeker die niet mee naar een activiteit kwam nadat er een conflict was geweest, en doordat het in de wijk is, kunnen we makkelijk even langsgaan, die persoon opnieuw uitnodigen, waarna die toch terug naar de groep kon komen. Er ontstaat ook verbinding gewoon door daar ter plekke te zijn, in de*



buurt. Een dagkliniek is soms veraf, maar de buurt kom je tegen op straat. Je kunt een babbeltje hebben doordat je een aantal mensen leert kennen in de buurt.”

Buurtwerk versterkt het sociale netwerk, waardoor de nood aan ondersteuning vanuit de geestelijke gezondheidszorg potentieel afneemt. In plaats van te psychologiseren of te medicaliseren, ligt de nadruk op gemeenschapsvorming en informele steun. Een wijkwerker verwoordde het als volgt: *“Soms gaan mensen in dagtherapie omwille van de sociale context, terwijl er in de wijk zoveel buurthuizen zijn. Ik merk dat telkens we de overgang maken naar de buurt, dat het een meerwaarde is dat het in de buurt is, daar waar ze wonen, en dat ze daarvoor niet naar een ziekenhuis moeten gaan. Buurtwerk wordt ongelooflijk onderschat. Een aantal herstelondersteunende noties, zoals de CHIME-tabel, zijn daar al zo lang ingeburgerd, en dan niet theoretisch, maar in de praktijk. Daar wordt gewerkt met kwetsbare mensen, ze zien dat die mensen openbloeien door dingen te gaan doen. Die kwetsbare mensen, staan dan weer ten dienste van andere kwetsbare mensen, door bijvoorbeeld elke donderdag een ontbijt te organiseren voor de daklozen. Dat marcheert allemaal. De vraag is eigenlijk hoe we zorg zodanig kunnen inzetten in de wijk, dat het geen zorg moet worden genoemd, maar gewoon samenleven.”*

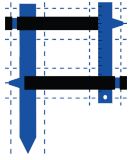
Deze manier van werken doet meer dan enkel hulp verlenen. Ze herstelt wederkerigheid, geeft betekenis en normaliseert kwetsbaarheid als deel van het gewone leven. Zoals een psycholoog uit een aanloophuis het kernachtig samenvatte: *“Misschien is wat men zegt over kinderen grootbrengen, ‘It takes a village to raise a child,’ hier ook wel van toepassing: ‘It takes a village to raise een kwetsbare mens.’”*

De kracht van sociaal-culturele verbindingen

De zorg voor mensen met een psychische kwetsbaarheid vindt steeds meer plaats *buiten* het ziekenhuis, in buurthuizen, verenigingen, sportclubs, sociaal-artistieke projecten en andere maatschappelijke settings. Die sociaal-culturele contexten kunnen een cruciale rol spelen in herstel, mits ze voldoende steun en omkadering krijgen.

Een maatschappelijk werkster actief in wijkwerking zag hoe kleinschalige initiatieven soms meer ruimte kunnen bieden dan professionele zorg: *“Soms is er in kleinschalige initiatieven, die veel laagdrempeliger werken, een grotere tolerantie voor het vreemde en zie je dat iemand daar dan toch gedijt.”*

Die openheid kan deuren openen die gesloten blijven in klassieke zorgcontexten. Een begeleidster van een artistiek project voor jongvolwassenen met psychosegevoeligheid illustreerde dat treffend: *“Soms, bij een publiek evenement van ons project, komt een zorgprofessional naar ons en zegt die over één van onze bezoekers ‘Amai, wat hebben jullie met die gast gedaan? Want wij hebben daar geen toegang toe gekregen in de maand dat hij bij ons opgenomen was.’”*



Vanuit de geestelijke gezondheidszorg wordt steeds meer geïnvesteerd in het creëren van gastvrije ruimtes in het maatschappelijk veld, maar dat vergt tijd en ondersteuning. Een psycholoog uit een mobiel team legde uit: *“Vroeger had beschut wonen een activiteitscentrum waar mensen naartoe gingen. We zijn daar vanaf gestapt, die dingen zijn gesloten. En de medewerkers die dat begeleidden, die gaan nu naar de dienstencentra, om daar gastvrije plekken te creëren waar psychiatrische patiënten ook aan de gewone activiteiten kunnen deelnemen. Dat is een belangrijke omslag naar kwartiermaken, naar participeren aan de maatschappij, enz. Maar die dienstencentra staan daar in eerste instantie ook niet voor te springen. Die moeten daarin begeleid worden”*

Het vraagt ook van zorgverleners dat ze hun werk uitbreiden tot *achterwacht* en ondersteuning voor mensen buiten de formele zorg. Een andere psycholoog verduidelijkte: *“Het contact met mensen met een psychotische problematiek loopt soms moeizaam, en dat is niet altijd makkelijk voor mensen die niet in de zorg werken. We zien dat soms ook bij zorgkundigen in de thuisomgeving of poetshulp. Het lukt niet iedereen om bij dat contact, hoe vreemd het soms ook voelt, voldoende rustig te blijven en er niet van weg te lopen. Het is de verantwoordelijkheid van de zorg om de reguliere actoren daarbij te ondersteunen.”*

De eerste psycholoog ging verder: *“Het is een belangrijk werk voor ons, als geestelijk gezondheidszorgwerkers, om mensen daarin te begeleiden, om eens te bellen met die zorgkundige, er naartoe te gaan als het lastig is, eens langs te gaan op het moment dat die bij de cliënt is.”*

Ook vrijwilligers worden steeds vaker geconfronteerd met kwetsbare mensen die een beroep doen op sociale initiatieven buiten de GGZ. Een wijkwerker beschreef hoe essentieel het is dat zij zich gesteund voelen: *“We moeten beseffen dat vrijwilligers eigenlijk ook meer en meer te maken krijgen met kwetsbare burgers in de maatschappij. De mensen met de meest complexe problematiek, die krijg je nog maar moeilijk doorverwezen, dus die komen heel vaak in een uitsluitingsmechanisme terecht, komen op straat terecht en die gaat dan in een buurthuis iets drinken. En dan hebt je een vrijwilliger die dan eigenlijk te maken krijgt met een doelgroep met de zwaarste problematiek, die eigenlijk zorg zou moeten krijgen. Maar de zorg kan het niet, want ‘de problematiek past niet bij onze zorg’ of ‘valt buiten de doelgroep,’ enz. En dan vind ik het ook belangrijk als je die mensen toch een plek wil geven, dat die vrijwilliger weet dat die mij mag bellen als het moeilijk gaat, en ik merk, doordat een vrijwilliger weet dat ze op mij kunnen terugvallen als ze met iemand met een moeilijkere problematiek aan de slag gaan, is de bereidheid heel groot om die toch te ontvangen, in plaats van te zeggen ‘nee nee, dat gaat hier niet,’ of ‘die past hier niet.’ En ik heb nog nooit moeten tussenkomen.”*

De nood aan structurele samenwerking tussen zorg en andere sectoren is dan ook groot. Zoals een psycholoog uit een sociaal-artistiek project stelde: *“Ik denk dat er ook op overheidsvlak veel meer samenwerking moet zijn tussen cultuur, zorg, en onderwijs. Er is een groep patiënten die we bereiken en die we kennen in het ziekenhuis, maar er is ook een hele grote groep die*



we niet bereiken en die we zelfs niet kennen. Er is bijvoorbeeld een groep jongeren die nooit hun plek gevonden hebben in het medisch therapeutisch kader, die misschien een paar mislukte hulpverleningstrajecten hebben gehad, die de zorg hebben opgegeven en daar geen verwachtingen meer van hebben, maar die wel in ander sectoren, buiten de zorg, opduiken, op ontmoetingsplekken van straathoekwerk, in sociaal-culturele projecten. En dan gaan de mensen die daar werken er toch mee aan de slag, die doen dat eigenlijk zonder psychiatrische of hulpverlenersachtergrond. Die doen dat, denk ik, puur vanuit een verwelkomende houding en dan zie je inderdaad dat daar veel kan ontstaan en dat die jongeren daar dan relatief goed kunnen functioneren. Of niet, en dan zijn ze weg. Maar bij die mensen is er wel een heel grote nood aan toch wat ondersteuning vanuit het psychiatrische deel van de zorg. Wij krijgen de vraag wel regelmatig en dat ligt dan moeilijk, dan moeten wij ook buiten de lijntjes kleuren. Want eigenlijk vragen zij 'kun je niet gewoon een halve dag bij ons in de werking komen rondlopen en beschikbaar zijn mocht een jongere een vraag hebben.' Maar dat is dan administratief moeilijk, dan ben je daar een halve dag, waarbij je eigenlijk geen patiëntencontact kunt registreren. Dan moet je eigenlijk al op zoek gaan naar projectfinanciering om daar te kunnen een halve dag aanwezig zijn tussen die jongeren en eventueel bottom-up vragen en zo te kunnen beantwoorden. Ik denk dat een samenwerking tussen welzijnsinstellingen en niet-welzijnsinstellingen heel veel mogelijkheden zou scheppen."

Verdraagzaam en tolerant voor verschil

De vermaatschappelijking van de zorg vraagt niet alleen dat de zorg zich meer naar de samenleving toe beweegt, maar ook dat die samenleving meer zorgend wordt. Dat betekent een grotere verdraagzaamheid voor verschil, een tolerantie voor afwijking, en een bereidheid om kwetsbare medeburgers als volwaardige burgers te blijven zien. Om dat te realiseren is maatschappelijke betrokkenheid nodig. Onze participanten staan in die zin kritisch ten aanzien van de collectieve tendens tot individualisering. Als antwoord daarop is actie nodig die een empathische basishouding binnen de samenleving versterkt.

Een psycholoog die internationale praktijken vergeleek, vertelde: *"Bij een uitwisseling met collega's uit Scandinavië, viel mij op dat zij het woord patiënt of cliënt niet meer gebruiken, maar ze gebruiken het woord 'burger' of 'medeburger.' En toen ik daar uitleg over vroeg zeiden ze 'we hebben eigenlijk niks tegen dat woord, maar als we praten over burgers en medeburgers, dan herinneren we onszelf eraan dat dat eigenlijk iemand is zoals ons, iemand die ergens wil wonen, werken, en leven. Net als wij.'"*

Het belang van die gelijkschakeling kan niet onderschat worden. Toch blijft het streven naar volwaardig burgerschap voor mensen met een psychische kwetsbaarheid in de praktijk vaak botsen op structurele hindernissen. Zoals een leidinggevende van een mobiel team het scherp stelde: *"De vermaatschappelijking van de zorg verloopt niet vlot omdat men gewoon vergeten is dat er een maatschappij is. Alles is gericht op de hulpverlener-cliënt relatie. En dat moet vermaatschappijken. Maar je hebt daarin een derde partner, de maatschappij waarbinnen*



dat moet gebeuren en daar wordt weinig op ingezet. Ik denk dat dat een groot mankement is aan het huidige zorgsysteem.”

Stigma en uitsluiting zijn daarbij geen abstracte begrippen, maar worden diep gevoeld in het dagelijkse leven van mensen. Een partner van een psychosegevoelige man deelde haar ervaring: *“Gemeenschapszorg bestaat niet meer. Ik zou nochtans veel rapper geneigd zijn om iemand uit mijn omgeving op te bellen, maar dat voelt vaak toch niet veilig aan. Je sociaal netwerk, je identiteit, dat is toch broos. Mensen vinden het lastig om bij problemen betrokken te worden, bewaren liever een veilige afstand, en je wordt al snel gestigmatiseerd.”*

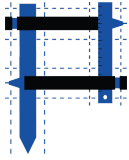
Een ervaringsdeskundige gaf aan dat zelfs basale vormen van nabijheid en acceptatie soms ver zoek zijn: *“Inclusie is toch dikwijls een illusie. Een vriendin van mij is nu sinds heel recent opgenomen in Kortenberg en haar vader durfde de trein niet te nemen naar Kortenberg omdat hij dacht dat de mensen gingen denken dat hij naar het zottenhuis ging. Zo denken mensen nog altijd. Inclusie is een heel mooi verhaal maar is dikwijls een illusie.”*

Deze getuigenissen maken duidelijk dat het werk aan een inclusieve samenleving zich niet beperkt tot beleidsnota's of zorgpraktijken. Het vergt een diepgaande maatschappelijke cultuurverandering, waarin zorg voor elkaar—ook voor wie afwijkt—opnieuw als een gedeelde verantwoordelijkheid wordt gezien. De geestelijke gezondheidszorg kan hierin een gids zijn, maar heeft daarvoor ook de medewerking van onderwijs, media, buurtwerkingen en beleidsmakers nodig. Het gaat uiteindelijk niet enkel om toegang tot zorg, maar om toegang tot gemeenschap.

Onbedoelde uitsluitingsmechanismen plaveien de weg naar slechte zorg

In een samenleving die inzet op participatie en inclusie zijn uitsluitingsmechanismen soms subtieler dan men denkt. Ze zijn zelden kwaadwillig, maar des te verraderlijker. Een begeleider van een inloophuis merkte op: *“Alle verenigingen zeggen ons ‘we staan open voor iedereen,’ maar hun organisatie maakt dat ze soms onbedoeld mensen uitsluiten. Bijvoorbeeld, soms moet je ergens lid zijn om te kunnen deelnemen, of je engageren voor een hele reeks van iets, en voor veel van ons werkt die stok-achter-de-deur-mentaliteit motiverend, maar voor een deel van onze bezoekers werkt dat net tegenovergesteld en is het zich inschrijven voor een cursus of een reeks ateliers een te grote verwachting, die ze vrezen niet te kunnen waarmaken, waardoor ze al op voorhand afhaken. Niet iedereen is met hetzelfde concept van engagement gediend. Soms werkt het voor onze mensen beter als het vrijblijvend kan zijn.”* Wat voor de ene motiverend is, werkt voor de ander verlamdend. Niet iedereen past in hetzelfde format van engagement. Daarom is afstemming op maat nodig, zodat wie daar nood aan heeft, ook via vrijblijvendheid, flexibiliteit en laagdrempeligheid de kans krijgt om te participeren.

De druk om te conformeren gaat vaak verder dan alleen het deelnemen aan activiteiten. In maatschappelijke en zorgdiscoursen klinkt regelmatig de verwachting door dat mensen



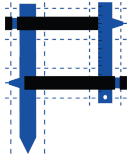
uiteindelijk weer ‘een functionerend deel van de maatschappij’ moeten worden. Een man die opgenomen was na een psychose verwoordde het als volgt: *“Ik word daar soms zot van als ik dingen hoor als ‘de bedoeling is uiteindelijk om van de patiënt terug een functionerend deel van de maatschappij te maken.’ Dan stop je iemand weer in een hokje waarbij hij aan bepaalde verwachtingen moet voldoen. Waarom laat je iemand niet eerst en vooral zichzelf zijn, voor zolang dat hij dat nodig heeft. De achterliggende gedachte lijkt toch dat iemand uiteindelijk weer aan het werk moet, en dat is dan succes. Maar dat is geen succes, dat is iemand gewoon terug in de machine laten passen. Alsof alleen betaald werk maatschappelijk waardevol is. Arbeid is niet de enige bijdrage. Je kunt ook betekenis hebben en bijdragen door er te zijn voor andere kwetsbaren als die dat nodig hebben. Als je dat kunt, is dat eigenlijk evenveel waard als een voltijdse job. Er zou geen onderscheid gemaakt mogen worden tussen die zaken.”*

Die nauwe opvatting van maatschappelijke waarde—waarin betaalde arbeid de norm is—sluit velen uit die om diverse redenen niet kunnen werken, maar wel kunnen bijdragen op andere manieren.

Ook op structureel niveau zijn uitsluitingsmechanismen ingebed. Een vader van een psychosegevoelige man wees op het gebrek aan maatschappelijke ondersteuning: *“Uiteindelijk gaat het over hoe organiseer je als samenleving de zorg voor het omgaan met kwetsbaarheid, en niet alleen voor psychose. Je zou kunnen zeggen dat er in de gehandicaptensector al veel meer ontwikkeld is om daar maatschappelijke prothesen en solidariteit rond te organiseren. En dat moet eigenlijk nog gebeuren voor psychosezorg. Psychose blijft iets beangstigend, bevreemdend, dat steken we weg.”*

Die ‘wegsteekcultuur’ heeft historische wortels, zoals een psycholoog opmerkte: *“Psychiatrische ziekenhuizen werden oorspronkelijk gebouwd ver van de steden. Weggestoken. Die mensen werden weggestopt in een instelling en die kwamen daar eigenlijk nooit meer uit. De maatschappij had die uitgespuwd. Dat is de geschiedenis die ons enorm parten speelt.”*

Tegen deze achtergrond biedt kwartiermaken een andere benadering: ruimte maken voor verschil, zichtbaar maken wat vaak onzichtbaar gehouden wordt. Een psycholoog van een aanloophuis gaf een voorbeeld: *“Toen we merkten dat we door de buurt gewantrouwd werden, zijn we beginnen met kwartiermaken: verbinding zoeken met de buurt, ruimte creëren voor het anders zijn. Eén keer per maand is het huis open voor iedereen. Ondertussen komen de Turkse vrouwen van de markt koffie drinken, de patattenboer brengt patatjes, de Roma’s komen mee muziek spelen, dat wordt verbindend in de buurt. Het beeld dat mensen uit de buurt hebben van onze bezoekers verandert, die krijgen een gezicht, een narratief, en worden niet meer zo argwanend bekeken.”*



Zorg voor kwaliteit vraagt niet alleen professionele inzet, maar ook sociale verbeelding: het vermogen om mensen niet te reduceren tot hun kwetsbaarheid, en om systemen zó te organiseren dat niemand zich op voorhand buitengesloten voelt.

Laagdrempeligheid als sleutel tot participatie

Inclusie begint bij laagdrempeligheid, maar vaak is het moeilijk om ruimer aansluiting te vinden bij de samenleving. Een familie-ervaringsdeskundige verwoordde het treffend: *“Kwetsbare mensen zorgen voor andere kwetsbaren. Maar het zou niet alleen maar een eilandje mogen zijn. Met ons ontmoetingshuis proberen we de buurt te betrekken om zo het draagvlak te vergroten. Maar dat is moeilijk. We bereiken een aantal buurtbewoners, maar voor de meesten blijven we een plek waar enkel de kwetsbaren naartoe gaan.”*

Die moeilijkheid wordt versterkt door een gebrek aan politieke steun. Ontmoetingsplekken die expliciet werken rond psychische kwetsbaarheid worden niet altijd welkom geheten. Een vrijwilligster uit een ontmoetingshuis vertelde: *“Soms is er politieke onwil, ons ontmoetingshuis wordt gezien als een risico in een gemeente, dat hebben ze niet graag, want ‘oei, daar gaan al die mensen naartoe, dagelijks.’ We zitten op een zichtbare plaats en we merken dat het stadsbestuur geen fan is.”*

Zelfs wanneer er wel politieke aandacht is, gaat die vaak gepaard met strategische framing en esthetiek. Een maatschappelijk werkster merkte op: *“De gemeente heeft de neiging om vooral initiatieven te ondersteunen waar ze goed mee kan uitpakken, en vragen ons dan om zaken op zo’n manier te formuleren dat het op papier alle hokjes afvinkt, dat we de juiste woorden gebruiken om te omschrijven welke doelgroep we bereiken met welke activiteit, waarbij ze soms voorbijgaan aan waar het echt om draait.”*

Het streven naar zichtbaarheid botst bovendien met een andere realiteit: voor sommige mensen is een zekere mate van anonimiteit of ‘onzichtbaarheid’ juist essentieel. Een begeleidster van een artistiek project met jongeren met psychosegevoeligheid zei: *“Het beleid ondersteunt graag initiatieven die vooral bij hun agenda passen of fotogenieke initiatieven waar ze mee kunnen pronken. Terwijl het belangrijk is om ook verschillende gradaties van zichtbaarheid toe te staan. Als een initiatief dat zich meer in de marge afspeelt plots onder de aandacht valt, dan worden alle ogen erop gericht, moeten ineens alle vergunningen in orde zijn en wordt dat een te zichtbare mainstream plek, waardoor dat die plek waar sommige mensen zich thuis voelden weer een plek wordt waar ze zich niet meer thuis voelen. Welke marge is er dan nog? Dat vind ik ook heel belangrijk als stad, dat je mensen die de zichtbaarheid niet opzoeken, dat je daar ook genoeg plekken voor vrijwaart.”* Een maatschappelijk werkster van een mobiel team vulde aan: *“Niet elk initiatief moet in de boekskes komen. Steun het zonder met de pluimen te willen gaan lopen.”*



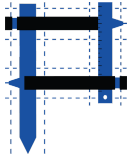
Inclusie, hoe belangrijk ook, kent grenzen. Een aantal stemmen in het veld waarschuwen voor een doorgeschoten norm van aangepastheid. Wat als iemand niet kán of wíl voldoen aan die norm? Een psychiatrisch verpleegkundige stelde: *“Er zijn eigenlijk maar weinig plaatsen waar mensen nog ziek mogen zijn of mogen zijn hoe ze zijn. Er zijn soms mensen die onaangepast zijn of blijven of willen zijn. En daar botsen we toch vaak op grenzen. En dat lokt frustratie uit, zowel bij patiënten als bij hulpverleners. Bijvoorbeeld op de afdeling waar ik werk zijn er mensen die blijvend symptomen hebben, en als die dan iets teveel aan de voordeur dat gedrag vertonen, dan worden we daar toch wel vaak op aangesproken. Ook door de directie, zo van ‘Is dat wel oké?’ En we merken ook dat we sommige mensen nog maar moeilijk uit het ziekenhuis krijgen omdat er zo weinig plaatsen zijn in de maatschappij waar je nog mag anders of onaangepast zijn.”*

Een maatschappelijk werkster voegde daaraan toe: *“Van iemand die in een rolstoel zit verwacht men ook niet dat hij de trap op kan. Dan is het ook moeilijk om te verwachten van iemand die psychotisch is dat hij niet psychotisch is.”*

Een moeder van een jongeman met ervaringen met psychose verwoordde het eenvoudig en krachtig: *“In een maatschappij heb je allerlei mensen, en sommigen zijn psychosegevoelig en anderen hebben misschien ADHD, en eigenlijk moet een maatschappij leren dat niet iedereen ‘normaal’ is.”*

Een psycholoog van een opnameafdeling voor psychosezorg bracht dit terug tot de kern van de inclusieparadox: *“We moet toch ook opletten dat we, door alles inclusief te maken, niet weer bepaalde mensen uitsluiten. Er zijn mensen die altijd een soort plek speciaal voor psychiatrische patiënten zullen nodig hebben. Daar ben ik echt van overtuigd. Hoe zorgzaam en hoe warm uw buurt ook is. Patiënten moeten inderdaad de mogelijkheid krijgen om ergens een rol op te nemen, maar dan moet het wel op hun eigen manier kunnen, maar de realiteit is, waar mensen samen zijn, is dat niet altijd zo gemakkelijk. Er zullen altijd ontmoetingsplekken nodig zijn, specifiek voor psychisch kwetsbare mensen. Bijvoorbeeld, in een stad waar ik ooit netwerkcoördinator was, hadden we het initiatief om de CAW-buurthuizen inclusief te maken, zodat psychiatrische patiënten er ook welkom zouden zijn. We investeerden daar fors in, zetten GGZ-professionals in om de bestaande buurtwerking te versterken, en we zijn daarin geslaagd. Een groot succes. Alleen, zo bleek, na een half jaar kwamen daar alleen nog maar psychiatrische patiënten. Alle andere mensen bleven weg. Inclusie heeft zijn grenzen.*

Hij vervolgde met een sprekend voorbeeld: *“Een kunstproject dat ik begeleid was initieel enkel voor deelnemers uit de psychosezorg toegankelijk. Maar dat was zo populair, ook mensen met andere problematieken wilden daar naartoe komen, dan hebben we dat opengesteld, we wilden immers niemand uitsluiten. Maar wat zie je dan gebeuren, hoe ‘gezonder’—zo heet dat dan—mensen zijn, hoe meer die nood hebben aan afspraken, aan regels, en daar moet dan over vergaderd worden, en dan zie je die sfeer het project binnensluipen. En geleidelijk aan*



verdwijnen de mensen die psychosegevoelig zijn uit het project, die hebben geen nood aan dergelijke regels en afspraken, die vinden dat alleen maar lastig. Dat is het probleem van inclusie, daar zit een inherente spanning met de onaangepastheid van de psychose.”

De oproep uit al deze stemmen is helder: zorg voor plekken waar mensen welkom zijn zoals ze zijn, zonder voorwaarden, zonder druk om te ‘normaliseren,’ zonder verborgen drempels. Niet alles hoeft inclusief te zijn om rechtvaardig te zijn. Soms betekent zorg ook: ruimte maken voor verschil, onaangepastheid toelaten, en laagdrempeligheid écht ernstig nemen.



5. Discussie

5.1 Bevindingen

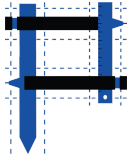
Om te bekomen dat personen met psychosegevoeligheid en hun naasten optimaal ondersteund worden, zijn er aanpassingen nodig in hoe we collectief over geestelijke gezondheidszorg nadenken. Internationaal zijn er tal van onderzoeksbevindingen en beleidsaanbevelingen beschikbaar die aangeven welke richting we daarbij moeten uitgaan. De inleiding van dit onderzoeksrapport geeft een overzicht van dit brede pallet aan uitdagingen, wat meteen ook duidelijk maakt dat een aantal eenvoudige aanpassingen niet volstaan om dit in de praktijk te realiseren. Zo moet zorg herstelondersteunend worden ingericht, vlot toegankelijk zijn, en inclusie in alle aspecten van ons samenleven bevorderen.

Toch kunnen we in de praktijk van alledag veranderingen doorvoeren die herstelondersteuning stimuleren. Uit de bestaande onderzoeksliteratuur konden we besluiten dat herstel in de praktijk maar echt ingang vindt als het concrete handelen van professionals daarop is afgestemd. Maar wat houdt dit precies in? Dat is de centrale vraag uit deze studie.

Aan 77 respondenten uit diverse stakeholdergroepen werd de vraag voorgelegd hoe zij de psychosoziale zorg van de toekomst concreet zouden vormgeven. Vertrekkend vanuit een analyse van de sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen van de huidige geestelijke gezondheidszorg, resulteerde deze bevraging in dertien concrete actiepunten voor hulpverleners, gericht op het ondersteunen van personen met psychosegevoeligheid en hun naasten. We kozen er bewust voor om deze actiepunten te formuleren aan de hand van actieve werkwoorden, aangezien ze verwijzen naar essentiële interventies die nodig zijn voor de realisatie van een meer herstelondersteunende zorgpraktijk.

Een eerste cluster van actiepunten had betrekking op de interactie tussen zorgprofessionals enerzijds en patiënten en hun naasten anderzijds. Elementen zoals een warm onthaal, een respectvolle en verbindende omgangsstijl, het relationeel werken, en het samen vormgeven aan het dagelijkse samenleven, werden genoemd als voorwaarden voor betekenisvol contact. Investeren in deze aspecten verhoogt de kwaliteit van de zorg.

Binnen deze interacties is het echter onvermijdelijk dat misverstanden en meningsverschillen optreden of verkeerde beslissingen genomen worden. Cruciaal is dat dergelijke gebeurtenissen de zorgkwaliteit niet hoeven te ondermijnen. Zorgprofessionals moeten fouten kunnen erkennen en daarover in gesprek gaan met patiënten en hun naasten, steeds vanuit een houding van gelijkwaardigheid. Een laagdrempelige en respectvolle omgang moet bovendien onvoorwaardelijk zijn. Dit impliceert dat zorggebruikers zich altijd welkom moeten kunnen voelen, ook tijdens momenten van crisis en verwarring, en dat er ruimte is voor verschil en diversiteit. Exclusiecriteria moeten tot een strikt minimum beperkt worden.



Interactie binnen herstelondersteunende zorg vereist bovendien dialoog en samenwerking, waarbij de ervaringskennis van patiënten en hun naasten expliciet wordt erkend als een volwaardige vorm van expertise. Deze expertise wordt niet alleen gewaardeerd, maar ook actief geïntegreerd in het zorgproces. Een gemoedelijke en veilige sfeer is hierbij fundamenteel. Hoe deze interactie concreet gestalte krijgt, valt echter niet volledig vooraf te bepalen. Het vraagt om tijd en ruimte om de eigenheid van elke persoon te leren kennen en daar responsief op in te spelen. Door samen aanwezig te zijn in het dagelijkse doen en laten, ontstaat ruimte voor authentieke ontmoeting, waarin de subjectiviteit van de ander werkelijk erkend en begrepen kan worden.

Een tweede cluster van actiepunten had betrekking op het individuele zorgtraject, dat volgens de participanten centraal moet staan. De nood aan zorgcontinuïteit werd hierbij herhaaldelijk benadrukt. Het realiseren van dergelijke continuïteit vergt een houding van geduld en volgehouden betrokkenheid, ook in een context waarin efficiëntie-eisen en tijdsdruk vaak de bovenhand nemen. Niet alleen tijdens een residentiële opname, maar gedurende het volledige traject moet zorg toegankelijk zijn en voortbouwen op de zorgcontacten die de patiënt als steunend ervaart.

Hoewel protocollen richtinggevend kunnen zijn, mag hun toepassing nooit rigide zijn of ten koste gaan van persoonsgerichte zorg. Aangezien elk hersteltraject uniek is, laat het zich niet vatten in een vastomlijnd stramien. Het vergt tijd en ruimte om de eigenheid van de patiënt te leren kennen en hierop afgestemd te handelen. Zorg moet dus steeds responsief zijn ten aanzien van de uitdagingen, vragen en noden van de zorgvrager, eerder dan gestuurd te worden door een vooraf bepaald aanbod van de professional. Wanneer dit aanbod te sterk op de voorgrond treedt, bestaat het risico dat de unieke logica en het ritme van de cliënt worden ondermijnd. Verantwoordelijkheid binnen het zorgproces is gedeeld en vraagt om structurele afstemming tussen professionals en patiënten, samen met hun naasten. In de resultatensectie staan tal van voorbeelden die tonen hoe dit in de praktijk vorm kan krijgen en kan zorgen voor betere kwaliteit binnen de zorg.

Vervolgens werden crisissituaties frequent genoemd als struikelblok in de zorg. Personen die een psychotische ervaring doormaken, geven vaak aan dat de realiteit op momenten van crisis als onveilig en bedreigend wordt ervaren. In dergelijke situaties is het van essentieel belang dat zorgverleners de-escalerend handelen. Deelnemers benadrukten het belang van presentie, nabijheid en relationele afstemming als fundamentele factoren in het omgaan met crisismomenten.

Tegelijkertijd kan het werken met mensen die psychotische belevingen ervaren ook voor hulpverleners confronterend en destabiliserend zijn. Zij worden uit hun persoonlijke comfortzone gehaald en geconfronteerd met gevoelens van onzekerheid en angst. Dergelijke reacties zijn dan ook niet ongewoon. Cruciaal is echter dat lastige situaties bespreekbaar worden gemaakt, met als centrale vraag hoe men er beter mee kan omgaan, zodat ze niet



leiden tot vermijding of afstandelijkheid. Omgaan met professionele kwetsbaarheid vereist een veilige teamcultuur waarin intervisie en supervisie structureel zijn ingebed. Op die manier kunnen uitdagende zorgsituaties en lastige confrontaties constructief worden gekaderd, wat bijdraagt aan de duurzaamheid en kwaliteit van de zorgverlening.

Ten slotte werd de maatschappelijke en contextuele inbedding van herstel expliciet onder de aandacht gebracht. Herstel werd hierbij nadrukkelijk niet opgevat als een louter individueel proces, maar als iets dat slechts tot ontplooiing kan komen binnen een ondersteunende sociale context. Het actief aangaan van verbindingen en het betrekken van relevante contextfiguren—zoals familieleden, vrienden, buurtwerkers of werkgevers—werd beschouwd als essentieel voor duurzame herstelondersteuning, aangezien dergelijke relaties het herstelproces aanzienlijk kunnen bevorderen.

Het betrekken van vertrouwensfiguren dient daarbij niet als een gunst of uitzondering te worden beschouwd, maar als een structureel en vanzelfsprekend onderdeel van de zorgpraktijk. Wie deze vertrouwenspersonen zijn, moet steeds in dialoog met de patiënt worden bepaald, met respect voor diens comfort en zelfbeslissingsrecht. Het beroepsgeheim mag niet worden aangegrepen als reden om naasten niet te beluisteren of geen contact met hen te onderhouden. Integendeel: het zoeken naar zorgzame afstemming met het netwerk van de cliënt is een wezenlijk onderdeel van herstelondersteunende zorg. Het is in die zin dan ook belangrijk dat hulpverleners via vorming, intervisie en supervisie ondersteund worden om goed te communiceren met familie en andere naasten.

Bij de bespreking van deze dertien actiepunten, stellen we bovendien vast dat er geen significante verschillen bestaan tussen (ex-)patiënten, hun naasten en professionals, wat betreft hun visie op goede, herstelondersteunende psychosezorg. Wel zijn er een aantal kleine accentverschillen: zo besteedden verpleegkundigen globaal bijvoorbeeld meer aandacht aan de dagelijkse interacties met patiënten, terwijl psychiaters eerder focusten op de impact van bepaalde beleids- en organisatorische keuzes. Ondanks deze verschillen, berusten alle aanbevelingen op de input van de verschillende groepen participanten.

Bij het eerste actiepunt—*Zorg voor een warm onthaal en een vriendelijke omgangsstijl*—werd vanuit het patiëntenperspectief bijvoorbeeld sterk benadrukt hoe verschillend het aanvoelt om op een warme manier te worden ontvangen, in tegenstelling tot een medisch-protocollair onthaal. Maar ook hulpverleners getuigden hoe bijvoorbeeld een te sterke focus op registratie en administratie een warm onthaal en de mogelijkheid tot echte ontmoeting kan belemmeren.

Het actiepunt *Luister naar en werk mét de context* werd vanzelfsprekend dan weer sterk benadrukt door familieleden en naasten, maar is net zo goed gebaseerd op uitspraken van personen met psychose-ervaring als van hulpverleners. Kortom, geen enkele aanbeveling is



exclusief toe te schrijven aan één van de groepen participanten. Ze zijn allemaal gedragen door en gebaseerd op de inbreng van alle groepen betrokkenen.

5.2 Terugkoppeling naar de onderzoeksliteratuur

We zien doorheen deze studie ons openingsstatement bevestigd. De getuigenissen, verhalen en de praktijken waar over gerapporteerd werd doorheen dit onderzoek, leren ons dat er zeker goede, kwaliteitsvolle, verwelkomende, humane psychiatrische psychosozorg is in Vlaanderen. Een aantal praktijken en werkvormen tonen heel helder hoe we herstelondersteunende psychosozorg kunnen verwezenlijken. De participanten aan ons onderzoek leren ons echter ook dat er zorg is die nog niet aan deze kwaliteitseisen voldoet, zorg die al te medisch en protocollair is, waar weinig ruimte is voor inspraak en overleg, en die soms zelfs als gewelddadig en traumatiserend ervaren wordt.

In de volgende paragrafen koppelen we onze bevindingen aan onze eerdere bespreking van de onderzoeksliteratuur. We besteden daarbij zowel aandacht aan de link met bestaande richtlijnen en kaders, als aan de uitdagingen die we eerder situeerden op vlak van maatschappij en gemeenschap, context en instellingen, en op vlak van de rol van zorgverleners en zorggebruikers.

Uit de rapportage van onze participanten blijkt dat herstelondersteunende zorg alvast niet gaat over het implementeren van een of andere specifieke methodiek. Wellicht zit daarin een deel van de verklaring voor waarom het verwezenlijken van een herstelondersteunende zorg op hindernissen stoot, het vergt een paradigmaverschuiving, eerder dan het toevoegen van een bepaalde werkvorm of praktijk aan bestaande zorg. Dit sluit aan bij de bevindingen uit de onderzoeksliteratuur (zie o.a. Martinelli & Ruggeri, 2020; Ørjasæter & Almvik, 2022). Van de specifieke methodieken die we in 1.2 vermelden komen volgende terug in onze resultaten: het werken met ervaringsdeskundigen en voorafgaande wilsverklaringen (het crisisplan). Er waren verder geen specifieke methodieken die eruit sprongen. De enige ‘merknaam’ van methodiek die over de 4 groepen heen terugkwam was de *Open Dialogue* methode. De richtlijnen die we in 2.8 vermeldde, komen wel zowat allemaal in één of andere vorm ook terug in onze resultaten.

De kloof tussen theorie en praktijk waar de onderzoeksliteratuur ons op wees (zie o.a. Jaiswal et al., 2020; Lau & Hutchinson, 2021; Waldemar et al., 2016), kwam ook in onze resultaten naar voren. Er zijn veel goede ideeën over hoe de zorg te organiseren, maar die raken niet altijd verwezenlijkt, of botsen in de praktijk op beleidsmatige of praktische bezwaren. Er werden geregeld spanningen gerapporteerd tussen hoe een ideale herstelondersteunende zorg er zou kunnen uitzien en de praktische, organisatorische en beleidsmatige hindernissen waar men in de dagelijkse praktijk op botst.



Heel wat sleutelementen uit de beleidsdocumenten die we in 1.3 bespraken zijn nog verre van verwezenlijkt. Bijvoorbeeld het *Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid, Strategisch Plan 2017–2019* (2016) beoogt: een netwerkgeoriënteerde zorg die continuïteit van zorg en zorg op maat garandeert; een kracht- en herstelgerichte zorg met focus op de omgeving en op verschillende dimensies van herstel; een zorg waarbij de cliënt centraal staat in zijn zorg en deze bepaalt, in overleg met zijn informele en formele zorgverleners. Dit komt terug in onze actiepunten: 4. *Stel het traject en het verhaal van de patiënt centraal*; 5. *Bewerkstellig zorgcontinuïteit*; 7. *Luister naar en werk mét de context*; 9. *Organiseer zorg in samenspraak*.

Nog een doelstelling uit hetzelfde actieplan: een presente hulpverlening met focus op een nabije relatie met respect voor ieders waardigheid; een zorg waarin participatie centraal staat, en die inzet op ervaringsdeskundigheid; een zorg die vorm krijgt vanuit een regelluw kader. Dit komt terug in onze actiepunten: 2. *Laat experts ontmoetend werken*; 8. *Betrek ervaringsdeskundigen*; 12. *Laat gedeelde verantwoordelijkheid primeren boven procedures*.

De actiepunten uit deze blauwdruk kunnen beschouwd worden als een reeks praktische richtlijnen om herstelondersteunende praktijken, die op beleidsniveau als abstracte doelstellingen geformuleerd werden, concreet in de zorg te verwezenlijken. Deze actiepunten zijn veelal niet verrassend of vernieuwend, maar bevatten zeer concrete voorstellen en praktijkvoorbeelden om herstelondersteunende principes in het dagelijkse handelen vorm te geven.

Het gaat hierbij soms om zeer eenvoudige, maar fundamentele zaken, zoals actiepunt 1. *Zorg voor een warm onthaal en een vriendelijke omgangsstijl*, illustreert. Hierbij gaat het om alledaagse menselijke omgangsvormen die buiten de kliniek als vanzelfsprekend beschouwd worden (we stellen ons voor als we iemand voor het eerst ontmoeten, we bieden iemand iets te drinken aan als die op bezoek komt, we geven een kleine rondleiding als iemand op een nieuwe plek toekomt), maar die in de kliniek soms veronachtzaamd worden (zie ook Wood et al., 2019). Zoals een psycholoog van een opnameafdeling voor psychose zei: *“In de psychosezorg moeten we eigenlijk gewoon proberen zo normaal mogelijk te doen.”* Een ander eenvoudig maar cruciaal principe vinden we terug in actiepunt 6. *Heb geduld in tijden van haast*, dat draait rond het idee dat herstel vaak tijd nodig heeft en zich niet in een door een behandelkader vooropgestelde tijdsduur laat dwingen.

We volgen in onze discussie de indeling die we in de bespreking van de internationale onderzoeksliteratuur hanteerden en zoomen daarbij in van maatschappij en gemeenschap, langs context en instelling, naar de zorgverlener en de zorggebruiker.

De getuigenissen van onze participanten bevestigen de maatschappij als noodzakelijk element in het organiseren van een herstelondersteunende psychosezorg. Als we nadenken over herstelondersteunende, vermaatschappelijkte psychosezorg *“mogen we niet vergeten dat er een maatschappij is.”* Deze blauwdruk focust specifiek op de organisatie en werking van de



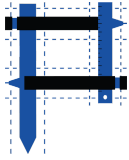
geestelijke gezondheidszorg, maar het thema van de maatschappij en stigma kwam geregeld aan bod. Zoals een moeder zei: *“eigenlijk moet een maatschappij leren dat niet iedereen ‘normaal’ is.”* Geestelijke gezondheidszorg kan hierbij geen *“geïsoleerd eilandje”* blijven, maar dient ingebed te zijn in maatschappelijke structuren en gemeenschapsinitiatieven die open staan voor ieders kwetsbaarheid, dus ook voor psychosegevoeligheid.

Dit sluit aan bij conclusies uit de onderzoeksliteratuur over het implementeren van herstelondersteunende zorg, waar eveneens de maatschappelijke context als cruciaal element erkend wordt (zie o.a. Chester et al., 2016; Martinelli & Ruggeri, 2020; Patel et al., 2023). Dit komt in de blauwdruk het meest uitgebreid aan bod in actiepunt 13. *Zoek verbinding met de samenleving*, waar wijkwerk, straathoekwerk en kwartiermaken essentiële onderdelen van zijn. Of zoals een wijkwerker het formuleerde, de vraag is hier: *“hoe kunnen we zorg zodanig organiseren dat het geen zorg moet worden genoemd, maar gewoon samenleven.”* Ook hier sluit het actiepunt aan bij de doelstellingen uit het *Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid, Strategisch Plan 2017–2019* (2016), waarin gestreefd wordt naar: een inclusieve samenleving, waarin participatie, subsidiariteit en vermaatschappelijking van de zorg centraal staan vanuit (even)waardig burgerschap. Inclusie is hierbij te benaderen vanuit het idee dat diversiteit normaal is en normaliteit geen voorrecht is van een subgroep uit de samenleving.

Voor iedereen van ons is de ruimere maatschappelijke context ook een belangrijke betekeniscontext waarbinnen onze zingeving, identiteit en sociale contacten vorm krijgen. Door zorg in te bedden in de samenleving en volop mogelijkheden te bieden om via zorg actief deel te nemen aan het gemeenschapsleven, stimuleren we dan ook actief het herstelproces.

Alle participantengroepen—ervaringsdeskundigen, familieleden, zorgverleners—bevestigen het belang van het betrekken van de context in de behandeling, zoals blijkt uit actiepunt 7. *Luister naar en werk mét de context*. Dit dient met de nodige omzichtigheid te gebeuren, in afstemming en overleg met de zorggebruiker zelf. Uit de getuigenissen en verhalen blijkt, net zoals het internationale onderzoek rapporteerde (zie o.a. Cameron et al., 2023; Landeweert et al., 2017; Tham & Solomon, 2024), dat context en familie vaak niet betrokken worden, ook al wordt het belang van het werken met de context als één van de fundamenteën van een herstelondersteunende zorg beschouwd (zie o.a. Mekuriaw et al., 2025; Wyder et al., 2022). Terugkerende hindernissen waar naar verwezen wordt, zijn dat hulpverlening zich gebonden voelt door het beroepsgeheim, en dat er vaak gewacht wordt op een expliciete vraag van de zorggebruiker om de context te betrekken. Dit is nefast omdat mensen enkel maar weerbaar kunnen worden als ze kunnen leven in een betekenisvolle wereld. Privacy is belangrijk, maar iemands inbedding in directe sociale relaties is eveneens cruciaal. Het vormt de context waarin hoop, verbondenheid en perspectief gestalte krijgen. Hulpverleners moeten dan ook opgeleid en ondersteund worden om open met dit spanningsveld om te gaan.

De meeste voorbeelden van goede herstelondersteunende praktijken, vonden plaats in instellingen of organisaties waar het herstelondersteunend werken expliciet deel uitmaakt van



de cultuur, de visie en het beleid. Als er moeilijkheden of spanningen gerapporteerd werden, had dat vaak te maken met tegenkanten of bezwaren vanuit de organisatie of het beleid. Of was dit gelinkt aan de wijze waarop de praktische organisatie van de zorg niet afgestemd is op een herstelondersteunende werking. Dit illustreert, net zoals de internationale literatuur ons leerde, dat een omschakeling naar een herstelondersteunende, op persoonlijk herstel gerichte zorg, ook op het niveau van de organisatie en de instelling dient te gebeuren, en niet enkel een kwestie is van hoe hulpverleners omgaan met zorggebruikers (zie o.a. Dawson et al., 2021; Lorien et al., 2020; Patel et al., 2023).

Hindernissen die gerapporteerd worden zijn gelinkt aan organisationele verwachtingen rond administratie, zoals het registreren van patiëntencontact (wat bijvoorbeeld een hindernis is om op een ontmoetingsplek aanwezig te kunnen zijn en open te staan voor informele ontmoetingen), aan een gebrek aan middelen, capaciteit, en tijd. Nog een belemmering is het ervaren van tegenkanten als er afgeweken wordt van het standaardtraject en er naar creatieve oplossingen op maat gezocht wordt. Ook een team waarin niet iedereen de herstelondersteunende visie onderschrijft, bemoeilijkt het herstelondersteunend handelen. Hulpverleners benadrukten het belang van een ondersteunend beleid en team, waarbij men niet afgerekend wordt op 'mislukkingen' en waar zowel zorgverleners als zorggebruikers de nodige tijd en de ruimte krijgen om te proberen, te zoeken, te falen, en te herbeginnen.

Zowat alle actiepunten hebben minstens deels betrekking op de werking van een zorginstelling of zorgorganisatie, misschien komt dit het meest expliciet aan bod in actiepunt 12. *Laat gedeelde verantwoordelijkheid primeren boven procedures*, waar de fundamentele vraag is: is er ruimte om de zorg af te stemmen op de vraag, noden en persoonlijke doelstellingen van de zorggebruiker, of primeert het behandelprogramma en de doelstellingen van de zorginstelling. Durven afwijken van de vooropgestelde doelen of behandelprogramma's, "*buiten de lijntjes kleuren*" en "*creatief burgerlijk ongehoorzaam zijn*" als de situatie daarom vraagt, werden door de participanten aan ons onderzoek als een essentiële vaardigheid gezien bij het herstelondersteunend werken. Nugent en collega's (2017) stipten ook al 'het vertrouwen in het vermogen om herstelgerichte praktijken te verantwoorden als ze botsen met standaardpraktijken' aan als belangrijk element van herstelondersteunend werken.

Voor patiënten en ervaringsdeskundigen zijn de cultuur van een instelling en de omgangsstijl van de hulpverleners belangrijke factoren om een instelling als herstelondersteunend te ervaren. Daarbij gaat het om zaken als: een warm onthaal en een vriendelijke omgangsstijl, is er voldoende tijd, wordt er ingezet op ontmoeting, is er de mogelijkheid tot inspraak in hoe de zorg georganiseerd wordt, is er ruimte voor zorg op maat, is het personeel vlot benaderbaar, worden er alternatieven gezocht voor het toepassen van dwangmaatregelen... Waar het om gaat is: 'Wordt het perspectief en de subjectieve beleving van de zorggebruiker ernstig genomen? Wordt er de tijd en moeite genomen om iemands eigenheid te ontdekken en de zorg in onderlinge afstemming te organiseren?'

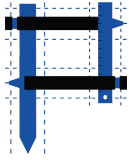


Een belangrijk element, dat ook als belangrijke factor in de internationale onderzoeksliteratuur aan bod kwam (zie o.a. Staniszewska et al., 2019; Wood et al., 2019), is hoe schadelijk het ervaren van dwangmaatregelen als isolatie en fixatie zijn. Een belangrijk actiepunt is dan ook *10. De-escaleer bij crisis en werk verbindend*, waar heel wat alternatieve manieren om om te gaan met crisissituaties aan bod komen.

Heel wat aspecten van herstelondersteunende zorg waren gelinkt aan de hulpverleners, waarbij het opnieuw vaak om zeer eenvoudige dingen gaat. Dat de ontmoeting en dagelijkse interactie met de hulpverleners belangrijke factoren zijn, blijkt uit de actiepunten: *1. Zorg voor een warm onthaal en een vriendelijke omgangsstijl, 2. Laat experts ontmoetend werken, 3. Realiseer grote impact met het kleine samenleven*. Hierbij gaat het niet over specifieke kennis of vaardigheden waarover de hulpverlener dient te beschikken—al zijn die ook belangrijk—maar gaat het om een bepaalde attitude en ingesteldheid om vanuit een gelijkwaardigheid in de dagelijkse omgang met zorggebruikers om te gaan. Hulpverleners bevestigden dat dit een omslag in zorgorganisatie vergt en dat de studie en opleiding weinig aandacht schenken aan het leren inzetten op ontmoeting en nabijheid (zie ook Ørjasæter & Almvik, 2022).

Opvallend is dat in actiepunt *11. Draag en hanteer angst en onzekerheid professioneel*, expliciet erkend wordt dat hulpverleners, en zeker herstelondersteunend hulpverleners, gepaard gaat met onzekerheid en angst. Herstelondersteuning vertrekt van een dialogisch afstemmingsproces. Dat leidt tot onvoorspelbaarheid, waarbij men niet kan terugvallen op geruststellende protocollen die de angst beteugelen en het verantwoordelijkheidsgevoel behandelen. Dit kwam aan bod in de ervaringen van de zorggebruikers en familieleden, die aanvoelen dat hulpverleners soms uit angst handelen, maar ook in de ervaringen van de hulpverleners zelf, die aangaven dat teamwerking, intervisie en supervisie hier cruciale hulpmiddelen zijn om angst en onzekerheid te hanteren. Deze bevinding sluit aan bij eerdere bevindingen van Verbeke (2019, 2022) en bij het onderzoek van Nugent en collega's (2017) waar herstelondersteunend werken als een continu proces van persoonlijke groei en ontwikkeling voor de hulpverlener zelf beschreven wordt, een proces dat toewijding en permanent werk vereist (zie ook o.a. Matoba et al., 2023; Matsuoka, 2021).

Uit de review van onderzoeksliteratuur bleek dat één van de spanningsniveaus omtrent herstelondersteunend werken zich bij de zorggebruikers zelf situeert, die niet altijd hun wensen of noden kennen, of ze niet kunnen uitdrukken (Chen et al., 2013; Jørgensen et al., 2023). Uit de ervaringen van de participanten bleek dat het, ook al kan iemand niet of nog niet antwoorden op een vraag, het belangrijk is dat zorgverleners blijven contact zoeken, vragen stellen, zaken aanbieden, voorstellen doen, uitnodigen... Ook dit aspect is gerelateerd aan omgangsstijl, hoe iemand aangesproken wordt en met welke attitude iemand benaderd wordt, heeft impact op hoe actief iemand kan bijdragen aan het organiseren van het eigen herstel. Hulpverleners benadrukken nog dat herstelondersteunend werken met aandacht voor iemands eigen wensen en noden, niet mag omslaan naar een verwaarlozende hulpverlening.



De conclusies van onze studie bevatten veelal geen verrassende of vernieuwende inzichten en sluiten aan bij de gerapporteerde internationale onderzoeksbevindingen. De actiepunten van de blauwdruk vormen echter een concrete lijst aanbevelingen, geïllustreerd met zeer concrete praktijkvoorbeelden, die kunnen bijdragen aan het overbruggen van de reeds herhaaldelijk vastgestelde kloof tussen theorie en praktijk. We pogen daarmee een antwoord te bieden op de vaststelling dat het voor heel wat zorgpersoneel onduidelijk blijft hoe herstelondersteunend werk in de praktijk te implementeren (zie o.a. Chatwiriyaiphong et al., 2024; Chen et al., 2013; Jørgensen et al., 2020; Le Boutillier et al., 2015; Waldemar et al., 2016). We komen hiermee tegemoet aan de vaststelling van Kealeboga en collega's (2023) dat het voorhanden zijn van gedetailleerde richtlijnen één van de voorwaarden is om herstelondersteunend werken mogelijk te maken. Indien het concrete handelen niet wijzigt, blijft streven naar herstel dode letter.

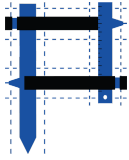
Deze blauwdruk geeft een aantal zeer concrete handelingsgerichte ideeën om de praktijk mee vorm te geven, waardoor het voor elke hulpverlener en elke zorginstelling mogelijk zou moeten zijn om de herstelondersteunende zorg te kunnen bieden, die zorggebruikers in de hedendaagse Vlaamse gezondheidszorg mogen verwachten, zodat het geen kwestie van geluk meer is of iemand goed geholpen wordt of niet.

5.3 Beperkingen en implicaties

Deze blauwdruk vormt een waardevolle aanzet voor de verdere implementatie van herstelondersteuning in de psychosezorg. Co-creatie met samenwerking tussen (ex-)patiënten, hun naasten en professionals is daarbij het uitgangspunt. Tegelijkertijd is dit document geen eindpunt, maar veeleer een vertrekpunt voor verdere ontwikkeling en operationalisering. In dat licht formuleren we enkele implicaties en aandachtspunten voor toekomstig onderzoek, met het oog op verdieping, verbreding en verduurzaming van herstelondersteunende praktijken binnen diverse zorgcontexten.

Een eerste belangrijke kanttekening bij deze studie en de daaruit voortvloeiende aanbevelingen betreft de focus op de organisatie van psychosezorg. Zoals door de deelnemers aan de focusgroepen werd benadrukt, is het van essentieel belang om de zorg niet als een geïsoleerd domein te beschouwen, maar expliciet de verbinding te maken met de bredere samenleving. Deze noodzaak tot maatschappelijke inbedding komt tot uiting in de aanbeveling om actief verbinding te zoeken met de samenleving.

Desondanks ligt de focus van deze studie expliciet op de residentiële en ambulante geestelijke gezondheidszorg voor personen met psychosegevoeligheid. Problemen met noodzakelijke structurele randvoorwaarden voor herstel, zoals de effectieve implementatie van de conventie voor de rechten van personen met een beperking, of toegang tot huisvesting en bestaanszekerheid, vallen buiten het bestek van deze studie. Evenmin doen we uitspraken over noodzakelijke structurele hervormingen in de organisatie van de geestelijke



gezondheidszorg in België, zoals de gewenste schaal en capaciteit van residentiële zorg en mobiele teams voor psychose, of de precieze inbedding van de psychosezorg binnen de verschillende zorglijnen.

Het implementeren van herstelondersteunende zorg vereist een paradigmaverschuiving op meerdere niveaus binnen het zorgsysteem. Deze blauwdruk beperkt zich tot de vraag hoe zorgaanbieders zelf (ziekenhuizen, teams, individuele professionals) aan deze omwenteling kunnen bijdragen, zonder eerst te moeten wachten op structurele hervormingen binnen de bredere zorgorganisatie.

De blauwdruk pretendeert dan ook geen alomvattende toekomstvisie te formuleren over de organisatie van de zorg—zoals een zorgmodel voor de komende dertig jaar—maar beoogt concrete aanbevelingen te doen die gericht zijn op het verbeteren van de huidige *zorgpraktijk*, te beginnen bij de omgangsstijl met patiënten en hun naasten.

Wat betreft de steekproef kan worden gesteld dat deze voldoende breed en gevarieerd was om relevante en betekenisvolle inzichten te genereren. Er werd bewust gestreefd naar het bevragen en belichten van vier perspectieven, met als doel een gelijkwaardige inbreng vanuit elk gezichtspunt te realiseren. Deze gelijkwaardigheid vormde een fundamenteel uitgangspunt in zowel de opzet als de analyse van het onderzoek, zodat een evenwichtig en haalbaar perspectief op zorg kon worden geformuleerd.

Niettemin had de representativiteit verder versterkt kunnen worden door een nog grotere diversiteit aan perspectieven te betrekken. Zo kunnen bijvoorbeeld geen specifieke conclusies getrokken worden over de visie van broers en zussen van personen met een psychosegevoeligheid, of van kinderen van (ex-)patiënten. Hoewel hun inbreng in de focusgroepen met naasten wel degelijk aanwezig was, werd deze niet apart bevraagd of geanalyseerd. Toekomstige studies zouden kunnen focussen op het versterken van hun positie binnen de psychosezorg. Ook kwam in de studie frappant weinig aan bod hoe psychosezorg best inspeelt op verschillen in cultuur, taal en religie. Toekomstig onderzoek zou daar gericht kunnen op focussen.

Ook directieleden, leidinggevend en beleidsfunctionarissen werden niet betrokken, terwijl hun inzichten waardevolle aanvullingen hadden kunnen leveren. Daarnaast is het bekend dat in crisissituaties—die vaak een rol spelen bij het eerste contact—niet-klinische urgentiediensten een cruciale positie innemen. Ambulanciers, politiefunctionarissen, eerstelijns hulpverleners en huisartsen vormen vaak de eerste aanspreekpunten voor personen met psychosegevoeligheid en hun naasten, maar hun perspectieven zijn in deze studie niet onderzocht. Het betrekken van deze groepen lijkt dan ook wenselijk in toekomstig onderzoek.



Aansluitend bij onze onderzoeksvraag naar het versterken van het herstelperspectief binnen de psychosezorg, bestond onze steekproef overwegend uit deelnemers die positief en geëngageerd stonden ten opzichte van herstelondersteunende zorg. Respondenten die zich terughoudend opstellen ten aanzien van het hersteldenken waren slechts in beperkte mate vertegenwoordigd, wat mede verklaart waarom dergelijke perspectieven niet expliciet in de resultaten aan bod komen. Als gevolg hiervan kunnen we op basis van deze studie geen uitspraken doen over de houding van professionals of ervaringsdeskundigen die het herstelparadigma niet onderschrijven, of die weerstand ervaren ten aanzien van het hersteldiscours. Deze ondervertegenwoordiging is op zichzelf niet verrassend, aangezien de thematische focus van het project vermoedelijk al tot een zekere mate van zelfselectie onder potentiële deelnemers heeft geleid. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op wat terughoudendheid determineert, en kunnen nagaan hoe interventies binnen teams dergelijke weerstand kunnen verminderen.

Het bevragen van vier onderscheiden perspectieven bood de mogelijkheid om vanuit verschillende invalshoeken concrete voorbeelden en praktijkervaringen te verzamelen. De gebruikte methodiek van dataverzameling was dan ook doelgericht en specifiek. Tegelijkertijd is het van belang te onderkennen dat het spreken over dergelijke praktijken niet volledig gelijkstaat aan de complexe realiteit van het dagelijkse handelen binnen de psychiatrische zorg. Hoewel de verzamelde voorbeelden als representatief kunnen worden beschouwd, blijft het mogelijk dat bepaalde handelingspraktijken onderbelicht zijn gebleven, of dat er blinde vlekken aanwezig zijn. Aanvullend kwalitatief onderzoek—bijvoorbeeld via participerende observatie of diepte-interviews binnen klinische settings—kan in toekomstig onderzoek verdere inzichten opleveren in hoe herstelondersteuning zich daadwerkelijk manifesteert in de dagelijkse zorgpraktijk.

Daarnaast rijst de vraag in hoeverre de bevindingen van dit onderzoek specifiek toepasbaar zijn binnen het domein van de psychosezorg, dan wel een bredere relevantie hebben voor andere sectoren binnen de geestelijke gezondheidszorg. Hoewel de focus expliciet lag op psychosezorg, wijzen diverse resultaten op thematieken en spanningsvelden die naar verwachting ook in andere zorgcontexten betekenisvol zijn. Toekomstig onderzoek zou zich dan ook kunnen richten op de mate waarin deze inzichten generaliseerbaar zijn naar uiteenlopende doelgroepen en zorgsettings, teneinde de bredere toepasbaarheid en relevantie van herstelondersteunende zorgpraktijken te toetsen.

5.4 Toekomstplannen

Zoals aangegeven, is deze blauwdruk in de eerste plaats bedoeld als inspiratiebron en reflectietool om de dagelijkse zorgpraktijk te optimaliseren. Professionals kunnen de blauwdruk gebruiken als een bril om naar hun eigen werk te kijken en kwaliteitsverbetering te realiseren. De blauwdruk biedt dan ook concrete aangrijpingspunten om kwaliteitsverbeteringsprojecten op te zetten en gericht te investeren in vorming, coaching en



begeleiding. Het actief op de voorgrond plaatsen van het perspectief van (ex-)patiënten en hun naasten in de dialoog met professionals is daarbij in alle geval noodzakelijk.

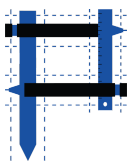
Daarbij is het cruciaal om niet uitsluitend professionals te vormen, maar alle organisatieniveaus te betrekken bij het uitbouwen van een herstelondersteunende visie. Dit betekent dat naast zorgverleners ook directieleden, administratief personeel en leidinggevendenden meegenomen worden in het veranderproces (zie Dawson et al., 2021; Gee et al., 2017; Lorien et al., 2020; Patel et al., 2023; Sowers, 2005).

Zorggebruikers en hun naasten kunnen de blauwdruk op hun beurt hanteren als referentiepunt om na te gaan wat zij al dan niet legitiem mogen verwachten van zorgaanbieders. Ze kan daarbij fungeren als hulpmiddel om individueel of collectief te evalueren hoe zorgaanbieders concreet te werk gaan.

Om deze toepassingen te stimuleren en de toegankelijkheid te vergroten, wordt de blauwdruk online beschikbaar gesteld. De kernboodschap ervan wordt daarnaast verspreid via een steekkaart met de dertien actiepunten en een folder die deze kort toelicht.

Ook is het belangrijk dat de implementatie van principes voor herstelondersteunend handelen wordt verankerd in de curricula van alle opleidingen die zorgprofessionals vormen, zoals verpleegkunde, psychologie en psychiatrie. Het bevorderen van herstelondersteunend denken en handelen binnen opleidingsprogramma's vormt een fundamentele voorwaarde voor het duurzaam integreren van deze zorgbenadering in het zorglandschap (zie Goethals & Dom, 2025; Goh et al. 2022; Ørjasæter & Almvik, 2022).

Opleiding op zich is echter onvoldoende (zie Hornik-Lurie et al., 2018). Vorming reikt verder dan het aanleren van theorieën en het toepassen van de actiepunten uit deze blauwdruk; het vraagt om een volgehouden proces van kritische reflectie en evaluatie binnen de dagelijkse praktijk (zie Matoba et al., 2023; Matsuoka; 2021; Nugent et al., 2017). Dit impliceert dat hulpverleners en professionals ruimte en verantwoordelijkheid moeten krijgen om kwaliteitszorg mee vorm te geven, onder meer via concrete kwaliteitsverbeteringsprojecten. Om dit mogelijk te maken, is een open reflecterende houding noodzakelijk. Het ontwikkelen en onderhouden van zo'n houding vergt blijvende ondersteuning via supervisie en intervisie, zoals het elfde principe van deze blauwdruk duidelijk onderstreept.



6. Dankwoord

Een onderzoek als dit komt slechts tot stand met de hulp van velen.

Vooreerst was er de financiële steun van het bedrijf Cortina. Dankzij een gulle schenking konden we aan de Universiteit Gent de leerstoel Psychose en Herstel oprichten, en Margot de Sloover en Bart Rabaey aanstellen als onderzoekers om deze blauwdruk mee te realiseren. Mecenaat van geëngageerde ondernemingen zoals NV Cortina is van onschatbare waarde om onderzoek met maatschappelijke impact mogelijk te maken.

Naast hun financiële bijdrage waren en zijn Nicole Parmentier, Dirk Vanderschueren en Kim Braekman van NV Cortina vooral ook inspirerende gesprekspartners. Hun aanstekelijke bevoegenheid en kritische vragen stimuleerden ons om dit onderzoek op te starten en met enthousiasme uit te voeren.

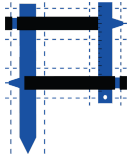
Concrete input voor de studie kwam van de verhalen en inzichten van de 77 deelnemers aan de focusgroepgesprekken. Vanuit heel Vlaanderen zakten zij af naar Gent en Leuven, waar ze spraken vanuit hun concrete ervaringen met en binnen de psychosezorg. Zonder hun rijke inzichten en tijdsinvestering hadden we de aanbevelingen die nu de kern van de blauwdruk vormen, nooit kunnen formuleren. Bijzondere dank gaat uit naar Prof. Dr. Inez Germeys en het Center for Contextual Psychiatry van de KU Leuven voor de logistieke ondersteuning bij de bevraging in Leuven.

Om tijdens de data-analyse het out-of-the-box-denken te stimuleren, wisten we Peter Dierinck te enthousiasmeren om alle transcripties van de focusgroepen te lezen en vervolgens met het onderzoeksteam te bespreken. Dank voor het mee reflecteren vanuit een rijke professionele bagage.

Leen Verhaert, coördinator van PsychoseNet België, speelde een sleutelrol in het hele proces. Ze was nauw betrokken bij het opzetten en uitvoeren van de studie, én bij de rapportage. Het is een voorrecht om met gelijkgestemden samen te werken, zeker als ze beschikken over een kritisch oog en een scherpe pen.

Freya Spillemaeckers, medewerker van PsychoseNet België, danken we voor haar steun bij de vormgeving van het rapport, de brochure en de flyer.

Prof. Dr. Inez Germeys, Em. Prof. Dr. Philippe Delespaul en Kim Steeman—allen bestuursleden van PsychoseNet België—danken we voor hun vertrouwen en waardevolle feedback gedurende het hele onderzoeksproces.



Tot slot gaat onze dank uit naar de medewerkers van de Vakgroep Psychoanalyse en Raadplegingspsychologie, die in alle fasen van het onderzoek als klankbord hebben gefungeerd.

Margot de Sloover, Dr. Bart Rabaey, Prof. Dr. Stijn Vanheule.



7.Literatuur

- Aldersey, H. M., & Whitley, R. (2015). Family influence in recovery from severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 51, 467–476.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23.
- Aga, N., Rowaert, S., Wuyts, Y., & Vanderplasschen, W. (2017). Historiek en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. In C. Claes, W. Vanderplasschen, S. De Pauw, L. Van Damme, & S. Vandeveld (Eds.), *Orthopedagogische werkvelden in beweging : Recente evoluties en veranderingen in Vlaanderen* (pp. 269–330). Maklu.
- Baert, S. (2023). *Open-hart-cirkels. Een krachtig en liefdevol antwoord op psychische kwetsbaarheid en existentiële vragen*. Vzw Re-Member. Geraadpleegd op 28 april 2025, van https://www.opgroeien.be/sites/default/files/intervention_documents/ml-open-hart-klaar-voor-publicatie.pdf
- Bland, R., & Wyder, M. (2024). Families and recovery: Beyond clinical and social inclusion perspectives. *Social Work and Social Sciences Review*, 25(1), 137–146.
- Blikvanger gezondheidszorg: Geestelijke gezondheidszorg*. (2024). FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Geraadpleegd op 27 april 2025, van <https://www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/geestelijke-gezondheidszorg>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE Publications.
- Cameron, S. L. A., Tchernegovski, P., & Maybery, D. (2023). Mental health service users' experiences and perspectives of family involvement in their care: A systematic literature review. *Journal of Mental Health*, 32(3), 699–715.
- Carozza, P. (2006). *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*. FrancoAngeli.
- Catthoor, K. (2019). De inclusie van EPA-patiënten in mobiele teams, in het kader van Artikel 107-hervorming: De visie van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie. *Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie*. Geraadpleegd op 25 april 2025, van <https://vvponline.be/bron/de-inclusie-van-epa-patienten-in-mobiele-teams-in-het-kader-van-de-artikel-107-hervorming/>
- Catthoor, K. (2023, 29 januari). Ik hoop dat we uit onze fouten kunnen leren. *Sociaal.Net*. Geraadpleegd op 24 april 2025, van <https://sociaal.net/ opinie/psychiater-kirsten-catthoor-reageert-op-getuigenis-pijnpunten-psychiatrie/>



- Chatwiriyaiphong, R., Moxham, L., Bosworth, R., & Kinghorn, G. (2024). The experience of healthcare professionals implementing recovery-oriented practice in mental health inpatient units: A qualitative evidence synthesis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 31(3), 287–302.
- Chen, S. P., Krupa, T., Lysaght, R., McCay, E., & Piat, M. (2013). The development of recovery competencies for in-patient mental health providers working with people with serious mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 40, 96–116.
- Chester, P., Ehrlich, C., Warburton, L., Baker, D., Kendall, E., & Crompton, D. (2016). What is the work of recovery oriented practice? A systematic literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(4), 270–285.
- Churruca, K., Ludlow, K., Wu, W., Taylor, N., Long, J. C., & Braithwaite, J. (2021). A scoping review of Q-methodology in healthcare research. *BMC Medical Research Methodology*, 21(125).
- Coyne, I. T. (1997). Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 623–630.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications.
- Davidson, L., & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459–470.
- Davidson, L., Tondora, J., O’Connell, M. J., Kirk Jr, T., Rockholz, P., & Evans, A. C. (2007). Creating a recovery-oriented system of behavioral health care: moving from concept to reality. *Psychiatric rehabilitation journal*, 31(1), 23.
- Dawson, L., River, J., McCloughen, A., & Buus, N. (2021). ‘Should it fit? Yes. Does it fit? No’: Exploring the organisational processes of introducing a recovery-oriented approach to mental health in Australian private health care. *Health*, 25(3), 376–394.
- De Corte, K., Van Parys, H., Pauwels, G., Aendekerk, V., Steeman, K., Van Lierde, E., ... Lemmens, G. (2023). Family involvement in psychiatry :beyond implementing family interventions. *Journal of Family Therapy*, 45(3), 311–330.
- De Houwer, L. (2021). *Ik moest braaf zijn. Veertig dagen opname in de psychiatrie*. Witsand Uitgevers.
- De Ruyscher, C., Vanheule, S. & Vandeveld, S. (2019). “A place to be (me)”: A qualitative study on an alternative approach to treatment for persons with dual diagnosis. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 26, 50–59.



- Debeuckelaere, H. (2025, 5 februari). Parket vraagt om agenten niet te vervolgen voor dood Pieter Aerts. *De Standaard*. Geraadpleegd op 24 april 2025, van <https://www.standaard.be/binnenland/parket-vraagt-om-agenten-niet-te-vervolgen-voor-dood-pieter-aerts/37885365.html>
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11–19.
- Dekkers, A., De Ruyscher, C., & Vanderplasschen, W. (2020). Perspectives on addiction recovery: focus groups with individuals in recovery and family members. *Addiction Research & Theory*, 28(6), 526–536.
- Dierinck, P. (2020). *Handboek kwartiermaken*. Witsand.
- Dubreucq, J., Gabayet, F., Godin, O., Andre, M., Aouizerate, B., Capdevielle, D., ... & Berna, F. (2022). Overlap and mutual distinctions between clinical recovery and personal recovery in people with schizophrenia in a one-year study. *Schizophrenia Bulletin*, 48(2), 382–394.
- Evers, J. (2007). *Kwalitatief interviewen: Kunst én kunde*. Lemma.
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. *Community mental health journal*, 41, 141–158.
- Froyen, B. (2014). *Kortsluiting in mijn hoofd. Over het beest dat psychose heet*. Manteau
- Froyen, B. (2025). *Tussen waan en zin. Toen de psychose terugkwam*. Borgerhoff & Lamberigts.
- Gee, M., Bhanbhro, S., Cook, S., & Killaspy, H. (2017). Rapid realist review of the evidence: achieving lasting change when mental health rehabilitation staff undertake recovery-oriented training. *Journal of advanced nursing*, 73(8), 1775–1791.
- Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken* (2010). FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Geraadpleegd op 27 april 2025, van <https://www.psy107.be>
- Gilliams, J. (2024, 25 september). Waar gaat de zaak-Chovanec ook alweer over en wat gebeurde er die fatale 24e februari in die politiecel in Charleroi? *VRT NWS*. Geraadpleegd op 24 april 2025, van <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2024/09/23/raadkamer-beslist-vandaag-over-doorverwijzing-in-zaak-chovanec/>
- Goethals, K. R., & Dom, G. (2025). De toekomst van de Belgische psychiatrische patiënt volgens de WPA-Lancet-commissie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 67, 139–143.
- Goh, Y. S., Ow Yong, Q. Y. J., Soo, S. C., Wan, P. C. J., & Ng, V. C. K. (2022). Experiences and challenges faced by community mental health workers when providing care to people with mental health conditions: a qualitative descriptive study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(3), 591–600.



- Hermans, M. H. M., de Witte, N., & Dom, G. (2012). The state of psychiatry in Belgium. *International Review of Psychiatry*, 24(4), 286–294.
- Hestmark, L., Romøren, M., Hansson, K., Heiervang, K. S., & Pedersen, R. (2023). Clinicians' perceptions of family involvement in the treatment of persons with psychotic disorders: A nested qualitative study. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1175557.
- Heymans, P., Van den Berghe, C., Gilliams, J. (2024, 4 oktober). Familie van man die psychose kreeg en doodgeschoten werd door agent in Dendermonde, dient een klacht in. *VRT NWS*. Geraadpleegd op 24 april 2025, van <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2024/10/03/familie-van-peter-goeman-de-man-die-een-psychose-kreeg-en-doodg/>
- Hoge Gezondheidsraad. (2019). *DSM(5): Toepassing en status van de diagnose en classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen*. HGR Advies nr. 9360.
- Hornik-Lurie, T., Shalev, A., Haknazar, L., Garber Epstein, P., Ziedenberg-Rehav, L., & Moran, G. S. (2018). Implementing recovery-oriented interventions with staff in a psychiatric hospital: A mixed-methods study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 25(9–10), 569–581.
- Hristodoulidis, D., Munro, I., & Brooks, C. (2022). Exploration of personal recovery-oriented care on an acute mental health unit. *Collegian*, 29(2), 161–167.
- Huberman, A. M., & Miles, M. B. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Sage.
- Hyde, B., Bowles, W., & Pawar, M. (2015). 'We're still in there'– Consumer voices on mental health inpatient care: Social work research highlighting lessons for recovery practice. *British Journal of Social Work*, 45(1), 62–78.
- Jacob, K. S. (2015). Recovery model of mental illness: A complementary approach to psychiatric care. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37 (2), 117–119.
- Jaiswal, A., Carmichael, K., Gupta, S., Siemens, T., Crowley, P., Carlsson, A., ... & Brown, N. (2020). Essential elements that contribute to the recovery of persons with severe mental illness: A systematic scoping study. *Frontiers in psychiatry*, 11, 586230.
- Jannis, E. M. (2024, 25 oktober). De psychiatrie tekent je voor het leven. *Sociaal.Net*. Geraadpleegd op 24 april 2025, van <https://sociaal.net/verhaal/de-psychiatrie-tekent-je-voor-het-leven>
- Jørgensen, K., Rasmussen, T., Hansen, M., Andreasson, K., & Karlsson, B. (2020). Recovery-oriented intersectoral care in mental health: As perceived by healthcare professionals and users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8777.
- Jørgensen, K., Søren Hansen, M., Groth, T., Hansen, M., & Karlsson, B. (2023). Perspectives on recovery-oriented care in mental health practices: Health professionals experiences. *Issues in Mental Health Nursing*, 44(3), 200–208.



- Kealeboga, K. M., Manyedi, M. E., & Moloko-Phiri, S. (2023). Nurses' perceptions on how recovery-oriented mental health care can be developed and implemented. *Nursing Research and Practice*, 2023.
- Kroon, S. J., van der Krieke, L., Bruggeman, R., & Alma, M. A. (2025). The uneven triad: A qualitative study of perspectives of relatives, patients, and professionals on (not) involving relatives in mental health. *BMC Psychiatry*, 25, 384.
- Lammerant, I. (2015). De kern van humane psychiatrische zorg. Het perspectief van een mens met ervaring. *Psyche*, 27(1), 8–10.
- Landeweer, E., Molewijk, B.C., Hem, M.H., & Pedersen, R. (2017). Worlds apart? A scoping review addressing different stakeholder perspectives on barriers to family involvement in the care for persons with severe mental illness. *BMC Health Services Research*, 17, 349.
- Lau, R., & Hutchinson, A. (2021). Mental health service users' lived experiences of recovery-oriented services: A scoping review. *Mental Health Review Journal*, 26(4), 403–423.
- Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric services*, 62(12), 1470–1476.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452.
- Leestmans D. & Van den Berghe, C. (2013, 21 februari). De gestoorde procedure. *VRT NWS*. Geraadpleegd op 24 april 2025, van <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2017/08/21/de-gestoorde-procedure/>
- Lichtenberg, P. (2011). The residential care alternative for the acutely psychotic patient. *Psychiatric Quarterly*, 82, 329–341.
- Lorant, V., Grard, A., & Nicaise, P. (2015). Implementing a nation-wide mental health care reform: An analysis of stakeholders' priorities. *Community Mental Health Journal*, 52(3), 343–352.
- Lorien, L., Blunden, S., & Madsen, W. (2020). Implementation of recovery-oriented practice in hospital-based mental health services: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(6), 1035–1048.
- Mabe, P. A., Ahmed, A. O., Duncan, G. N., Fenley, G., & Buckley, P. F. (2014). Project GREAT: Immersing physicians and doctorally-trained psychologists in recovery-oriented care. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(5), 347.
- Mabunda, N. F. (2025). Factors associated with family involvement or lack thereof in caring for mental health care users: A qualitative study. *Psychiatry International*, 6, 30.



- Mahjoub, M. (2018). Een vicieuze cirkel – Psychose, isoleren en fixeren – Deel 2. *Psychosenet*. Geraadpleegd op 24 april 2025, van <https://www.psychosenet.be/een-vicieuze-cirkel>
- Martinelli, A., & Ruggeri, M. (2020). An overview of mental health recovery-oriented practices: potentiality, challenges, prejudices, and misunderstandings. *Journal of Psychopathology*, 26(2), 147–154.
- Matoba, K., Buyo, M., Odachi, R., Kajiwarra, T., & Endo, Y. (2023). Recovery-oriented daily care practice for community-based mental health service consumers in Japan: A grounded theory approach. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(3), 854–865.
- Matsuoka, S. (2021). Recovery-oriented nursing care based on cultural sensitivity in community psychiatric nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(2), 563–573.
- McKenna, B., Furness, T., Dhital, D., Park, M., & Connally, F. (2014). The transformation from custodial to recovery-oriented care: A paradigm shift that needed to happen. *Journal of Forensic Nursing*, 10(4), 226–233.
- McKenna, B., Furness, T., Dhital, D., Ennis, G., Houghton, J., Lupson, C., & Toomey, N. (2014). Recovery-oriented care in acute inpatient mental health settings: An exploratory study. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(7), 526–532.
- Mekuriaw, B., Cutler, N. A., & River, J. (2025). Carers' understanding of recovery-oriented practice in mental health settings: A systematic review and narrative synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 34(2), e70035.
- Mistiaen, P., Cornelis, J., Detollenaere, J., Devriese S., Ricour, C. (2019). *Organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen in België. KCE REPORT 318As*. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Geraadpleegd op 27 april 2025, van https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_318A_Mentale_gezondheidszorg_Synthese.pdf
- Morera, T., Pratt, D., & Bucci, S. (2017). Staff views about psychosocial aspects of recovery in psychosis: A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(1), 1–24.
- Nicaise, P., Dubois, V., & Lorant, V. (2014). Mental health care delivery system reform in Belgium: The challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time. *Health Policy*, 115(2–3), 120–127.
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1–13.



- Nugent, A., Hancock, N., & Honey, A. (2017). Developing and sustaining recovery-orientation in mental health practice: Experiences of occupational therapists. *Occupational Therapy International*, 2017.
- Ørjasæter, K. B., & Almvik, A. (2022). Challenges in adopting recovery-oriented practices in specialized mental health care: “how far should self-determination go; should one be allowed to perish?” *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 9(4), 395–407.
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Kohrt, B., Kieling, C., Sunkel, C., ... & Herrman, H. (2023). Transforming mental health systems globally: Principles and policy recommendations. *The Lancet*, 402(10402), 656–666.
- Patton, M. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Sage Publications.
- Piat, M., Sabetti, J., & Bloom, D. (2010). The transformation of mental health services to a recovery-orientated system of care: Canadian decision maker perspectives. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(2), 168–177.
- Piat, M., Sofouli, E., Wainwright, M., Albert, H., Rivest, M. P., Casey, R., ... & Kasdorf, S. (2022). Translating mental health recovery guidelines into recovery-oriented innovations: A strategy combining implementation teams and a facilitated planning process. *Evaluation and Program Planning*, 91, 102054.
- Plysier, S. (2022). De WHO als gids voor een nieuwe zorgcultuur. *Psyche*, 34(1), 12–14.
- Seikkula, J. & Olson, M.E. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Family Process*, 42, 403–418.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keranen, J., & Lethinen, K. (2006). Five-year experiences of first-episode non-affective psychosis in Open Dialogue Approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case analyses. *Psychotherapy Research*, 16(2), 214–228.
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2011). The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*, 3, 192–204.
- Sellin, L., Kumlin, T., Wallsten, T., & Wiklund Gustin, L. (2018). Caring for the suicidal person: A Delphi study of what characterizes a recovery-oriented caring approach. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(6), 1756–1766.
- Shepherd, G., Boardman, J., & Burns, M. (2010). *Implementing recovery. A methodology for organisation change* [policy paper]. Sainsbury Centre for Mental Health.
- Shimange, M. E., & Shilubane, H. N. (2023). Perspectives of hospitalized mental health care users concerning the involvement of family members in their care: A qualitative study. *Nursing Reports*, 13, 1684–1694.



- Sinnaeve, R. (2013). Vermaatschappelijking: óns engagement. Over artikel 107 en de eerstelijnspsychologen. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 43(3), 187–195.
- Slabbinck, A. (2019). Regels voor uitzonderingen of hoe geweld in zorgrelaties binnensijpelt. *Psychoanalytische Perspectieven*, 37(2), 649–659.
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., ... & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12–20.
- Slade, M., & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*, 15, 285.
- Sowers, W. (2005). Transforming systems of care: The American Association of Community Psychiatrists guidelines for recovery oriented services. *Community Mental Health Journal*, 41(6), 757–774.
- Sowers, W., Primm, A., Cohen, D., Pettis, J., & Thompson, K. (2016). Transforming psychiatry: A curriculum on recovery-oriented care. *Academic Psychiatry*, 40, 461–467.
- Sreeram, A., Cross, W., & Townsin, L. (2021). Effect of recovery-based interventions on recovery knowledge and attitudes of mental health professionals, regarding recovery-oriented practice: A quantitative narrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(5), 1057–1069.
- Staniszewska, S., Mockford, C., Chadburn, G., Fenton, S. J., Bhui, K., Larkin, M., ... & Weich, S. (2019). Experiences of in-patient mental health services: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 214(6), 329–338.
- Stuart, S. R., Tansey, L., & Quayle, E. (2017). What we talk about when we talk about recovery: A systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *Journal of Mental Health*, 26(3), 291–304.
- Subandi, M. A., Nihayah, M., Marchira, C. R., Tyas, T., Marastuti, A., Pratiwi, R., ... & Good, B. J. (2023). The principles of recovery-oriented mental health services: A review of the guidelines from five different countries for developing a protocol to be implemented in Yogyakarta, Indonesia. *Plos one*, 18(3), e0276802.
- Teddlie, C., & Yu, F. (2007). Mixed methods sampling: A typology with examples. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 77–100.
- Tham, S. S., & Solomon, P. (2024). Family involvement in routine services for individuals with severe mental illness: Scoping review of barriers and strategies. *Psychiatric Services*, 75(10), 1009–1030.
- Thériault, J., Lord, M. M., Briand, C., Piat, M., & Meddings, S. (2020). Recovery Colleges after a decade of research: A literature review. *Psychiatric Services*, 71(9), 928–940.



- Van Audenhove, C. (2017). Innovatie in de geestelijke gezondheidszorg. De geestelijke gezondheidszorg: een nieuwe mindset? *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 47(1), 5–18.
- Van Bouwel, L. (2019). Soteriahuis in de huidige ggz; kleinschalige milieutherapeutische benadering voor opvang bij eerste psychotische episode. *Tijdschrift voor Klinische Psychiatrie*, 62(1), 54–61.
- van Dee, V., Swildens, W., Schnack, H. G., & Cahn, W. (2025). In pursuit of recovery: A comparative study of stakeholder perspectives on outcomes of people with psychosis. *Community Mental Health Journal*, 61(2), 300–313.
- van der Heijden, J. (2016). Safety first: De psyche in het overbeschermd lichaam. *Psychoanalytische Perspectieven*, 34(4), 411–420.
- Vandenbergh, J., Tielens, S., De Rycke, R., Catthoor, K., & Demunter, H. (2024). Hervorming van de wet op gedwongen opname in België: Meer zorg op maat?. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 66(8), 489–494.
- Vandeuren, J. (2010). *Beleidsplan Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen*. Kabinet Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Vanheule, S. (2016). Omgaan met psychose via dialoog. Over de opendialoogbenadering van Jaakko Seikkula. *Psyche*, 28(2), 8–10.
- Vanheule, S. (2018). Herstel als existentiële en relationele uitdaging. *Psyche*, 30(1), 4–8.
- Vanheule, S., Adriaens, P., Bazan, A., Bracke, P., Devisch, I., Feys, J. L., Froyen, B., Gerard, S., Nieman, D. H.; Van Os, J., & Calmeyn, M. (2019). Belgian Governmental Superior Health Council advises against the use of the DSM categories and promotes contextualising psychiatric diagnosis. *The Lancet Psychiatry*, 6(9), 726.
- Vanheule, S. & Van Os, J. (2022). *Psychose begrijpen in 33 vragen*. LannooCampus.
- Vera San Juan, N., Gronholm, P. C., Heslin, M., Lawrence, V., Bain, M., Okuma, A., & Evans-Lacko, S. (2021). Recovery from severe mental health problems: A systematic review of service user and informal caregiver perspectives. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 712026.
- Verbeke, E. (2019). Werken in een poel van angst en onmacht. Naar een herstel van de hulpverlener. *Psychoanalytische Perspectieven*, 37(2), 689–705.
- Verbeke, E. (2022). *Psychiatrie op drift. Over macht ethiek en verzet*. Epo.
- Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid, Strategisch plan 2017–2019 (2016). Geraadpleegd op 27 april 2025, van <https://www.vlaanderen.be/publicaties/vlaams-actieplan-geestelijke-gezondheid-strategisch-plan-2017-2019>
- Waldemar, A. K., Arnfred, S. M., Petersen, L., & Korsbek, L. (2016). Recovery-oriented practice in mental health inpatient settings: A literature review. *Psychiatric Services*, 67(6), 596–602.
- Willems, R., Catthoor, K., Cools, O., Morrens, M., Snoeck, P., Tecco, J., & Dom, G. (2024). Mental health services in Belgium. *International Review of Psychiatry*, 1–13.



- Wood, L., Williams, C., Billings, J., & Johnson, S. (2019). The therapeutic needs of psychiatric in-patients with psychosis: A qualitative exploration of patient and staff perspectives. *BJPsych open*, 5(3), e45.
- World Health Organisation. (2001). *The World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geraadpleegd op 26 april 2025, van <https://iris.who.int/handle/10665/42390>
- World Health Organisation. (2005). *Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions*. Geraadpleegd op 26 april 2025, van <https://iris.who.int/handle/10665/107625>
- World Health Organisation. (2013). *Mental Health Action Plan 2013–2020*. Geraadpleegd op 26 april 2025, van http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/
- World Health Organisation. (2021a). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*. Geraadpleegd op 26 april 2025, van <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- World Health Organisation. (2021b). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. Geraadpleegd op 28 april 2025, van <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>
- World Health Organisation. (2025). *Guidance on Mental Health Policy and Strategic Action Plans*. Geraadpleegd op 26 april 2025, van <https://www.who.int/publications/i/item/9789240106819>
- Wyder, M., Barratt, J., Jonas, R., & Bland, R. (2022). Relational recovery for mental health carers and family: Relationships, complexity and possibilities. *The British Journal of Social Work*, 52(3), 1325–1340.