



## **EBN-proef**

Mogelijke verschillen in verpleegkundige benadering van psychoses.

**Bachelor in Verpleegkundige**

Academiejaar 2020-2021

**Kadija Bah.**

Campus De Vest, Zandpoortvest 60, BE-2800 Mechelen



## INHOUDSTAFEL

VOORWOORD .....	4
<b>1 CAT</b>	
1.1 Cat thema .....	5
1.2 Aanleiding CAT .....	6
1.3 Verpleegkundig relevante onderzoeksvraag .....	7
1.4 Zoekstrategie en selectie .....	7
1.5 Kritische beoordeling op kwaliteit en relevantie .....	7
1.6 Resultaten geïncludeerde artikelen.....	8
1.6.1 De meerwaarde voor de patienten.....	8
1.6.2 Bijdrage aan het herstel .....	8
1.6.3 Benadering vanuit hulpverleners.....	9
1.7 Evidence based aanbevelingen.....	10
1.8 Literatuurlijst CAT .....	11
<b>2 PRAKTIJKGEDEELTE</b>	
2.1 Plan – plannen .....	12
2.2 Do – uitvoeren .....	15
2.3 Check – evalueren.....	18
2.4 Act – bijsturen .....	22
ALGEMEEN BESLUIT .....	23
LITERATUURLIJST .....	24
<b>LIJST VAN BIJLAGEN</b>	
Bijlage 1. Checklijsten.....	26
Bijlage 2. Powerpoint presentatie.....	35

## Voorwoord

Met deze EBN-proef zal ik mijn vierjarige verpleegkundige aan de Thomas More hogeschool Mechelen afsluiten. Tijdens mijn leerproces heb ik de kans gehad om kennis te maken met de psychiatrie. Wat mij het meeste aansprak was de psychosezorg. Dit heeft een enorme interesse bij mij opgewekt wegens de verschillende belevingswerelden van patiënten en hoe verpleegkundigen deze benaderen.

Ik heb ervoor gekozen om mij te verdiepen in een open communicatieve benadering binnen de psychosezorg, door de open dialoog toe te passen. Dit was een uitdaging, omdat dit nog niet toegepast werd in de praktijk.

De omgeving mist soms bepaalde belangrijke informatie over de patiënt en zijn toestand. Het gevolg daarvan is dat het herstelproces van deze patiënten negatief beïnvloed kan worden. Ik heb in de praktijk opgemerkt dat de symptomen bij een patiënt kunnen toenemen als er niet open en duidelijk wordt gecommuniceerd. Familieleden kunnen met onzekerheden en vragen zitten over hun dierbare.

Ik vind het belangrijk binnen het therapeutisch proces om met goed contact in hun leefwereld te treden en de communicatievaardigheden tussen verpleegkundigen, patiënten en de omgeving te verbeteren.

Ik hoop tenslotte dat deze EBN-proef nuttig zal zijn binnen het werkveld.

Ik wens u veel leesplezier.

# 1. CAT

## 1.1. CAT-thema

Binnen dit thema wordt er gekeken naar het toepassen van de open dialoog bij psychotische patiënten. Met deze communicatievorm wordt achterhaald hoe verpleegkundigen dat effectief kunnen doen en wat voor meerwaarde het heeft binnen het herstelproces van de patiënt.

Schizofrenie en andere psychosen vertegenwoordigen een complex fenomeen, gekenmerkt door een grote verscheidenheid aan fenotypische uitdrukkingen, verlopen en uitkomsten. De heterogene aard van psychosen heeft de ontwikkeling van optimale behandelstrategieën op de proef gesteld (Alanen, 2009).

Het is belangrijk om te realiseren dat kortdurende psychotische verschijnselen, zoals waanideeën en hallucinaties, vaak voorkomen bij de gezonde populatie en bij patiënten met een primair niet-psychotisch psychiatrische aandoening (Os et al., 2009). Volgens Os et al. (2009) ontwikkelt ongeveer 5% van de totale bevolking ooit een psychotische aandoening waarvoor daadwerkelijk hulp nodig is. Daarbinnen is de lifetime prevalentie van schizofrenie ongeveer 0,7%.

Hoewel milde verschijnselen en biologische afwijkingen vaak al vroeg in het leven aanwezig zijn, openbaren de eerste duidelijke verschijnselen van een ernstige psychiatrische stoornis zich meestal pas in de late adolescentie of jongvolwassenheid. Dit heeft te maken met de ontwikkeling van het brein in die periode, in combinatie met het groeiend aantal psychosociale stressoren waarmee een adolescent te maken krijgt (Os et al., 2009).

Volgen (Holma & Aaltonen, 1998; Read et al., 2005) kunnen veel psychotische toestanden worden geïnterpreteerd als reacties op moeilijke levenssituaties en/of traumatische gebeurtenissen in plaats van als symptomen van biologische aandoeningen.

Bij een open dialoog worden klinische discussies in aanwezigheid van de patiënt gevoerd. De primaire principes zijn gericht op het verminderen van het verlies van controle, isolatie en gebrek aan communicatie, die inherent zijn aan psychotische stoornissen, door een vorm van communicatie te gebruiken die 'dialogische praktijk' wordt genoemd, zoals beschreven door Olson et al. (2014). Een psychische crisis of andere verontrustende situaties raken niet alleen de cliënt, maar ook de mensen om de cliënt heen. In een onderlinge dialoog is het mogelijk een begrip te vormen dat geen enkele partij alleen kan bereiken. Daardoor wordt het persoonlijke netwerk van de cliënt een hulpmiddel bij de behandeling en medevormgever van het proces.

Wanneer netwerken elkaar ontmoeten, kan gedeelde expertise ontstaan. Het belangrijkste is dat de onderneming zelf verandert van een monologisch discours met als doel het symptoom uit te roeien, naar een dialogisch discours gericht op het vinden van een communicatietaal voor hetgeen mensen dwars zit. Deze praktijk geeft woorden aan beangstigende ideeën die tot dan toe alleen zijn weergegeven door vreemde of dreigende gebaren. Het is niet ongebruikelijk dat het psychotische gedrag dramatisch verminderde, zelfs tijdens één sessie (Seikkula & Oslo's, 2003).

## 1.2. Aanleiding voor de CAT

De aanleiding voor deze CAT is dat open communicatie een meerwaarde moet hebben bij het herstel van de patiënt. De patiënten moeten open benaderd kunnen worden, zowel door de verpleegkundigen als de omgeving. Hiervoor moet een mogelijkheid gecreëerd worden binnen de praktijk. Daarnaast heeft mijn externe begeleider mij aangemoedigd om deze ebn-proef in de praktijk te brengen. Zij is psycholoog op een psychozorgafdeling en heeft gezien dat de open dialoog nog niet toegepast werd. Het zou volgens haar een goede kans zijn om dit uit te voeren in de praktijk.

Ik heb tijdens mijn stage opgemerkt dat de patiënten soms niet op een lijn met hun vrienden, familie of hulpverleners zitten. Patiënten voelen zich niet altijd begrepen en het probleem wordt niet altijd geconcretiseerd. De relaties en contacten met hun omgeving verliep tijdens de opname ook stroever en symptomen zoals achterdocht en wanideeën namen toe. Er zal meer gezocht moeten worden naar de betekenis van de crisis voordat de diagnose wordt gesteld.

Open dialoog gaat uit van het principe dat alles in openheid wordt besproken het wordt uitgevoerd aan de hand van zeven principes. Bij een psychotische patiënt is het van belang dat er op deze wijze wordt gecommuniceerd zodat dit zijn herstelproces bevordert. De methode kan altijd toegepast worden, maar het is vooral belangrijk tijdens het eerste contact bij opname.

De verpleegkundigen op mijn stageplek hebben weinig gehoord van de OD-methode. Momenteel worden er op mijn stageafdeling familiegesprekken gevoerd waarbij hulpverleners de positie van expert aannemen. Dit gebeurt redelijk laat in de opname en dit kan in crisissituaties ook zonder de patiënt plaatsvinden. Een familie gesprek is meer psycho-educatief gericht. Hierdoor wordt een rol aangenomen waarbij aspecten worden ingevuld voor de patiënt; daardoor ontstaat er een monoloog in plaats van een dialoog. Het is interessant om deze EBN-proef uit te werken om te zien hoe het uitpakt in de praktijk. Ik vind dat dit model goed past bij de herstel gerichte zorg waar de afdeling ook mee werkt.

Herstel gerichte zorg gaat niet alleen over het contact als hulpverlener met de patient maar ook het contact en het bij betrekken van de familie en context.

Dit zou ik kenbaar willen maken naar de verpleegkundigen op de afdeling.

Het doel is vooral om andere communicatieve vaardigheden te kunnen inbrengen.

### 1.3. Verpleegkundig relevante inhoudelijke onderzoeksvraag.

**P (population):** Adolescenten met een psychische kwetsbaarheid die leiden aan psychoses.

**I (intervention):** Open dialoog.

**C (controle):** Het effect kritisch evalueren nadat de OD word toegepast.

**O (outcome):** Betrokkenheid en openheid, waardoor het herstelproces bevorderd wordt.

Hiervoor is de volgende inhoudelijke onderzoeksvraag geformuleerd:

‘Heeft het toepassen van de open dialoog bij volwassen psychotische patiënten een meerwaarde bij de therapie en hoe draagt dit bij aan hun herstel?’

De volgende toepassingsgerichte onderzoeksvraag is geformuleerd:

‘Op welke manier kan de open dialoog in de verpleegkundige praktijk geïmplementeerd worden?’

### 1.4 Zoekstrategie en selectie.

Voor mijn literatuur studie heb ik de volgende databanken geraadpleegd: Limo en PubMed. Zoektermen: Communication, approach, psychosis, schizofrenia en open dialogue.

De inclusiecriteria waarmee rekening gehouden werd waren: Het vermelden van psychose, peer-review en de jaartal verfijnen naar 2016-2021, hierbij vond ik de meest recente gepubliceerde artikelen.

Via limo werd er met de volgende combinatie: “ Open dialogue AND psychosis ” 2.028 resultaten terug gevonden. Na analyse van dit artikel werd de artikel ‘ The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. ‘ als relevant voor dit onderzoek beschouwt, omdat er werd gesproken over een benadering bij een eerste psychotische episode.

Via PubMed werd met de volgende combinatie: “ Open dialogue AND qualitative study ” 309 resultaten terug gevonden.

Ik heb bewust de term kwalitatief benoemd, omdat ik geïnteresseerd was naar de subjectieve gevoelens van de onderzoekers.

Uiteindelijk werden er 2 kwantitatieve artikelen en 1 kwalitatieve artikel geïnculeerd in de CAT:

- o The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes.
- o The long-term use of psychiatric services within the Open Dialogue treatment system after first-episode psychosis.
- o Open dialogue in the UK.

### 1.5 Kritische beoordeling op kwaliteit en relevantie.

Zie checklisten (bijlage 1).

## **1.6. Resultaten geïnccludeerde artikelen.**

### *1.6.1. De meerwaarde voor de patiënten.*

De resultaten hebben aangegeven dat met een behandeling die met OD was begonnen, in vergelijking met controles, de algehele behoefte aan ziekenhuis- en neuroleptische behandeling en de tijd besteed aan invaliditeitsuitkeringen, significant lager was in een follow-up van ongeveer negentien jaar. Deze bevindingen zijn in lijn met eerdere onderzoeken naar OD (Seikkula et al., 2006, 2011).

In de eerste plaats is het mogelijk dat het systematisch verlenen van onmiddellijke hulp bij psychotische crises en de gegarandeerde continuïteit van de behandeling tussen intramurale en poliklinische instellingen, gunstig zijn bij het omgaan met levenscrises en andere acute stressfactoren. De maatregelen die bij OD worden genomen, kunnen de moeilijkheden verlichten die optreden wanneer er onderbrekingen zijn in het behandelingscontact en de besluitvorming, of wanneer de behandeling wordt hervat met personeel dat niet bekend is met de specifieke situatie van de patiënt. De resultaten hier zijn in lijn met andere onderzoeken, waarin betere behandelresultaten zijn waargenomen in integratieve systemen voor vroege interventie bij acute psychose (Lehtinen et al., 2000; Cullberg et al., 2006; Granö et al., 2016).

Bovendien biedt de verschuiving van een traditionele eenrichtingsinteractie naar meer open dialogen mogelijkheden voor het creëren van een nieuw begrip met betrekking tot de huidige situatie tussen personeel, patiënten en hun hechte netwerken. Dit maakt het mogelijk om de behandeling zo te plannen dat deze aansluit bij de specifieke behoeften van elke patiënt, en kunnen psychotische symptomen worden verminderd door het wederzijds vertrouwen te vergroten (Aaltonen et al., 2011).

### *1.6.2. Bijdrage aan het herstel.*

Er waren ook aanwijzingen voor de stabiliteit van de behandelresultaten op lange termijn die in eerdere onderzoeken zijn gerapporteerd (Seikkula et al., 2006, 2011).

Bij OD kan het selectievere gebruik en mogelijk uitstel van neuroleptische medicatie de kans bieden om op een natuurlijker pad te gaan met een voldoende gevoel van wederzijds vertrouwen en veiligheid. Dit kan een gunstige invloed hebben op de uitkomst (Joukamaa et al., 2006; Wunderink et al., 2013; Harrow et al., 2014; Nykänen et al., 2016; Harrow et al., 2017).

### *1.6.3. Benadering vanuit hulpverleners.*

Clinici beschouwden een open dialoog als een geprefereerde, maar uitdagende manier van werken, terwijl ze therapeutisch was. De gegevens gaven aan dat de ervaringen van servicegebruikers met netwerkbijeenkomsten gemengd waren. Er was een grote verscheidenheid aan opvattingen van servicegebruikers over wat het doel van een netwerkbijeenkomst was en voor sommige getuige voelde reflecterende gesprekken vreemd aan. De meerderheid beschreef echter het gevoel gehoord en begrepen te worden, met uitzondering van één servicegebruiker die hun ervaring als pijnlijk beschreef.



Clinici uitten een authentiek zelf in hun interacties met servicegebruikers en zowel servicegebruikers als medici beschreven netwerkbijeenkomsten als emotioneel expressief, hoewel dit soms als overweldigend werd beschreven (Tribe et al., 2019).

Over het algemeen menen medici dat een open dialoog aansluit bij hun professionele waarden en de kwaliteit van de zorg die ze kunnen bieden verbeterd, een bevinding die door Stockmann et al. (2019) wordt herhaald in hun thematische analyse van de ervaring van medici met opendialoogtraining.

De hoge investeringen en inzet van medici voor een open dialoog in het huidige onderzoek kunnen een belangrijke factor zijn voor de duurzaamheid van de benadering van de dienst. In die zin heeft een Noorse studie van Neilsen, aangehaald door Buus et al. (2017) aangetoond dat medici “geloofden dat een open dialoog hun professionele houding had verbeterd”.

## 1.7 Evidence-based aanbevelingen.

Het is sterk aan te bevelen om de dialoog tussen de gespreksleden te laten plaatsvinden, ongeacht de omstandigheden. Tijdens de implementatie zijn er conflicten tussen de gespreksleden ontstaan en voor het vervolg is het belangrijk om te weten hoe hulpverleners dat het beste ter sprake kunnen brengen tijdens de dialoog.

Bij het implementeren van complexe klinische interventies is het belangrijk voor degenen die de dienst verlenen om gezamenlijk de procedures en acties te definiëren die nodig zijn om veranderingen in stand te houden, om voortdurende betrokkenheid en toewijding aan te moedigen (May & Finch, 2009).

Een belangrijke bevinding van dit onderzoek is dat een servicegebruiker netwerkbijeenkomsten als verontrustend ervaart en de helft de reflectieve gesprekken als vreemd en soms ongemakkelijk beschreef. Voor toekomstig onderzoek is het belangrijk om de mogelijke negatieve impact van op open dialoog gebaseerde netwerkbijeenkomsten en de mogelijke bijdragende factoren te evalueren, inclusief kwesties met betrekking tot de implementatie van de aanpak (Tribe et al., 2019). Belangrijk is dat klinici menen dat een open dialoog hen in staat stelt zich te gedragen op een manier die volgens hen nauwer aansluit bij hun professionele waarden dan de huidige structuren en methoden van opereren (Tribe et al., 2019).

In deze omgeving is het waardevol om te onderzoeken hoe de cultuur van dienstverlening kan worden vormgegeven om klinici in staat te stellen consequenter te handelen in overeenstemming met hun professionele waarden, om het personeelsbehoud te verbeteren en burn-outs te verminderen. Onderzoek is nodig om te bepalen of de uitdagingen voor de implementatie die in de huidige studie worden benadrukt, het resultaat zijn van de cultuur op deze specifieke locatie (Tribe et al., 2019).

Clinici zijn overwegend positief over de mate van openheid die de structuur van netwerkbijeenkomsten hen bood, maar de servicegebruikers die ook de openheid binnen netwerkbijeenkomsten opmerkten, vonden het soms ongemakkelijk. Sommige klinici hebben spontaan aangegeven dat ze zorgvuldig de effecten van hun eigen praktijk controleerden en hun bezorgdheid geuit over het veroorzaken van schade als de aanpak niet op de juiste en gevoelige manier wordt uitgevoerd (Tribe et al., 2019).

## Literatuurlijst CAT.

- Bergström, T., Alakare, B., Aaltonen, J., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J., Seikkula, J. (2017). The long-term use of psychiatric services within the open dialogue treatment system after first-episode psychosis. *Routledge Taylor & Francis group*, 9(4), 310 – 321. doi: 10.1080/17522439.2017.1344295
- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J., Tolvanen, A., & Aaltonen, J. (2018). The family-oriented open dialogue approach in the treatment of the first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research*, 270, 168-175. doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.039
- Tribe, R. H., Freeman, A. M., Livingstone, S., Stott, J. C. H., & Pilling, S. (2019). Open dialogue in the UK: Qualitative study. *BJPsych Open*, 5(4), e49. doi.org/10.1192/bjo.2019.38

## 2. Praktijkdeel

### 2.1. Plan.

De focus zal liggen op het implementeren van de open dialoog binnen de praktijk. Hiervoor ben ik met mijn interne begeleider en externe begeleider, de psycholoog binnen het psychiatrische ziekenhuis, overeengekomen om dit uit te voeren binnen het psychiatrische ziekenhuis.

Diverse rapporten hebben de ernst van schendingen van de mensenrechten bevestigd waar mensen met psychische problemen in bijna alle culturen mee te maken hebben, hoewel er verschillen zijn in frequentie, intensiteit of ernst (Barlett & Schulze, 2018; Van Dorn, 2016). Als reactie hierop zijn de afgelopen decennia verschillende beleidsmaatregelen en voorschriften vastgesteld, die van land tot land verschillen en tot zorgen over mondiale verschillen hebben geleid. Tegelijkertijd kent de hele wereld een lange geschiedenis van onrechtvaardigheid ingebed in de geestelijke gezondheidszorg. Dit roept de vraag op hoe de huidige praktijken, die door de eeuwen heen routine zijn geworden, kunnen worden veranderd (Barlett & Schulze, 2018).

Er zijn dus essentiële veranderingen nodig in de wereldwijde geestelijke gezondheidszorg, waarvoor meer dan een handvol trainingen of een snelle aanpassing van praktijken nodig is (Barlett & Schulze, 2018). In plaats daarvan moeten fundamenteel nieuwe manieren worden gevonden om geestelijke gezondheidsproblemen te begrijpen en erop te reageren, om beter te voldoen aan de mensenrechten en overige regelgeving. Om dit argument te verduidelijken, wordt een productief voorbeeld gegeven via de analyse van de open dialoog (OD), een benadering die functioneert als middel om mensenrechten in de geestelijke gezondheidszorg te bevorderen.

OD is een reeks netwerk- en gemeenschapsgerichte technieken die oorspronkelijk dienden als vroege interventiepraktijken om personen met psychotische ervaringen te behandelen (Bergström et al., 2017). Van de 'tweelingprincipes' (Patel & Prince, 2010) voldoet OD aan de criteria om wetenschappelijk goed bewezen te zijn: grotendeels gericht op Scandinavische onderzoeksgebieden, is er een reeks cohort- en beschrijvende onderzoeken die de effectiviteit ervan in de praktijk hebben aangetoond (Bergström et al., 2017; Freeman et al., 2018).

De volgende toepassingsgerichte onderzoeksvraag werd geformuleerd:

‘Hoe kunnen verpleegkundigen de OD-methode effectief implementeren bij psychotische patiënten.’

De implementatie van OD zal gebeuren door middel van een casestudie bij een gehospitaliseerde patiënt binnen een psychiatrisch ziekenhuis. De reden voor het kiezen van deze onderzoeksmethode is, omdat ik de kenmerken en betekenissen wil achterhalen in een casus. Daarnaast wil ik door kennis te verwerven van het onderwerp dit linken aan een reële praktijksituatie.

Case-control studies zijn een efficiënte methode voor de studie van zeldzame uitkomsten, maar kennen verschillende beperkingen, waaronder vatbaarheid voor vertekening bij het onthouden van blootstelling; en omgekeerde causaliteit (Melamed & Robinson, 2018) Case-control studies worden vaak uitgevoerd om factoren te onderzoeken die verband houden met een zeldzame uitkomst of ziekte. Voor zeldzame uitkomsten kunnen cohortonderzoeken de inschrijving van een onpraktisch groot aantal deelnemers vereisen om een voldoende aantal gebeurtenissen te observeren (Melamed & Robinson, 2018).

De focus ligt op één patiënt die een psychotische episode doormaakt. De bedoeling is om een aantal gesprekken met de patiënt en zijn context te voeren binnen het ziekenhuis. Het doel is om maximaal 3 gesprekken te voeren, gespreid over 1 maand.

Tijdens deze studie zullen de familie en het netwerk van de patiënt betrokken worden. Daarvoor wordt hen toestemming gevraagd. Deze personen worden uitgenodigd voor een gesprek. Vooraf wordt geen theoretische informatie vermeldt over de bedoeling van het gesprek, om te zorgen dat van het begin af aan geen positie van expert wordt aangenomen.

In overleg met de arts zal er besproken worden of de medicatie-inname vooraf gestaakt kan worden, zodat het proces niet beïnvloed zal worden. Samen met de psycholoog zal de open dialoog worden toegepast. De focus ligt op het proces en van daaruit een kritische reflectie maken. Er wordt stilgestaan bij hoe deze manier van werken inspeelt op de hulpverleners en de patiënt. Het is ook belangrijk dat de interne begeleider van de patiënt aanwezig is, in verband met het waarborgen van de continuïteit. Hiervoor wordt via het elektronisch dossier nagegaan welke verpleegkundige verantwoordelijk is voor de opvolging en zal deze uitgenodigd worden voor het gesprek.

In overleg met de hoofdverpleegkundige van de acute eenheid (IPZO) is afgesproken dat de bevindingen en evaluaties worden gepresenteerd tijdens een beleidsvergadering. De bedoeling hiervan is om mijn reflectie te delen met de hulpverleners aangezien dit voor het eerst binnen de organisatie word toegepast. Hiermee hoop ik dat gesprekken verder gezet kunnen worden waarbij de OD toegepast word rekening houdend met de punten waar we tegen aanliepen.

De presentatie wordt uitgevoerd door middel van een kritische reflectie op de gevoerde gesprekken. Hiervoor is gekozen, omdat tijdens een beleidsvergadering groot publiek betrokken word en dit kennisbevordend kan zijn. Uiteindelijk zal dit nieuwe inzichten kunnen bieden voor in de toekomst.

Bij de uitvoering is het belangrijk dat de zeven principes van de OD gehanteerd worden. De zeven behandelprincipes van de open dialoog (OD) (Seikkula et al., 2006).

### **1. Verlening van onmiddellijke hulp.**

Het eerste gesprek vindt plaats binnen 24 uur na het eerste contact; het doel is om de ambulante behandeling zo snel mogelijk te integreren in het dagelijks leven van de patiënt en een ziekenhuisopname indien mogelijk te voorkomen.

### **2. Een sociaalnetwerkperspectief.**

Leden van het sociale netwerk van de patiënt zullen altijd worden uitgenodigd voor de eerste bijeenkomst om steun voor de patiënt en het gezin te stimuleren.

### **3. Flexibiliteit en mobiliteit.**

Het doel is om de therapeutische respons aan te passen aan de specifieke behoeften van elke patiënt, door gebruik te maken van de integratieve therapeutische methoden die het beste bij het specifieke geval passen.

### **4. Verantwoordelijkheid.**

Degene van het personeel die het eerst wordt benaderd, wordt verantwoordelijk voor het organiseren van de eerste netwerkbehandelbijeenkomst, waarbinnen beslissingen over voortzetting van de behandeling worden genomen.

### **5. Psychologische continuïteit.**

Het team is verantwoordelijk voor de behandeling zo lang als nodig is, zowel bij poliklinische als bij intramurale instellingen.

### **6. Tolerantie voor onzekerheid.**

Bij het aanpakken van psychotische crises zullen de bijeenkomsten zo dicht mogelijk op elkaar worden gehouden om een adequaat gevoel van veiligheid te creëren. Beslissingen over de behandeling en voortijdige conclusies moeten in de crisisfase worden vermeden en neuroleptische medicatie mag niet tijdens de eerste bijeenkomst worden geïntroduceerd.

### **7. Dialogisme.**

De focus ligt primair op het bevorderen van een gelijkwaardige dialoog tussen de patiënt, zijn hechte netwerken en het behandelend personeel. Het doel van de dialoog is dat patiënten en families het gevoel van keuzevrijheid in hun leven vergroten door de moeilijkheden van de patiënt te bespreken. Zo kan tussen de deelnemers aan de open dialoog een nieuw begrip van de situatie worden opgebouwd.

## 2.2. DO.

Samen met de psycholoog zal een pilotproject worden uitgewerkt. De open dialoog is binnen het psychiatrisch ziekenhuis waar ik momenteel stage loop nog niet toegepast. Eerst heb ik vooraf met de psycholoog besproken hoe het project zal worden geïmplementeerd. Wij hebben de zeven principes van de OD doorgelopen en afgesproken om de planning in de gaten te houden voor wanneer er een nieuwe patiënt binnenkomt op de acute afdeling (IPZO). Uiteraard werd ook de dienst geïnformeerd dat wij van plan waren om een patiënt te nemen voor het gesprek. Zodra de patiënt werd opgenomen, is de pilot direct gestart. Ik heb vooraf geen achtergrondinformatie opgezocht, zoals de reden van opname, om zonder kennis en informatie het gesprek in te gaan. Zo kon ik een volledig open houding aannemen en bepaalde informatie en overtuigingen achterwege laten.

Zodra de patiënt werd opgenomen, is hem gevraagd of hij openstond voor een gesprek. De patiënt ging daarmee akkoord. Daarnaast werd gevraagd wie binnen zijn omgeving en netwerk belangrijk voor hem is en welke personen hij er graag bij zou willen hebben tijdens het eerste gesprek. Dit is belangrijk om te vragen om steun te bieden en om verschillende soorten perspectieven aan te horen. De patiënt gaf aan dat zijn zus, vader en moeder uitgenodigd mochten worden. Deze personen waren ook op de hoogte van zijn toestand. De bedoeling was om zijn interne begeleider, de verpleegkundige op IPZO, bij het gesprek te betrekken, omdat dit zorgt voor continuïteit, in overeenstemming met principe 5.

Ik zal dan vooraf met de verpleegkundig begeleider zitten om de methode en de houding toe te lichten die wij als hulpverleners moeten aannemen. Uiteindelijk kon de verpleegkundige er niet bij zijn, omdat ze op de datum van het geplande gesprek afwezig was. Toen werd besloten om de arts bij het gesprek te betrekken. Ik heb de arts kort ingelicht over de OD-methode; daarbij heb ik aangeduid dat wij uit onze rol van expert zullen stappen en polyfonie zullen creëren door iedereen bij de dialoog te betrekken. Het is niet de bedoeling om de oorzaak van de psychose te achterhalen, maar vooral om te luisteren en samen een betekenis te zoeken van het probleem dat naar voren wordt gebracht.

Elke aanwezige persoon spreekt met zijn eigen stem(en), en, zoals Anderson (1997, p. 204) heeft opgemerkt, wordt luisteren belangrijker dan de manier van interviewen. Over het algemeen ligt de focus op het versterken van de volwassen kant van de patiënt en op het normaliseren van de situatie in plaats van op het regressieve gedrag (Alanen, Lehtinen, Rakkolainen, & Aaltonen, 1991, p. 203). Er wordt dus gefocust op een hoopvolle toekomst en herstel.

Volgens Alanen (1997, p. 203) heeft de behandelvergadering drie functies:

- (1) informatie verzamelen over het probleem;
- (2) een behandelplan opstellen en alle noodzakelijke beslissingen nemen op basis van de diagnose die tijdens het gesprek wordt gesteld; en
- (3) een psychotherapeutische dialoog op gang brengen.

Anderson en Goolishian (1992) stelden dat degene die het probleem ziet, onderdeel wordt van het probleembepalende systeem

De focus ligt primair op het bevorderen van de dialoog en in tweede instantie op het bevorderen van verandering bij de patiënt of in het gezin. De dialoog wordt gezien als een forum waardoor gezinnen en patiënten door problemen te bespreken meer keuzevrijheid in hun eigen leven kunnen door problemen te bespreken (Haarakangas et al., 1997).

Op 10 maart 2021 vond het gesprek plaats. De psychiater, psycholoog, arts-stagiaire, vader, zus en moeder waren aanwezig. In verband met gezondheidsproblemen besloot zijn moeder deel te nemen via een videocall. Tijdens het gesprek betrok ik mezelf in de dialoog en deed ik tegelijkertijd mijn observaties.

Ik startte de bijeenkomst met een korte inleiding waarbij ik vermeldde dat de bedoeling van het gesprek was om open met elkaar te communiceren en dat iedereen vrij is om zijn ervaringen en bevingen uit te spreken. De psycholoog stelde daarna de vraag: "Wie wilt er beginnen?"

De zus kwam aan het woord en gaf aan dat ze een gedragsverandering opmerkte bij de patiënt. Ze benoemde een aantal symptomen die ze bij haar broer had opgemerkt, namelijk hallucinaties en verslaving. De psycholoog vroeg het volgende: "Wat betekent hallucinatie voor u?" Zodoende werd er ingegaan op de sleutelwoorden. Ik vroeg aan de patiënt hoe hij de afgelopen periode zelf heeft ervaren. Daarbij kwamen zijn psychotische belevingen sterk naar voren. Ik zag aan de reactie van de aanwezigen dat er onbegrip was. De patiënt gaf aan zich de afgelopen tijd niet begrepen te voelen. Ik ging daarop in en vroeg: "Wat wordt er precies niet begrepen voor jouw gevoel?" Hij gaf aan zich als een kind behandeld te voelen, er wordt niet naar hem geluisterd en hij voelt zich thuis niet gerespecteerd. Op dat moment probeerde hij in interactie te gaan met zijn vader, maar zijn vader reageerde niet op zijn uitspraken. De vader vertelde dat hij het niet normaal vond hoe zijn zoon zich gedroeg, waarop de patiënt zei: "Dat bedoel ik." Hiermee bevestigde de patiënt opnieuw zijn gevoelens.

Naarmate het gesprek verder ging werd de patiënt emotioneel. Er werd op deze emotie ingegaan en wij als hulpverleners erkenden dit; hiervoor gaven wij ook ruimte. Toen de patiënt vertelde dat het al een jaar niet goed met hem gaat, gaf de psycholoog aan dat ze dat interessant vond. Vervolgens brachten zijn moeder en zus hun eigen ervaringen naar voren. De patiënt was het daar deels mee oneens en gaf zelf aan zich thuis ingekrompen en depressief te voelen. Hij vertelde in 2019 verlamd te zijn geweest door lachgas, en volgens hem werd er toen paardengif in hem gespoten. De gezinsleden erkenden dit niet. Dit wekte ergernis op bij de patiënt.

De psychologe herhaalde tussendoor: "Dus sinds een jaar gaat het niet goed met u?" Dit moedigde de patiënt aan om dieper over zijn ervaringen te vertellen. Hij vertelde dat hij zijn hele leven ongehoorzaam was geweest. Ik ging daarop in en vroeg: "Hoe was dat voor jou?" Zodoende begon de patiënt te spreken over zijn moeilijke jeugd. Hierbij herhaalde ik zijn eigen woorden en daagde ik hem uit om in de dialoog te blijven gaan. Verder werd de medicatie en hospitalisatie naar voren gebracht. De patiënt gaf aan tegen medicatie te zijn, omdat hij het niet nodig vond. Voor opname stond hij open, en hij vertelde dat hij zijn 40 dagen zal uitzitten. Er onstonden veel tegenstrijd en verwijten tussen de gespreksleden; ze zaten niet op één lijn en volgens de familieleden vertelde de patiënt veel leugens. De arts probeerde het gesprek te sturen, maar dit lukte niet altijd. Ik zag de emoties en frustratie bij iedereen toenemen en bij de vader het onbegrip. Het gesprek werd uiteindelijk afgerond. De familie werd gevraagd of zij eventueel openstonden voor een volgend gesprek; hiervoor gaven ze toestemming.

Ik heb mijn interventies in het gesprek geïmplementeerd door open vragen te stellen en actief te luisteren. Op het moment dat de patiënt over zijn gevoelens begon te praten, probeerde ik daarop in te gaan. Als er begrippen werden benoemd zoals 'hallucinatie', dan werd er gevraagd om dat te concretiseren. De eigen woorden van de patiënt en familie werden door ons herhaald; zo probeerden we ze uit te dagen om in dialoog te gaan. Het non-verbale gedrag heb ik geobserveerd, en dan voornamelijk bij de vader, omdat hij



wegens een taalbarrière niet actief aan het gesprek deelnam. Als de patiënt emotioneel begon te worden, gaven wij erkenning en interpreteerden we niet direct zijn emotie.

Een week later ben ik langs de patiënt gegaan om te vragen of hij openstond voor een tweede gesprek en wie hij er deze keer bij wilde hebben. Dat was zijn broer; ik heb hem gecontacteerd en uitgenodigd voor een gesprek. Ik heb een SBAR ingetypt voor de verpleegkundigen van de acute eenheid (IPZO) met de vraag of er deze keer een begeleider bij aanwezig kan zijn. Het tweede gesprek vond plaats op 26 maart 2021.

Ik startte met een korte inleiding waarbij ik mezelf voorstelde en benadrukte dat de bedoeling van het gesprek was om open met elkaar te communiceren, en samen te kijken naar een aantal zaken die ze zelf naar voren mochten brengen. Ik gaf aan dat eenieder vrij is om zijn ervaringen, belevingen en gedachten uit te spreken en dat wij er niet waren om een diagnose te stellen, maar juist om samen naar de betekenis van het probleem te zoeken. Ik eindigde met de open vraag wie wilde beginnen. De broer begon met het positief definiëren van hun relatie. Aan de non-verbale houding van de patiënt was te merken dat hij dit fijn vond om te horen. De patiënt gaf daarna aan zich niet meer thuis te voelen binnen het ziekenhuis en graag naar huis te willen gaan. De therapeut vroeg de broer of hij de terugkomst van de patiënt zag zitten. Hij stond ervoor open, maar wilde eerst dat de patiënt inszag dat hij nog niet volledig hersteld is. Vervolgens werd gevraagd naar het perspectief van zijn broer en uiteindelijk ontstond er een dialoog tussen hem en de patiënt. Zijn broer vertelde dat de patiënt dacht dat er een complot tegen hem was. De patiënt bevestigde dit en vroeg aan de therapeut om dit ook te bevestigen. De therapeut gaf aan te luisteren en daar geen oordeel over te willen geven. Hiermee werd deskundig advies vermeden en werden deze ideeën juist bespreekbaar gemaakt.

Er ontstond een meningsverschil tussen de patiënt en de broer. Bij het afronden van het gesprek vroeg ik wat ze van het gesprek vonden. De patiënt gaf aan dat zijn broer tijdens het gesprek zich plotseling tegen hem keerde en hij dit niet zag aankomen; hierdoor was hij teleurgesteld. Zijn broer ervaarde dit anders. Hij heeft door dit gesprek juist ingezien dat de patiënt er toch slechter aan toe is dan hij had gedacht. De psycholoog vroeg naar de doelen van het gezin. Daarbij gaf de broer aan dat ze de patiënt graag weer thuis willen hebben en alles weer goed verloopt. Het doel van de patiënt was om zich begrepen te voelen door zijn familie.

De psycholoog vroeg vervolgens naar de gedachtes van de verpleegkundige, en wij reflecteerden op dat moment in het bijzijn van de familie. Dat gesprek werd kort samengevat door de psycholoog, die het volgende meldde: "Wat ik ook heb gehoord is dat er een vraag is vanuit de patiënt dat hij zich anders bekeken wil voelen. Misschien kan er gekeken worden hoe daar gehoor aan gegeven kan worden. Dit is iets wat misschien meegenomen kan worden naar een volgend gesprek." Ik stelde beiden de volgende vraag: "Wat vonden jullie van het gesprek en wat nemen jullie mee?" De patiënt antwoordde: "Dat we elkaar niet begrepen maar nu wel begrijpen. Ik ken jouw mening en jij kent mijn mening." Daarnaast gaf hij aan: "Jij gaat ervan uit dat ik niet in orde ben, terwijl ik weet dat ik wel in orde ben. Ik zal zien wanneer jij beseft dat ik wel in orde ben." De therapeut parafraseerde dit door te zeggen: "We weten dat we beiden van mening verschillen en we zullen het voorlopig hierbij laten." Mijn laatste vraag was of ze nog openstaan voor een volgend gesprek. De broer stemde ermee in om over twee weken weer samen te komen.

Uiteindelijk ben ik tot het volgende eindresultaat gekomen. Er is begrip ontstaan tussen de gespreksleden. Iedereen was op de hoogte van hoe de ander over diegene dacht. Er is een gezamenlijk doel gecreëerd waar naar gewerkt zal moeten worden. Ik ben afgeweken

van mijn plan, omdat de leden die ik bij het eerste gesprek wilde betrekken niet aanwezig waren. Hiervoor moest ik een andere hulpverlener inschakelen, die niet bij het tweede gesprek zou zijn.

### **2.3. Check.**

Seikkula en Olson (2003) hebben drie principes aangedragen voor het begeleiden van het therapeutische OD-proces:

Polyfonie: Bevestig het recht van alle deelnemers om zich openlijk uit te drukken in een veilige sociale omgeving; dit is essentieel voor het dialogische werk.

Dialogisme: "(a) ... stemvorming, identiteitsvorming, agentische activiteit die gezamenlijk tussen mensen plaatsvindt" (Seikkula & Olson, 2003, p. 409).

Tolerantie voor onzekerheid: Eis dat het behandelteam, bestaande uit twee of meer therapeuten, reageert op elke uiting en elk standpunt, waarbij elk van de deelnemers wordt gevalideerd en bevestigd als agent in de omstandigheden.

Het doel om de OD-methode te implementeren in het psychiatrische ziekenhuis is volbracht. Het is echter een uitdaging geweest, omdat dit nieuw was binnen de organisatie en wij als hulpverleners bewuster moesten zijn in onze houding en benadering naar de gespreksleden toe. Het was voor ons onduidelijk hoe patiënten en de context op deze methode zouden reageren, omdat zij over het algemeen bepaalde verwachtingen van ons hebben. Daarom was het voor mij belangrijk om bij elk gesprek tijdens mijn inleiding te benadrukken dat wij als hulpverleners geen diagnose zouden stellen, en dat het niet draait om ons, maar om de patiënt en zijn omgeving.

Het bleek niet altijd even makkelijk te zijn om alle zeven de principes te hanteren. Ik heb uiteindelijk samen met de psycholoog een nog niet toegepaste communicatieve methode binnen het ziekenhuis kunnen verwezenlijken. Mijn doel is daarmee bereikt.

### **Kritische reflectie.**

#### **Gesprek 1:**

- Wat verliep goed?

Principe 3 (flexibiliteit en mobiliteit): De moeder is bij het gesprek betrokken, ondanks dat zij er niet fysiek bij kon zijn.

Principe 4 (verantwoordelijkheid): De voorbereiding verliep goed. Alle gezinsleden die de patiënt benoemde, werden erbij betrokken. Samen met de psycholoog heb ik alles afgestemd en het gesprek georganiseerd.

Principe 6 (tolerantie voor onzekerheid): Er werd ingegaan op het meest intense crisismoment van de patiënt. Medicatie werd op dat moment nog niet gestart en er werd gevraagd hoe hij daarin staat.

Principe 7 dialogisme: Dit werd deels aangegaan, waarbij de moeilijkheden van de patiënt werden besproken.

Wat betreft communicatievaardigheden hebben wij als hulpverleners tijdens het gesprek open vragen gesteld en op uitspraken gereageerd. We zijn bovendien in dialoog gegaan door de eigen woorden van de gespreksleden te herhalen en door te vragen. Bij de vader

observeerde ik de non-verbale houding. Verder werd er ruimte gemaakt voor emoties en werden de deelnemers aangemoedigd om ervaringen te bespreken.

- Wat verliep minder goed?

Principe 1 (verlenen van onmiddellijke hulp): De patiënt werd in het weekend opgenomen, en maandag waren wij hiervan op de hoogte. Het gesprek heeft daardoor pas plaats kunnen vinden aan het einde van de week in verband met de beschikbaarheid van de familie, waar we ook rekening mee moesten houden.

Principe 2 (sociaal perspectief): Hoewel de gezinsleden steun boden, konden ze hun perspectieven moeilijk naar voren brengen, omdat de patiënt hen steeds onderbrak of er doorheen sprak. De vader heeft door zijn taalbarrière moeilijk zijn perspectief kunnen verwoorden.

Principe 3 (flexibiliteit en mobiliteit): De moeder heeft via een videocall deelgenomen. Dit bleek achteraf niet effectief te zijn er was sprake van slechte communicatie en zij kon het gesprek niet altijd goed volgen.

Principe 5 (psychologische continuïteit): De verpleegkundige die de patiënt opvolgt had bij het gesprek moeten zijn. In verband met haar verlof werd ze vervangen door de arts en zijn coassistente. Dit was echter niet de bedoeling, omdat dit proces voornamelijk gericht is op de juiste benadering vanuit de verpleegkundigen. Bovendien zou het voor de patiënt bij de komende gesprekken goed zijn om dezelfde personen erbij te hebben, zodat het gesprek en het toestandsbeeld nauw gevolgd kunnen worden. De continuïteit werd hierdoor niet gewaarborgd en dit kan invloed hebben op de vervolggesprekken.

Principe 7 (dialogisme): Er was niet altijd sprake van een gelijkwaardige dialoog tussen de gespreksleden, omdat de moeder slecht verstaanbaar was, waardoor ze niet altijd werd betrokken in het gesprek. Daarnaast kon zijn vader niet alles volgen door de taalbarrière. Tijdens het gesprek waren er veel verwijten en meningsverschillen, waardoor er geen begrip ontstond. Deelnemers werden vaak onderbroken. Daarnaast was er een korte nabespreking met de gezinsleden. Op dat moment was de patiënt niet meer aanwezig. De familie had duidelijk de behoefte om te ventileren. Volgens de methode hoort alles in het bijzijn van de patiënt besproken te worden.

De patiënt leek geagiteerd. Dit nam toe naarmate de zus aan het woord kwam. Het moeilijkste voor de gezinsleden was vooral dat de patiënt niet wilde aanvaarden dat er sprake was van een crisis. Hij stond er duidelijk niet voor open om dit aan te horen. Hij was erg tegen zijn zus en moeder gekeerd en keurde alles wat zij naar voren brachten af. Tegen zijn vader vertoonde hij deze houding niet. Ik veronderstel dat dit komt omdat zijn vader door de taalbarrière niet veel kwijt kon, waardoor de patiënt zich ook niet tot hem richtte.

Zijn zus probeerde een dialoog aan te gaan, maar ik merkte dat de patiënt zich meer tot ons richtte in plaats van naar haar. Toen iedereen gevraagd werd hoe ze het gesprek hadden ervaren, gaf de familie duidelijk aan dat zij zich wel door de hulpverleners gehoord voelden, maar zich niet door de patiënt begrepen voelden.

We hebben als hulpverleners niet kunnen reflecteren in aanwezigheid van de familie, omdat het gesprek abrupt stopte en er een spanning heerste. Uit dit eerste gesprek kan worden geconcludeerd is dat er geen volledige gezamenlijke dialoog is ontstaan.

## Gesprek 2:

- Wat verliep goed?

Principe 2 (sociaal perspectief): De patiënt gaf aan zijn broer er deze keer bij te willen hebben. Tijdens het eerste gesprek bleek al dat zijn oudere broer goed op de hoogte is van de situatie en een goede inbreng kon hebben in een volgend gesprek. Zijn perspectief werd hierbij gevraagd en werd duidelijk naar voren gebracht.

Principe 3 (flexibiliteit en mobiliteit): Na het eerste gesprek hebben we ingezien dat de nood voor een tweede gesprek hoog was. Ik heb hiervoor niet lang gewacht en binnen een week iedereen uitgenodigd.

Principe 6 (tolerantie voor onzekerheid): Voor de aanvang van het gesprek hebben we vermeld dat wij niet direct oplossingen aandragen, maar juist van hen willen horen wat het probleem is en hoe we samen naar een betekenis en doel kunnen zoeken. Dit zorgde voor een vertrouwelijke en veilige sfeer, waardoor er een dialoog onstond.

Principe 7 (dialogisme): Tijdens mijn korte inleiding probeerde ik een dialoog voor te stellen door te zeggen dat niemand zich moet laten tegenhouden om te spreken. Daardoor liet iedereen elkaar uitpraten en werd er beter naar elkaar geluisterd dan bij het eerste gesprek.

- Wat verliep minder goed?

Principe 4 (verantwoordelijkheid): De psycholoog die tijdens het eerste gesprek aanwezig was, was bij het tweede gesprek ziek. Ik heb uiteindelijk toch besloten om het gesprek door te laten gaan, met een andere psycholoog die ook betrokken was bij het toepassen van deze methode. Ik bleef mijn verantwoordelijkheid voor de organisatie nemen.

Het tweede gesprek verliep beter dan de eerste. De groep was kleiner en de interactie werd meer aangegaan. Er heerste minder spanning. Bovendien werd er beter naar elkaar geluisterd en liet iedereen de ander uitpraten. Er onstond een dialoog tussen de broer en de patiënt en wij probeerden dat zo min mogelijk te onderbreken. Wij hadden bovendien een actieve luisterhouding.

Aan het einde vroeg de psycholoog wat wij ervan vonden en samen met de verpleegkundige brachten we onze gedachten naar voren. Dit was een goede manier om te laten zien dat we het verhaal hebben kunnen volgen en konden reflecteren in aanwezigheid van de familie.

De broer was tevreden en gaf aan nieuwe informatie uit dit gesprek te hebben gehaald. Ook heeft hij ingezien dat de patiënt er slechter aan toe was dan hij had gedacht. Uit dit gesprek kan ik concluderen dat ieders mening werd gehoord. Hoewel dit verschilde, is er toch een gezamenlijk begrip ontstaan. Dit heeft gezorgd dat gezinsleden bepaalde gedachten voor het eerst uitspraken en ze alerter werden ten aanzien van de gevoelens van de patiënt.

De reacties vanuit het werkveld waren positief. De feedback die ik ontving van de psycholoog was dat ik proactief te werk ben gegaan en mij heb gehouden aan de planning door het proces te kunnen volgen. Ook heb ik meegekregen dat ik soms moet kunnen relativiseren als alles niet loopt zoals gepland. Principe 5 (psychologische continuïteit) heb ik te streng benaderd, omdat ik aangaf dat niet altijd dezelfde personen aanwezig waren bij de gesprekken. De psycholoog gaf aan dat je je in de praktijk soms moet aanpassen als er wordt gestreefd om altijd dezelfde personen bij het gesprek te hebben, dan zal het gesprek vaak niet door kunnen gaan. Het gaat uiteindelijk om de patiënt en zijn omgeving de prioriteit is dat de gesprekken plaatsvinden.

Tijdens de nabespreking gaf de psycholoog ook aan dat we tijdens het tweede gesprek de ruimte gaven om de dialoog plaats te laten vinden. Ze vond dat we de dialoog niet veel onderbraken. De kleine conflicten hebben daarmee plaats kunnen vinden en het gesprek had een natuurlijk verloop. Op het moment dat de patiënt aangaf het gesprek te willen stoppen, vroeg ik direct hoe hij het had ervaren. Op deze manier heb ik kunnen voorkomen dat het gesprek eindigde. Dit was een positieve opmerking die ik meekreeg. Ik vind het belangrijk dat een gesprek spontaan verloopt en voorkomen wordt dat het abrupt stopt, omdat dan niet bij ieders gevoelens is stilgestaan. Hierdoor is niet duidelijk wat moet worden meegenomen naar het volgend gesprek.

Bij het eerste gesprek was merkbaar dat gezinsleden aangeslagen waren en nog met veel vragen zaten omdat het gesprek niet goed was afgerond. Hiervan heb ik geleerd dat ik bij het tweede gesprek de mogelijkheid moet bieden tot zelfreflectie, zodat het positief eindigt. De bovenstaande bevindingen zal ik terugkoppelen tijdens de beleidsvergadering.

#### **2.4. Act.**

De toepassingsgerichte doelstelling was haalbaar. Ik zou een volgende keer de arts en coassistente niet bij het gesprek betrekken. In mijn beleving was de groep te groot. Er kan daarnaast rekening gehouden worden met gespreksleden die de taal niet spreken; hiervoor kan in het vervolg een tolk ingeschakeld worden. Dit zal de communicatie verbeteren.

Tussen de gespreksmomenten kan er veel gebeuren met de patiënt. In het vervolg mag dit meer bespreekbaar gemaakt worden. De verpleegkundige zou dit bijvoorbeeld kunnen doen, omdat zij het meest betrokken is tijdens de hospitalisatie en de patiënt nauw volgt. Er zal rekening gehouden moeten worden met het verlenen van onmiddellijke hulp. De realiteit is dat het soms moeilijk is om iedereen binnen 24 uur uit te nodigen. Het beste is om de patiënt en zijn omgeving te vragen wie zich op korte termijn beschikbaar kan stellen. Hiermee wordt ook duidelijk dat het dringend is, en zo kan zo snel mogelijk een gesprek worden gepland. De personen die beschikbaar zijn worden dan meteen betrokken, en de anderen kunnen eventueel bij een volgend gesprek worden uitgenodigd.

Een knelpunt dat wij zijn tegengekomen is hoe wij als hulpverleners dieper kunnen ingaan op de ruzies die ontstaan tijdens het gesprek. De bedoeling is om de dialoog niet te onderbreken, maar als het toch uit de hand loopt is het goed om te weten wat de beste manier is om erop te reageren, zodat het proces van de OD niet beïnvloed wordt. Daarnaast heb ik in de praktijk gezien dat het niet altijd mogelijk is om medicatie-inname te pauzeren, omdat patiënten soms in een slechte toestand verkeren.

De huidige gesprekken met de patiënt worden vervolgd door de psycholoog. Hierbij zal de OD-methode toegepast worden.

Na de beleidsvergadering zal er binnen de nieuwe hervorming van het ziekenhuis nog bekeken worden hoe de OD toegepast kan worden. De psycholoog heeft dit ter sprake gebacht tijdens een intervisie moment en de reacties waren hierover positief. Het doel is om hiermee verder te werken binnen de praktijk, zodat het uiteindelijk ook bij andere patiënten word toegepast. De open dialoog is al eerder bespreekbaar gemaakt binnen de organisatie. De psycholoog zal tijdens de maandelijkse vergadering het verlopen proces ter sprake brengen.

Ik heb mijn presentatie doorgestuurd naar de hoofdverpleegkundige en erbij vermeld dat dit naar alle verpleegkundigen verstuurd mag worden. Hiermee probeerde ik een breed publiek te bereiken met de hoop dat mijn informatie en reflectie doorkomt. Uiteraard heb ik erbij vermeld dat er voor verdere vragen altijd contact met mij opgenomen mag worden.

## **Algemene besluitvorming.**

Er kan geconcludeerd worden dat open dialoog een meerwaarde heeft gehad bij de communicatie tussen de verpleegkundigen, de patiënt en zijn omgeving.

Voor de verpleegkundigen kan dit ervoor zorgen dat ze in betere contact treden met de patiënt en een breed diepere inzicht krijgen in hen leefwereld en de betekenis van het voorgelegde probleem.

Het is natuurlijk van belang dat verpleegkundigen binnen een organisatie goed op de hoogte zijn. Hiervoor kunnen er bijeenkomsten binnen de afdeling georganiseerd worden, waarbij er informatie wordt gegeven over de theorie van OD eventueel brochures of een presentatie zodat het visueel waarneembaar blijft.

Tijdens de maandelijkse intervisie momenten kan het onderwerp besproken worden door de personen die de gesprekken hebben bijgewoond.

Uit resultaten van dit CAT blijkt dat de open dialoog methode een positieve bijdrage levert bij het herstel.

De resultaten van deze CAT zijn als volgt samen te vatten. Over het algemeen menen klinici dat een open dialoog aansluit bij hun professionele waarden en verbetert het de kwaliteit van de zorg die ze bieden. Deze bevinding is door Stockmann et al. (2019) bevestigd in hun thematische analyse van de ervaringen van klinici met opendialoogtraining. Een Noorse studie van Neilsen, aangehaald door Buus et al. (2017) toont eveneens aan dat klinici stellen dat een open dialoog hun professionele houding verbetert. Eerdere studies naar de open dialoog hebben aangetoond dat het toegenomen vertrouwen tussen gebruikers van diensten en therapeuten een essentieel veranderingsmechanisme kan zijn binnen een open dialoog (Piippo & Aaltonen, 2008; Rosen & Stoklosa, 2016).

Er zijn echter aanwijzingen voor succes bij het overkoepelende hoofddoel, namelijk het ontwikkelen van een alomvattende gebiedscultuur voor de behandeling van alle ernstige psychische stoornissen. Dit moet zoveel mogelijk worden gebaseerd op een wederzijdse open dialoog tussen patiënten (Bergström et al., 2017). Volgens Bergström et al. (2017) is er meer informatie nodig over de algehele en langetermijneffectiviteit van OD bij de behandeling van ernstigere psychosen, en vooral wanneer fysieke agressie optreedt. Artsen noemden de implementatie van een open dialoog een uitdaging en roepen op tot een meer dialogische benadering. Ze stellen voor dat het leiderschap een transparantere en meer inclusieve benadering kiest voor veranderingen in de dienstverlening, die beter aansluit bij de opendialoogbenadering (May & Finch, 2009).

Bij deze CAT is vooral opgevallen dat er weinig wetenschappelijk onderzoek is verricht naar conflictueuze gesprekken, en dan met name over de vraag hoe de hulpverlener daar het beste op kan reageren en dit bespreekbaar kan maken zonder dat het proces wordt beïnvloed. Hier kan de verpleegkundige tegenaan lopen, omdat die de situatie kan zien escaleren. Dan moet volgens de juiste principes worden gehandeld om het gesprek goed te laten verlopen en te eindigen. Verder onderzoek naar onverwachte conflictueuze gespreksituaties is dus nodig.

## Algemene literatuurlijst

- Buus, N., Bikic, A., Jacobsen, E. K., Müller-Nielsen, K., Aagaard, J., & Rossen, C. B. (2017). Adapting and implementing open dialogue in the Scandinavian countries: A scoping review. *Issues in Mental Health Nursing, 38*(5), 391–401. doi.org/10.1080/01612840.2016.1269377
- Bergström, T., Alakare, B., Aaltonen, J., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J., Seikkula, J. (2017). The long-term use of psychiatric services within the open dialogue treatment system after first-episode psychosis. *Routledge Taylor & Francis group, 9*(4), 310 – 321. doi: 10.1080/17522439.2017.1344295
- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J., Tolvanen, A., & Aaltonen, J. (2018). The family-oriented open dialogue approach in the treatment of the first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research, 270*, 168-175. doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.039
- De Haan, L. (2014). Vroege herkenning van een psychose. *Bijblijven, 30*, 35-38. doi.org/10.1007/s12414-014-0067-9
- Marlowe, N. I. (2015). Open dialogue with R.D Laing. *Psychosis, 7*(3), 272-275. doi.org/10.1080/17522439.2014.955521
- Melamed, A., Robinson, J. (2018). Case-control studies can be useful but have many limitations. *BJOG An international journal of obstetrics and gynaecology, 126*(1), 23-23. doi: 10.1111/1471-0528.15200
- Rosen, K., & Stoklosa, J. (2016). Psychiatric services. Finland in Boston? Applying open Dialogue ideals on a psychotic disorders inpatient teaching unit. *Psychiatric Services, 67*(12), 1283–1285. doi.org/10.1176/appi.ps.201600340
- Seikkula, J., & Arnkil, E. T. (2018). *Dialogical meetings in social networks*. New York: Routledge
- Stockmann, T., Wood, L., Enache, G., Withers, F., Gavaghan, L., & Razzaque, R. (2019). Peer-supported open dialogue: A thematic analysis of trainee perspectives on the approach and training. *Journal of Mental Health, 28*(3), 312–318. doi.org/10.1080/09638237.2017.1340609
- Tribe, R. H., Freeman, A. M., Livingstone, S., Stott, J. C. H., & Pilling, S. (2019). Open dialogue in the UK: Qualitative study. *BJPsych Open, 5*(4), e49. doi.org/10.1192/bjo.2019.38
- Ulland, D., Andersen, A. J. W., Larsen, I. B., & Seikkula, J. (2014). Generating dialogical practices in mental health: Experiences from Southern Norway, 1998–2008. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 41*(4), 410–419. doi.org/10.1007/s10488-013-0479-3



Von Peter, S., Aderhold, V., Cubellis, L., Bergström, T., Stastny, P., Seikkula, J., & Puras, D. (2019). Open dialogue as a human rights aligned approach. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 387. doi.org/ 10.3389/fpsy.2019.00387