



**KLINIEK  
SINT-JOZEF**  
CENTRUM VOOR PSYCHIATRIE  
EN PSYCHOTHERAPIE PITTEM

GERAAKT DOOR MENSEN

## Patiënten op de teamvergadering



### *Inspiratiegids*

eenheden Volwassenen kortverblijf en Psychosociale revalidatie

Kliniek Sint-Jozef Pittem

## Voor wie is deze inspiratiegids bestemd?

Vanuit een persoons- en belevingsgerichte zorg trachten we met het team van Volwassenen kortverblijf & Psychosociale revalidatie in Kliniek Sint-Jozef Pittem dag in dag uit een verhaal te creëren waar verbinding met de patiënt centraal staat. Geïnspireerd vanuit de herstelvisie leek het ons verbindend om af te stappen van een traditionele wijze van teamvergadering, en zo een dialoog te creëren waar het eigenaarschap van de patiënt centraal staat.

Na veel getalm en discussie van “ja maar” hebben we de moed gehad om de teamvergadering open te stellen voor de persoon waarover het uiteindelijk gaat. We kiezen ervoor om het behandelplan- en ontslagteam, twee fundamentele pijlers in de behandeling, open te stellen voor de regisseur zelf, de patiënt. Dit leidt tot een inspirerende ontmoeting voor iedere betrokken partij.

Het is en blijft een proces waar we iedere dag hard aan werken: een *‘never ending story’*. Het lijkt ons waardevol om onze bescheiden kennis & verworven inzichten te delen met iedereen die open staat om het proces van ontmoeting, dialoog & transparantie te concretiseren. Laat het een bron van inspiratie zijn om af te stappen van een ‘klassieke teamvergadering’ waar de hulpverlener een behandeling uitstippelt voor de patiënt. Laat het een proces zijn waar empowerment gestalte krijgt door de patiënt aan het stuur te plaatsen van zijn behandelproces.

Ons verhaal lees je hier verder.

Namens het team Volwassenen kortverblijf & Psychosociale revalidatie, Kliniek Sint-Jozef Pittem

Contactgegevens:

Joeri Vandewalle, [joeri.vandewalle@ugent.be](mailto:joeri.vandewalle@ugent.be)

Lieke Vercruysse, [lieke.vercruysse@sjp.be](mailto:lieke.vercruysse@sjp.be)

Thomas Dhondt, [thomas.dhondt@sjp.be](mailto:thomas.dhondt@sjp.be)

## Inhoudstafel

Voor wie is deze inspiratiegids bestemd? .....	2
Inhoudstafel .....	3
1. Inleiding .....	6
1.1. De herstelvisie .....	6
1.2. De visie van Kliniek Sint-Jozef Pittem .....	7
1.3. De eenheden Volwassenen kortverblijf en Psychosociale revalidatie .....	7
Doelgroep Volwassenen kortverblijf .....	7
Doelgroep Psychosociale revalidatie .....	8
Gemeenschappelijk denkkader op de eenheden .....	8
Het uitnodigen van patiënten op de teamvergadering .....	8
Soorten teamvergadering op Volwassenen kortverblijf en Psychosociale revalidatie .....	9
2. Wens van de patiënt om aan te sluiten bij de teamvergadering .....	12
3. Meerwaarde van de aanwezigheid van de patiënt op de teamvergadering .....	12
3.1. Op teamniveau .....	12
3.2. Op het niveau van de patiënt .....	13
3.3. Op het niveau van de professional .....	13
4. Hoe aan de slag gaan? .....	14
4.1. Voorbereidingsfase .....	14
Kruisbestuiving .....	14
De mening van patiënten bevragen .....	15
Try-out .....	16
4.2. Uitvoeringsfase .....	16
4.2.1 Voorafgaand aan de teamvergadering .....	16
Duidelijkheid scheppen bij de professionals .....	16
Duidelijkheid scheppen bij de patiënt .....	17
Goede voorbereiding .....	17
Respect tonen wanneer de patiënt niet wenst deel te nemen aan de teamvergadering .....	18

4.2.2	Tijdens de teamvergadering.....	18
	Aanwezigen op de teamvergadering.....	19
	Positionering van de aanwezigen.....	19
	De patiënt aan het woord laten .....	20
	Taalgebruik afstemmen op de patiënt .....	21
	Vermijden van schijnparticipatie in plaats van volwaardige participatie .....	21
4.2.3	Na de teamvergadering.....	21
	Bespreken van het verloop en de inhoud van de teamvergadering .....	21
	De mening van patiënten bevragen .....	22
	De mening van teamleden bevragen .....	22
5.	Cijfergegevens .....	24
5.1.	Patiëntenparticipatiecultuur peiling (2014) .....	24
5.2.	Registratie van de aanwezige patiënten op de teamvergadering (2016) .....	25
6.	Volgende stappen.....	26
7.	Literatuurlijst .....	28
8.	Bijlage .....	31



“Het werkt voor mij inspirerend om te vertrekken vanuit het verhaal die de patiënt brengt. Met hun woorden en samen met hen, hun dagelijks functioneren in kaart brengen en van daaruit samen een pad uitstippelen, schept duidelijkheid, wederzijdse verantwoordelijkheid en motivatie.”

*Biene Foulon – ergotherapeut*



“ You speak my language... Een nummer van Morphine die de uitdaging voor een hulpverlener weergeeft. Door samen met de patiënt het gesprek aan te gaan leer je in hun taal, hun leven kennen, een basis om met hun doelstellingen samen aan de slag te gaan.

*Simon Vanbecelaere – bachelor toegepaste psychologie*



“Enkel als je je als hulpverlener kan laten raken door het verhaal van de patiënt, kan je op dezelfde lijn komen om samen te werken richting herstel.”

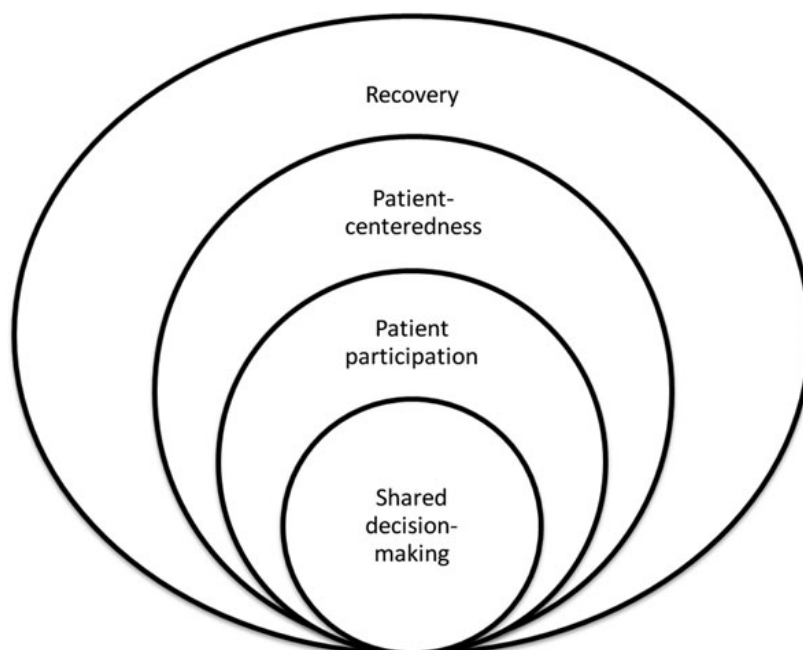
*Kelly Hoebeke – afdelingspsycholoog*

# 1. Inleiding

## 1.1. De herstelvisie

In de hele wereld wint de herstelvisie binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) aan belang. De herstelbenadering focust niet op de ziekte maar op de gezonde aspecten, de sterktes en het welzijn van een persoon. Herstel wordt hierbij niet gezien als een uitkomstmaat, maar eerder als een tocht waarbij het uitbouwen van een betekenisvol leven en het ontdekken van een eigen identiteit centraal staan (Repper & Perkins 2003). Door terug de controle over hun eigen leven te krijgen, kunnen patiënten het leven boven de ziekte uittillen (Schrank & Slade 2007). Patiënten zelf vinden een presente en erkennende houding van de hulpverlener hierbij van groot belang (Wilken 2010).

In de herstelvisie worden empowerment, participatie en sociale inclusie van de patiënt vooropgesteld. Het betrekken van patiënten in hun behandeltraject wordt niet gezien als een toevoeging aan de bestaande manier van werken in de GGZ, maar als een grote ommezwaai in een organisatiecultuur. Die ommezwaai zou noodzakelijk zijn om te kunnen komen tot een empowerende en gelijkwaardige relatie tussen hulpverlener en patiënt (Repper & Perkins 2003; Weinstein 2010; Wilken 2010). Gedeelde besluitvorming, of met andere woorden het zo volledig mogelijk informeren van en in dialoog gaan met de patiënt, is volgens de herstelvisie dus van essentieel belang (Schauer et al. 2007).



Storm & Edwards 2013

## 1.2. De visie van Kliniek Sint-Jozef Pittem

De visie van Kliniek Sint-Jozef Pittem is geënt op de herstelvisie en vormt dus een voedingsbodem voor patiëntenparticipatie. Zo zijn er verschillende elementen terug te vinden die pleiten voor het betrekken van patiënten in het behandeltraject.



Deze foto werd genomen door een patiënt in het kader van 'empowerende fotografie'.

*“We werken vanuit een herstelgerichte benadering (de recovery visie) waarbij het herstel gezien wordt als een uniek persoonlijk proces waarover de persoon zelf auteurschap neemt.”... “Respectvolle zorg op maat vanuit dialoog”... “In overleg met de patiënt, de familie en andere hulpverleners bieden wij een zorgtraject op maat aan.”... “Hierbij dragen we onder meer volgende waarden hoog in het vaandel: dialoog en appèl op de zelfverantwoordelijkheid van de persoon waarbij er gedeelde besluitvorming is rond de behandeldoelstellingen en het behandeltraject.”... “We creëren verschillende modaliteiten van patiëntenparticipatie en willen uitdrukkelijk de ervaringsdeskundigheid en de peer-support van de patiënten aanspreken en inzetten.” (www.sintjozefpittem.be 2017)*

## 1.3. De eenheden Volwassenen kortverblijf en Psychosociale revalidatie

De eenheden Volwassenen kortverblijf en Psychosociale revalidatie zijn twee behandel eenheden in Kliniek Sint-Jozef Pittem die de herstelvisie heel sterk willen uitbouwen op de eenheid. Beide eenheden vallen onder dezelfde stuurgroep (afdelingshoofd, afdelingspsychiater en afdelingspsycholoog) en werken dus heel nauw samen.

### Doelgroep Volwassenen kortverblijf

De eenheid Volwassenen kortverblijf richt zich tot volwassenen die op één of andere manier even uit balans zijn. Ze hebben psychologische en/of psychiatrische problemen die hun dagdagelijkse functioneren zodanig bemoeilijken dat ambulante hulp niet meer toereikend is en een korte opname zich opdringt. Ook personen die de eerste stappen in hun behandeling al gezet hebben op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, maar bij wie een kortdurende vervolgbehandeling nodig blijkt, kunnen terecht op de eenheid Volwassenen kortverblijf. Het doelpubliek bestaat onder andere uit personen met angst- en stemmingsstoornissen (depressie, bipolaire stoornis), aanpassingsstoornissen (life events) en secundair middelenprobleem.



## **Doelgroep Psychosociale revalidatie**

De eenheid Psychosociale revalidatie richt zich tot volwassenen met een gestabiliseerde psychiatrische problematiek. Er wordt van uitgegaan dat het persoonlijk herstelproces het meest gestalte krijgt via een combinatie van resocialiserende en psychotherapeutische interventies waarbij deze laatste het realiseren van de eerste ondersteunen.

## **Gemeenschappelijk denkkader op de eenheden**

Beide eenheden streven naar een intensief en maatschappelijk gericht behandeltraject. Op de eenheid Volwassenen kortverblijf duurt het behandeltraject acht weken. Op de eenheid Psychosociale revalidatie varieert de opnameduur, maar wordt die zo kort mogelijk gehouden. Beide eenheden brengen vanuit verschillende invalshoeken zowel de klachten als de krachten van de patiënt in kaart om via empowerment de balans weer meer in evenwicht te krijgen. Vanuit een integratieve visie werken de multidisciplinair samengestelde teams samen en dit met een veelheid aan methodieken en technieken. Ze zoeken naar een behandeling op maat van de patiënt. Op beide eenheden nemen de hulpverleners een herstelondersteunende houding aan waarbij participatie van de patiënt centraal staat. Vanuit het empowerende gedachtegoed geloven ze in de mens en in zijn mogelijkheden en krachten. Dit manifesteert zich door ieder individu de kans te geven om zichzelf te ontplooiën. Hulpverleners reiken ladders aan opdat de patiënt zijn eigen kracht zou ontdekken en zo de toekomst in eigen handen kan nemen. Belangrijke zaken voor patiënten hierbij zijn het aanscherpen van sociale vaardigheden en van het kritisch denken, en het terug verwerven van controle. Dit vereist van de hulpverleners een specifieke attitude met aandacht voor het afstand nemen van hun macht (Laitila et al. 2011), het in dialoog gaan (Schwartz et al. 2013), een gezonde interesse tonen/zich laten raken en vanuit een authentieke motivatie handelen (Stringer et al. 2008).

## **Het uitnodigen van patiënten op de teamvergadering**

Vanuit dit gemeenschappelijk denkkader besloten beide eenheden om patiënten op de teamvergadering uit te nodigen in de hoop hen te empoweren om hun ervaringsdeskundigheid en andere krachten in te zetten. Via deze wijze van empowerment trachten we samen hun behandeltraject uit te stippelen.

Met deze inspiratiegids willen beide eenheden graag andere eenheden/ziekenhuizen warm maken om vanuit de herstelgerichte visie patiënten uit te nodigen op de teamvergadering. De eenheden Volwassenen kortverblijf en Psychosociale revalidatie implementeerden het initiatief vanaf november 2014. Naast aanbevelingen vanuit wetenschappelijke literatuur,



geeft deze gids ook ervaringen weer vanuit de implementatie van het initiatief op de eenheden. Zowel facilitatoren, barrières, sterktes als valkuilen worden in kaart gebracht.

### **Soorten teamvergadering op Volwassenen kortverblijf en Psychosociale revalidatie**

De eenheden organiseren verschillende soorten teamvergadering per patiënt. Chronologisch gaan volgende teamvergaderingen door:



#### *Observatieteam*

Op de eerste teamvergadering stelt iedere discipline de patiënt voor op basis van hun eerste gesprek en observaties. Vanuit de globale schets kan iedere discipline doelgericht vragen stellen ter verduidelijking.

#### *Behandelplanteam*

Tijdens het behandelplanteam worden de lijnen van de behandeling uitgetekend. Mogelijke routes worden uitgestippeld.

Op Volwassenen kortverblijf nodigen we de patiënt uit om aan te sluiten op zijn behandelplanteam. Tijdens het behandelplanteam stelt de patiënt zich voor aan de hand van zijn levenslijn en wensboom. Samen met het team gaat hij in dialoog om tot een gezamenlijk behandelplan te komen. Vanaf 2017 nodigen we ook de patiënten van Psychosociale revalidatie uit op hun behandelplanteam. We besloten om dezelfde methode te hanteren zoals op Volwassenen kortverblijf, omdat we merkten dat de input van de patiënt op een evolutieteam (zie verder) ervoor zorgde dat het eerder een behandelplanteam werd.

### *Evolutieteam*

Na het behandelplanteam is er een uitvoerige bespreking over de patiënt. Iedere discipline maakt een evolutieverslag (evaluatie van de doelstellingen, klinische evaluatie,...) op die zij dan brengt in de teambespreking. Het opmaken van een evolutieverslag gebeurt zoveel als mogelijk samen met de patiënt. Na het overlopen van ieders verslag gaan we na welke bijsturing nodig is in het zorgproces. Tijdens het evolutieteam staan we stil hoe het behandelplan evolueert en welke nazorg er wenselijk kan zijn. Uiteraard wordt dit alles vooraf besproken met de patiënt in voorbereiding van de teamvergadering.

Op de eenheid Psychosociale revalidatie nodigden we tot 2017 de patiënt uit om aan te sluiten op zijn evolutieteam. De patiënt kreeg dan de kans om zelf zijn evolutie te schetsen, in te gaan op wat er wordt aangevuld door teamleden en samen tot teambesluiten te komen.

### *Ontslagteam*

Tijdens het onslagteam schetsen we samen een evolutie van het afgelopen traject. We evalueren welke doelstellingen voldoende 'waargemaakt' zijn. We stellen de opname, rekening houdende met de evolutie van de patiënt, kritisch in vraag en gaan na welke vervolghulp kan ingeschakeld worden om de doelstellingen op lange termijn (in de context van de patiënt) te borgen.

Zowel op Volwassenen kortverblijf als Psychosociale revalidatie nodigden we de patiënten uit op hun onslagteam. Patiënten krijgen de kans om zichzelf te evalueren en voorstellen tot nazorg te formuleren. Samen nemen we een besluit en leggen de afspraken voor nazorg vast.



“ We gaan als verpleegkundige samen op pad, waarbij laagdrempeligheid en gelijkwaardigheid het fundament vormen in de begeleidingsrelatie.”

*Laurens Deceuninck – verpleegkundige Volwassenen Kortverblijf*



“Een gesprek aangaan met, en niet over de patiënt doet je als therapeut meer mogelijkheden zoeken, een vervolg vinden.”

*Dieder Brackx – bewegingstherapeut*



“De patiënt kan zijn eigen verhaal het beste brengen, met eigen nuances, eigen belevingen. We laten ons raken door het verhaal en gaan samen als coach op pad rond zijn/haar behandel doelstelling”

*Annemie Dupon – verpleegkundige Psychosociale revalidatie*

## 2. Wens van de patiënt om aan te sluiten bij de teamvergadering

Het opzet om patiënten uit te nodigen bij de teamvergadering sluit aan bij eerder onderzoek over patiëntenparticipatie in Kliniek Sint-Jozef Pittem. Zo toonde de masterproef van A. Verkest (2012) aan dat patiënten voornamelijk inspraak willen in hun eigen behandelingsproces. Patiënten wensen transparante communicatie over de behandeldoelen en willen feedback ontvangen over hoe ze functioneren. De mogelijkheid krijgen om direct te participeren bij het uitstippelen van hun behandelplan ondersteunt deze wensen (Verkest et al. 2012). Bovendien wordt dergelijke patiëntgerichte focus aanzien als een belangrijke dimensie van kwaliteitsvolle zorg (Institute of Medicine 2001, Berwick 2009).

*Citaat van een patiënt:*

*“Ik wil weten hoe mijn toestand verbetert of vermindert. Ik wil namelijk leren om minder te piekeren en hoe ik mijn zelfbeeld kan verhogen. De gesprekken met mijn individuele begeleider (I.B.) zijn daarvoor zeer leerrijk. Ook vind ik het leuk om te weten wat de verplegers en verpleegsters, het ganse team van mij vinden. Alles wat de teamleden mij tijdens het overleg meedeelden kwam overeen met hoe ik mijn eigen situatie zag. Nu weet ik beter waar ik zoal moet op letten en hoe ik mijn familie hierin kan betrekken.”*

## 3. Meerwaarde van de aanwezigheid van de patiënt op de teamvergadering

Volgens wetenschappelijke literatuur heeft de aanwezigheid van patiënten op de teamvergadering een potentiële meerwaarde op het niveau van zowel het team, de patiënt als de professional.

### 3.1. Op teamniveau

De teamleden en patiënten kunnen gezamenlijke besluiten nemen tijdens de teamvergadering. Indien dit gebeurt in een gelijkwaardige samenwerking, dan kunnen de besluiten worden gedragen door iedere aanwezige tijdens het overleg. Bovendien kunnen meningsverschillen rechtstreeks worden uitgeklaard (Latvala et al. 1999).

### 3.2. Op het niveau van de patiënt

Patiënten die aansluiten bij de teamvergadering geven aan meer tevreden te zijn over hun behandeling en een beter zicht te hebben op hun persoonlijke situatie (Vuokila-Oikkonen et al. 2002). Er kan worden gesteld dat hun participatie in de teamvergadering een positieve invloed heeft op hun zelfmanagement (Vuokila-Oikkonen et al. 2002). Het gegeven dat patiënten aansluiten bij de teamvergadering toont patiënten dat ze er bij horen, dat ze een gelijkwaardige stem hebben en dat ze dus niet zomaar passief hun behandeling moeten ondergaan (Lindberg et al. 2013).

### 3.3. Op het niveau van de professional

Wanneer patiënten aansluiten bij de teamvergadering en de ruimte krijgen om hun verhaal te brengen, dan kan er een gefundeerde klinische blik gevormd worden op de situatie van de patiënt. Transparante communicatie ondersteunt tevens de coördinatie en afstemming van de zorg. Met andere woorden, ook teamleden hebben er baat bij dat de patiënt aansluit op de teamvergadering (Vuokila-Oikkonen et al. 2002). Inderdaad, onderzoeken tonen aan dat teamvergaderingen mét patiënten belangrijk zijn voor de ontwikkeling van de professionele competenties (kennis & vaardigheden) van teamleden en studenten (Lindberg et al. 2013).

Een patiënt uitnodigen op de teamvergadering kan therapeutisch gezien een goudmijn zijn aan observaties en tegelijk een oefenmoment voor de patiënt.

*Citaat van een psycholoog:*

*“Het brengen van haar teamvoorbereiding bracht haar terug in haar eigen keurslijf waarin ze al een hele tijd zit. Het is een mooie veruitwendiging van hoe ze zich binnenin voelt: enkel school telt of steeds je best doen, maar de patiënte loopt hierbij voortdurend op de toppen van haar tenen. Ze merkte bij zichzelf op dat ze het gestructureerd en duidelijk wou brengen (erg verbaal) maar hierbij haar gevoel ontbrak of later kwam. Ze schermt zich duidelijk af, wil haar gevoel nog steeds niet volledig tonen. Bang voor wat er zal komen, bang om uiteen te vallen (en controle te verliezen).”*

Het uitnodigen van de patiënt op de teamvergadering is niet enkel ‘therapeutisch’. Het stimuleert tevens een proces waar de professionals een attitude ontwikkelen om los te komen van het wij-zij gevoel. Het werkt een ontmoeting in de hand waar de professional een kans neemt om meer contact te maken met de persoon achter de patiënt.

## 4. Hoe aan de slag gaan?

Naast de korte inleiding, lijkt het ons vooral interessant om een gids te presenteren met mogelijke manieren om te evolueren naar een teamvergadering waarbij de patiënt aansluit. We geven aanbevelingen vanuit de wetenschappelijke literatuur en suggereren concrete stappen. We beschrijven ook de implementatie op de beide eenheden. Tot slot geven we weer hoe patiënten en/of teamleden de praktijkvoering evalueren.

Legende:



Wat beveelt de wetenschappelijke literatuur aan?



Concrete stappen die kunnen worden gezet.



Praktijkvoering op de eenheden Volwassenen kortverblijf en/of Psychosociale revalidatie.



Hoe evalueren patiënten en/of teamleden dit gegeven?

### 4.1 Voorbereidingsfase

Vooraleer patiënten uit te nodigen op de teamvergadering is het noodzakelijk om deze stap goed voor te bereiden. Hieronder beschrijven we verschillende pistes.

#### Kruisbestuiving



Kruisbestuiving is belangrijk bij veranderingsprocessen (Grol & Wensing 2011).



Er kan een teamlid van een afdeling waar dit initiatief reeds wordt toegepast op bezoek komen op de afdeling. Andersom kan het team dat het initiatief wenst te implementeren een bezoek brengen aan een afdeling waar het initiatief reeds is ingeburgerd.



Geert Capoen, het afdelingshoofd van 'De Wissel 2' in het Heilig Hart ziekenhuis te Ieper, kwam op bezoek op de eenheid Volwassenen kortverblijf. De ervaring op 'De Wissel 2' met de participatie van patiënten bij de teamvergadering lag aan de basis van zijn bezoek. Hij bracht een inspiratieverhaal met als doel de eenheden Volwassenen Kortverblijf en Psychosociale revalidatie te overtuigen om er ook voor te gaan.

## De mening van patiënten bevragen



De participatie van patiënten tijdens de teamvergadering kan als thema ingebracht worden op een bijeenkomst van patiënten om de mening over het initiatief te horen bij de doelpopulatie.



Op Volwassenen kortverblijf houden we een tweewekelijkse bijeenkomst (op Psychosociale revalidatie een wekelijkse bijeenkomst) met een gespreksleider waarbij aan patiënten de kans wordt gelaten om inspraak te hebben in hun behandeling en het beleid op de eenheid. Het eerste thema dat naar voren kwam was de participatie van patiënten tijdens de teamvergadering. Hierbij vroegen we patiënten naar hun verwachtingen en voorwaarden inzake het initiatief. Enkele standpunten die toen werden gedeeld, namen we mee in de opstart van het initiatief. Patiënten beslisten dus mee over de wijze van implementeren op de afdeling. Met deze bijeenkomsten streven we naar afstemming op de wens van de patiënt. We beogen gedeelde besluitvorming, wat de hoogste trap vormt op de ladder van patiëntenparticipatie (Arnstein 1969). De aanwezigheid van deze tweewekelijkse bijeenkomst duidt er op dat de eenheid Volwassenen kortverblijf patiëntenparticipatie hoog in het vaandel draagt en reeds langere tijd ervaring heeft met het betrekken van patiënten.



Arnstein 1969

## De mening van teamleden bevragen



Er kan een bijeenkomst georganiseerd worden met het multidisciplinaire team op de afdeling om de mening van de teamleden te horen over het initiatief.



Op Volwassenen kortverblijf en Psychosociale revalidatie vindt er driewekelijks een coördinatievergadering<sup>1</sup> plaats. Tijdens meerdere coördinatievergaderingen op Volwassenen kortverblijf werden randvoorwaarden voor het initiatief geformuleerd en werd een rolverdeling per discipline vastgelegd. Deze afspraken waren zowel gericht op de voorbereiding en het verloop van de teamvergadering als de nazorg van dit overleg.

<sup>1</sup> Tijdens de coördinatievergadering zit het hele team van de eenheid samen om het te hebben over de dagdagelijkse werking op de eenheid.



## Try-out



Er kan een fictieve teamvergadering worden georganiseerd. Een neutraal teamlid of een ervaringsdeskundige kan tijdens deze vergadering deelnemen in een rol als patiënt.



Na een periode van brainstormen en beraadslagen organiseerden we een fictieve teamvergadering waarbij het toenmalig afdelingshoofd deelnam in een rol als patiënt. Het doel van dit rollenspel was het verhogen van het inzicht in potentiële facilitatoren en barrières bij het uitnodigen van patiënten op de teamvergadering. Een analyse van deze fictieve vergadering werd aangevuld met multidisciplinaire feedback.

## 4.2 Uitvoeringsfase

Wanneer de patiënt wordt uitgenodigd op de teamvergadering is een goede praktijkvoering belangrijk. Maar wat is een goede praktijkvoering? Hieronder volgen aanbevelingen vanuit de wetenschappelijke literatuur, concrete stappen die kunnen worden gezet, de manier waarop de eenheden Volwassenen kortverblijf en Psychosociale revalidatie het in de praktijk uitvoeren, en hoe deze praktijkvoering wordt geëvalueerd door patiënten en/of teamleden.

### 4.2.1 Voorafgaand aan de teamvergadering

#### Duidelijkheid scheppen bij de professionals



Het risico bestaat dat de teamvergadering blijft bij een mondeling overleg zonder voldoende schriftelijke neerslag. Een grondige inventarisatie en uitwisseling van informatie is echter nodig om de teamvergadering efficiënt te laten verlopen en om zo de continuïteit van de zorg te ondersteunen.




Er kunnen duidelijke verwachtingen geformuleerd worden over de manier waarop teamleden de teamvergadering moeten voorbereiden en waar ze hun informatie moeten neerschrijven zodat er geen informatie verloren gaat. Deze structuur kan het klinisch redeneren bevorderen.



Het elektronische patiëntendossier bevat een tabblad waarin een interdisciplinair assessment vorm krijgt vanuit het eigen perspectief van de verschillende teamleden. Elke discipline vult dit assessment in als voorbereiding op de teamvergadering.

Er is ook een document beschikbaar waarop duidelijk staat welke discipline wat moet voorbereiden voor elke teamvergadering (zie bijlage). Dit zorgt ervoor dat er geen zaken over het hoofd worden gezien.

### Duidelijkheid scheppen bij de patiënt

 De literatuur beveelt aan om bij de patiënt duidelijkheid te scheppen over: (1) het doel, de vorm en de opbouw van het overleg (Cappleman et al. 2015; Milner et al. 2008) en (2) de taak- en rolverdeling binnen het team (Hargreaves & Shumway 1989). Er wordt ook aanbevolen om bij de patiënt duidelijkheid te scheppen over de inhoud die gebracht zal worden in de teamvergadering. Voor de teamvergadering moet de mogelijkheid gegeven worden aan de patiënt om de voorbereiding van de teamvergadering door te nemen. Hierbij moet de ruimte aan patiënten geboden worden om aanvullingen te formuleren (Cappleman et al. 2015).



Bij opname kan er aan de patiënt informatie gegeven worden over hoe een teamvergadering verloopt en wat de taak- en rolverdeling binnen het team is (vb. aan de hand van een brochure).



Bij opname op Volwassenen kortverblijf licht de individuele verpleegkundige begeleider (I.B.) de werkbundel toe aan de patiënt. In deze werkbundel komt o.a. het verloop van de teamvergadering en de taak- en rolverdeling van de teamleden en de patiënt aan bod. Op Psychosociale revalidatie krijgen de patiënten van hun I.B. voor de teamvergadering informatie en richtinggevende vragen op papier als voorbereiding op de teamvergadering. Op beide eenheden legt de I.B. voor de teamvergadering zijn/haar voorbereiding voor aan de patiënt. In dit gesprek krijgt de patiënt ook de kans om zijn voorbereiding voor te leggen aan de I.B. en/of aanvullingen te geven op de voorbereiding van de I.B..

### Goede voorbereiding



De literatuur beveelt aan dat de patiënt en de toegewezen verpleegkundige samen de teamvergadering voorbereiden (Labib & Brownell 2009, Milner et al. 2008). Belangrijk hierbij is dat patiënten in deze voorbereiding inspraak hebben (Cappleman et al. 2015).



De patiënt bereidt de teamvergadering voor a.d.h.v. de werkbundel. De teamleden maken hun voorbereiding in het elektronisch patiëntendossier. De I.B. bespreekt zijn voorbereiding met de patiënt vooraleer de teamvergadering plaatsvindt. Zo kan de patiënt zich al wat voorbereiden op datgene dat zal gezegd worden op de teamvergadering.



De patiënten ervaren de voorbereiding op het teamoverleg positief. De grondige voorbereiding op papier vinden patiënten een goede manier om tot inzicht te komen waar ze willen bij stilstaan in de teamvergadering. Anderzijds is het volgens patiënten een intensief en emotioneel proces.

### **Respect tonen wanneer de patiënt niet wenst deel te nemen aan de teamvergadering**



Teamleden worden aanbevolen om respect te tonen wanneer de patiënt niet wenst aan te sluiten bij de teamvergadering (Vuokila-Oikkonen et al. 2002).



De I.B. nodigt de patiënt uit op de teamvergadering en laat de keuze aan de patiënt om deel te nemen aan de teamvergadering en om de mate van deelname te bepalen (vb. zelf al dan niet iets brengen). Wanneer de patiënt niet wenst aan te sluiten op de teamvergadering, brengt de I.B. de voorbereiding van de patiënt op de teamvergadering en treedt de I.B. dus op als spreekbuis in naam van de patiënt.



Patiënten ervaren de vrijblijvendheid tot deelname als positief. Patiënten voelen zich niet verplicht om deel te nemen, maar worden uitgenodigd.

Citaat patiënt:

*“Ik besloot om niet bij mijn team aanwezig te zijn omdat ik er eigenlijk niet wil bij zijn als men mij bespreekt. Ik zal in een persoonlijk gesprek met mijn I.B. wel horen wat het resultaat is. Of dat nu positief of negatief is, dat maakt me eigenlijk niet uit. Ik voel mezelf en dat kan ik beoordelen. Maar de begeleiding kent me ook genoeg, ziet ook hoe ik me gedraag. Ze zullen wel zonder me kunnen bepalen wat goed voor mij is en voor mijn behandeling. Ik heb mijn ‘wensen’ besproken met mijn I.B. en dat vind ik voldoende.”*

## **4.2.2 Tijdens de teamvergadering**

### **Tijdsbewaking**



Een strikte planning en een goede tijdsopvolging tijdens de teamvergadering zijn van belang (Labib & Brownell 2009, White & Karim 2005).



Op Volwassenen kortverblijf streven we naar 20 minuten gesprekstijd voor behandelplanteams en 15 minuten gesprekstijd voor ontslagteams. We informeren de patiënt hierover op voorhand. Verder bereiden we met de patiënt voor hoe ze hun perspectief in 5 à 10 minuten kernachtig kunnen verwoorden. Op de teamvergadering gaat er aandacht uit naar respectvol begrenzen en samenvattend werken. Het afdelingshoofd

(eventueel de afdelingspsycholoog bij afwezigheid van het afdelingshoofd) is de timemanager tijdens de teamvergadering.



Het handhaven van de timing verloopt soms moeilijk. Teamleden vinden het wel zinvol om met de patiënt voor te bereiden hoe ze hun perspectief in 5 à 10 minuten kernachtig kunnen verwoorden.

### **Aanwezigen op de teamvergadering**



Er wordt aanbevolen om het aantal aanwezige teamleden tijdens een teamvergadering te beperken (Armond & Armond 1985, Wagstaff & Solts 2003, White & Karim 2005, Wolf 1997). White & Karim (2005) bevelen aan dat er maximum 4 teamleden aanwezig zijn tijdens een teamvergadering. Echter niet zozeer het aantal teamleden, maar de vertrouwdheid met de teamleden heeft de grootste impact op het angstniveau van de patiënt om aan te sluiten bij de teamvergadering (Armond & Armond 1985). Naast het aantal teamleden, is het dus ook belangrijk om te overwegen wie er aanwezig is (Cappelman et al. 2015).



- Aanwezigen die niet of nauwelijks gekend zijn door de patiënt kunnen zich voorstellen tijdens het overleg (Armond & Armond 1985; Wagstaff & Solts 2003).
- Er kan een verklaring gegeven worden waarom verschillende teamleden aanwezig (zullen) zijn (Milner et al. 2008).



Op Volwassenen kortverblijf en Psychosociale revalidatie is het aantal aanwezigen bespreekbaar met de patiënt. Het aantal aanwezigen wordt zo beperkt mogelijk gehouden. Volgende disciplines zijn aanwezig : verpleegkundigen (maximum 4), afdelingshoofd, psychiater en/of arts-assistent, psycholoog, maatschappelijk werkende, bachelor toegepaste psychologie, ergotherapeut en bewegingstherapeut.



Patiënten geven aan dat ze geen probleem hebben met de aanwezigheid van verpleegkundigen en andere teamleden. Daarbij merken ze op dat de mogelijkheid er moet zijn om occasioneel het aantal teamleden te beperken.

### **Positionering van de aanwezigen**



Het is aan te bevelen om tijdens de teamvergadering de aanwezigen aan een cirkelvormige tafel te zetten. Indien dergelijke tafel niet beschikbaar is, kunnen de stoelen in een cirkelvorm geplaatst worden. Op die manier is iedereen goed zichtbaar en kan iedereen actief verbaal en non-verbaal worden betrokken (Wagstaff & Solts 2003).



Op de teamvergadering zitten de aanwezigen aan een rechthoekige tafel, maar wordt erop gelet dat iedereen gezien kan worden (zie foto). De I.B. zit altijd naast de patiënt. Wanneer de patiënt het tijdens de teamvergadering moeilijk krijgt, dan kan de I.B. hem ondersteunen.



De meeste patiënten vinden het leuk wanneer ze iedereen zien zitten tijdens het overleg omdat dit een gevoel van betrokkenheid geeft. Andere patiënten vinden het eerder beangstigend om iedereen te zien zitten wegens het gevoel beoordeeld te worden.

### **De patiënt aan het woord laten**



De literatuur beveelt aan om bij teambesluiten een goede afstemming te vinden met de patiënt. Het is essentieel dat de patiënt aan het woord komt. Patiënten dienen de ruimte te krijgen om hun ervaringen te bespreken en hoe ze met die ervaringen omgaan of vroeger zijn omgegaan. De aanwezige teamleden nemen hierbij een actieve luisterhouding aan en richten hun volledige aandacht op het verhaal van de patiënt. Deze ervaringen dienen als basis te worden gebruikt voor de interactie en discussie in het ganse team (Vuokila-Oikkonen et al. 2002; Rix & Sheppard 2003; Fiddler et al. 2010). Er wordt ook aanbevolen om als team de nodige ruimte te laten voor het uiten van emoties tijdens de teamvergadering (Vuokila-Oikkonen et al. 2002).



Op de teamvergadering komt de patiënt eerst aan het woord (indien hij/zij dit wenst). Daarna krijgen teamleden de mogelijkheid om datgene wat de patiënt heeft gebracht aan te vullen vanuit hun eigen discipline. Ook dan polsen we geregeld naar gedachten en gevoelens van de patiënt bij datgene dat er wordt gebracht. Op het einde van de teamvergadering wordt het teambesluit samen met de patiënt doorgenomen en kan de patiënt nog reageren op het teambesluit. We betrekken de patiënt bij zowel de bespreking als de besluitvorming.



Patiënten geven aan dat ze kunnen meestappen in hun eigen behandeling van bij het begin. Ze weten dat er niets boven hun hoofd wordt beslist. Er wordt volgens hen steeds gevraagd of ze akkoord zijn met de besluiten. Ze geven ook aan dat ze de mogelijkheid hebben om te reageren op de voorstellen. Vanuit o.a. dit gegeven hebben ze een positief gevoel over hun deelname aan de teamvergadering.

## Taalgebruik afstemmen op de patiënt



Er wordt aanbevolen om vakterminologie te beperken aangezien patiënten vaak moeite hebben om medisch taalgebruik te verstaan (Armond & Armond 1985, Rotman-Pikielny et al. 2007).



Aangezien patiënten steeds een afprint krijgen van de teamvergadering (waar het behandelplan/het teambesluit, de probleemsamenhang, de doelstellingen en de behandelstrategie op staan), wordt de vakterminologie al vanaf de voorbereiding van de teamvergadering zo veel als mogelijk beperkt door de teamleden.

## Vermijden van schijnparticipatie in plaats van volwaardige participatie



Er wordt aanbevolen om nog geen teambesluiten te nemen vooraleer de patiënt de vergaderruimte binnenkomt. Wanneer dit wel gebeurt, dan ervaren patiënten minder actieve betrokkenheid. Het gevolg is dat patiënten het gevoel hebben dat ze geen volwaardige stem hebben in het besluitvormingsproces (Wagstaff & Solts 2003).



‘Moeilijke’ thema’s (vb. Wat doen bij middelengebruik tijdens opname? Hoe omgaan met weerstand van patiënt?) bespreken we op coördinatievergaderingen. We zijn transparant naar de patiënten toe inzake de visie die we innemen. Deze visie nemen we ook mee op teamvergaderingen bij concrete patiëntencasussen. Tijdens de teamvergadering projecteren we de de probleemsamenhang, de doelstellingen en de behandelstrategie op een groot scherm en vult de psycholoog, na overleg met de patiënt, het teambesluit in.

### 4.2.3 Na de teamvergadering

#### Bespreken van het verloop en de inhoud van de teamvergadering



Er wordt aanbevolen dat teamleden na de teamvergadering met de patiënt bespreken hoe de teamvergadering werd ervaren en samenvatten wat er werd besproken. Er wordt ook aanbevolen om de patiënt na de teamvergadering de mogelijkheid te geven om de notities van de teamvergadering door te nemen. Hierbij moet de ruimte aan patiënten geboden worden om aanvullingen te formuleren (Cappleman et al. 2015).



De patiënt krijgt een afprint van de teamvergadering. De I.B. bespreekt met de patiënt hoe hij/zij de inhoud en de organisatie van de teamvergadering heeft ervaren.

## De mening van patiënten bevragen



De participatie van patiënten tijdens de teamvergadering kan als thema ingebracht worden op een bijeenkomst van patiënten om het initiatief te evalueren. Meninge die daar worden gedeeld, kunnen worden meegenomen in de verdere uitvoering van het initiatief. Op die manier wordt er bij patiënten blijvend geduid op het feit dat het betrekken van patiënten hoog in het vaandel wordt gedragen door de afdeling.



Op Volwassenen kortverblijf houden we een tweewekelijkse bijeenkomst (op Psychosociale revalidatie een wekelijkse bijeenkomst) met een gespreksleider waarbij we aan patiënten inspraak geven in hun behandeling en het beleid op de eenheid. Patiënten evalueren op deze bijeenkomsten frequent het initiatief 'patiënt op team'. Recentelijk organiseren we nu ook overkoepelende bijeenkomsten met Volwassenen kortverblijf en Psychosociale revalidatie samen waarin we de aanwezigheid van patiënten op de teamvergadering evalueren.

## De mening van teamleden bevragen



Er wordt aanbevolen dat teamleden regelmatig reflecteren over het verloop van de teamvergadering. Dit betekent dat het team regelmatig het proces zou moeten evalueren (Vuokila-Oikkonen et al. 2002).



Tijdens overlegmomenten met het team (vb. tijdens een coördinatievergadering) evalueren we het initiatief 'patiënt op team'. In de beginfase was dit een vast thema op de coördinatievergadering. Naargelang het initiatief meer ingeburgerd geraakte, werd de frequentie van de evaluatiemomenten gereduceerd tot wanneer het nodig leek om het initiatief te evalueren. Ook na een teamvergadering gebeurt het dat het team nog kort stil staat bij hoe de teamvergadering met de patiënt verliep. Maar dan gaat het over het gevoelsmatige aspect, niet het inhoudelijke aspect.





“Het initiatief ‘patiënt op de teamvergadering’ bekrachtigt patiëntenparticipatie als een rijk interpersoonlijk proces veeleer dan als een losse structuur of een uithangbord. De kracht van dit initiatief zit niet enkel in de betekenisvolle uitvoering ervan maar ook in de betrokkenheid van patiënten doorheen de ontwikkeling en evaluatie.”

*Joeri Vandewalle – wetenschappelijk medewerker UGent*



“Als afdelingshoofd ben ik trots hoe we onze teamvergadering gestalte geven. De aanwezigheid van de patiënt zorgt voor een cultuur waar ‘persoonsgerichte’ benadering een diepere betekenis krijgt. Ik voel aan dat sinds dit project we meer samenwerken aan behandeldoelen waar het echt over gaat!”

*Thomas Dhondt – afdelingshoofd*



“Wanneer patiënt en hulpverleners binnen een veilige omgeving ideeën kunnen uitwisselen wordt ruimte gecreëerd voor nieuwe ideeën en ontstaat hoop om verder te gaan.”

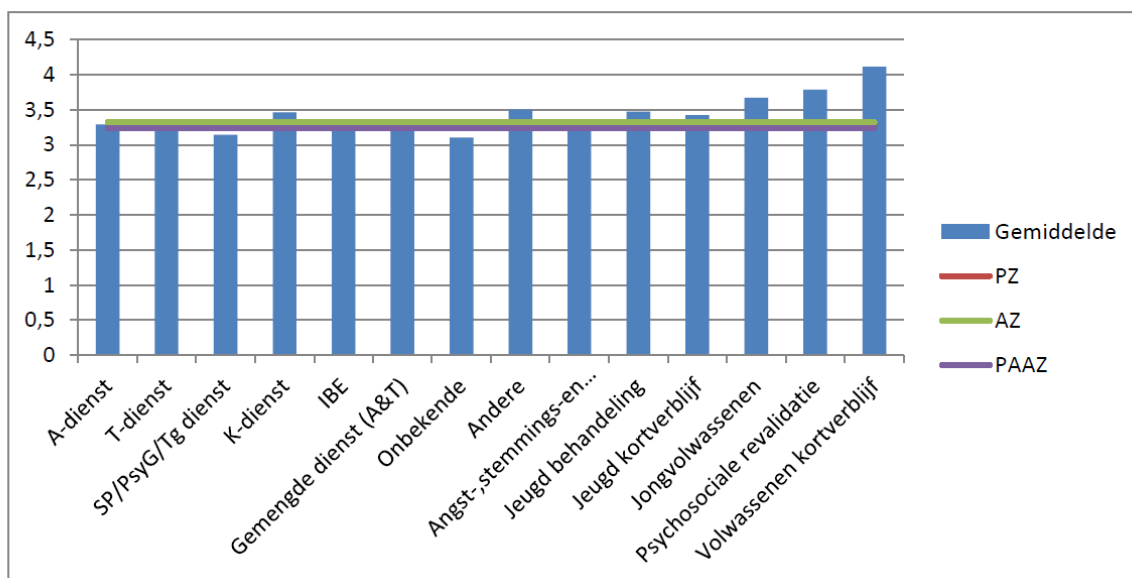
*Hanne Vermeersch - afdelingspsychiater*

## 5. Cijfergegevens

### 5.1. Patiëntenparticipatiecultuur peiling (2014)

In het kader van het ondersteuningsplan bij het uitvoeren van het meerjarenprogramma “Coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid 2013-2017” van de FOD Volksgezondheid organiseerde de Universiteit Gent, in samenwerking met het Universitair Ziekenhuis Gent in 2014 een patiëntenparticipatiecultuur peiling in Algemene Ziekenhuizen. In samenwerking met verschillende experts uit het werkveld werd deze peiling aangepast aan de specifieke setting van de Psychiatrische Ziekenhuizen (en PAAZ-diensten).

Uit de specifieke resultaten voor Kliniek Sint-Jozef Pittem zien we dat de eenheden Volwassenen kortverblijf en Psychosociale revalidatie hoog scoren. (zie grafiek hieronder)



Figuur 6: de scores voor patiëntenparticipatiecultuur op afdelingsniveau

Zeer zwak (1) – zwak (2) – aanvaardbaar (3) – zeer goed (4) – excellent (5)

Ook zagen alle bevroegde hulpverleners op Volwassenen kortverblijf en Psychosociale revalidatie de aanwezigheid van de patiënt op de teamvergadering als een meerwaarde. Een andere belangrijke kanttekening is dat 55 % van de bevroegde hulpverleners in Kliniek Sint-Jozef Pittem antwoordden dat op hun afdeling de patiënt niet werd uitgenodigd op de teamvergadering, maar dit wel een meerwaarde zou kunnen hebben. (zie tabel hieronder)

Aanwezigheid patiënt op multidisciplinair overleg	Alle	Volw. Kort	Psych.Reval
Wordt toegepast en heeft een meerwaarde	32%	100%	100%
Wordt toegepast, maar heeft geen meerwaarde	0%	0%	0%
Wordt niet toegepast, maar zou een meerwaarde kunnen hebben	55%	0%	0%
Wordt niet toegepast, maar zou ook geen meerwaarde hebben	12%	0%	0%
	100%	100%	100%

## 5.2. Registratie van de aanwezige patiënten op de teamvergadering (2016)

### Behandelplanteam

In 2016 was de betrokken patiënt in 90% (n = 64) van de behandelplanteams aanwezig. 93 % (n = 59) van de patiënten nam minstens één maal deel aan zijn behandelplanteam.

### Evolutieteam

In 2016 was de betrokken patiënt in 64% (n = 48) van de evolutieteams aanwezig. 66 % (n = 22) van de patiënten was minstens één maal aanwezig op zijn evolutieteam.

### Ontslagteam

Op de eenheid Volwassenen kortverblijf was in 2016 de betrokken patiënt in 78% (n = 42) van de onslagteams aanwezig. Op de eenheid Psychosociale revalidatie was dit bij 36% (n = 8) van de onslagteams.

## 6. Volgende stappen

Het verhaal rond de aanwezigheid van patiënten op de teamvergadering is zeker nog niet rond. Er zullen in de toekomst nog verschillende stappen genomen worden om het initiatief verder te implementeren en evalueren.

Zo zal er in 2017-2018 een masterproef uitgewerkt worden door een student in de masteropleiding Verpleegkunde en Vroedkunde aan de Universiteit Gent met volgende onderzoeksvraag 'Hoe ervaren patiënten, die verblijven op Volwassenen kortverblijf/Psychosociale revalidatie in Kliniek Sint-Jozef Pittem, het initiatief waarbij de patiënt aan de teamvergadering kan deelnemen?' In dit sterk methodologisch onderzoek zal er enerzijds nagegaan worden hoe patiënten dit initiatief ervaren. Anderzijds zal er ook gepeild worden naar waar net de motivatie, facilitatoren, barrières zitten. Met de masterproef willen we iets dieper graven en op zoek gaan naar dynamieken die achter bepaalde gedachten/gevoelens/gedragingen van patiënten liggen. Bv. Wat zorgt er voor een bepaalde barrière? Waarom willen patiënten niet deelnemen aan de teamvergadering? Enzovoort.

Ook zijn er nog andere vragen die momenteel rijzen op de eenheden Volwassenen kortverblijf en Psychosociale revalidatie. Bv. Zou het zinvol zijn om te evolueren naar het uitnodigen van patiënten op alle teamvergaderingen? Moet er de mogelijkheid zijn om belangrijke derden (vb. familieleden, belangrijke steunfiguren) uit te nodigen op de teamvergadering?

Met deze vragen gaan we ook verder aan de slag, want zoals we in de inleiding beschreven, het is een *'never ending story'*...



“In een verder positief evoluerende cultuur van patiëntparticipatie vind ik het maar niet meer dan normaal dat de patiënt zijn stem kan laten horen op zijn eigen behandelteam. Dit zou in mijn ogen de standaard mogen zijn.”

*Steven Dequae – verpleegkundige Psychosociale revalidatie*



“Vanuit de herstelgerichte visie geloof ik niet alleen in de krachten en mogelijkheden van een persoon, maar ook in de mogelijkheden om zelf verantwoordelijkheid op te nemen voor het eigen behandeltraject. Op de teamvergadering zie ik de patiënt als de kapitein die de richting bepaalt en wij als de matrozen die hem ondersteunen in het nemen van de golven.”

*Lieke Vercruysse- verpleegkundige Psychosociale revalidatie*



“ Het scheidt een verantwoordelijkheid en een engagement om met beide partijen gericht na te denken over de behandel doelstellingen van de patiënt.”

*Liesbeth Verstraete – maatschappelijk werkende*

## 7. Literatuurlijst

Armond, J. R. & Armond, A. D. (1985) Patients' attitude to multidisciplinary psychiatric assessments. *British Journal of Clinical and Social Psychiatry*, 3, 36 – 41.

Berwick D.M. (2009). What 'patient-centered' should mean: confessions of an extremist. *Health Affairs* 28(4), 555-565.

Cappleman, R., Bamford, Z., Dixon, C., & Thomas, H. (2015). Experiences of ward rounds among in-patients on an acute mental health ward: a qualitative exploration. *The Psychiatrist*, 39(5), 233-236. doi: 10.1192/pb.bp.113.046409

Fiddler, M., Borglin, G., Galloway, A., Jackson, C., McGowan, L., & Lovell, K. (2010). Once-a-week psychiatric ward round or daily inpatient team meeting? A multidisciplinary mental health team's experience of new ways of working. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(2), 119-127. doi: 10.1111/j.1447-0349.2009.00652.x

Grol R., Wensing, M. (2011). Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Reed Business.

Hargreaves, W. A. & Shumway, M. (1989). Effectiveness of services for the severely mentally ill. (In C. A. Taube, D. Mechanic, & A. A. Hohmann (Eds.), *The future of mental health services research* (pp. 253—283). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.)

<http://www.sintjosefpittem.be/over-ons/missie/>

<http://www.sintjosefpittem.be/over-ons/visie/>

Institute of Medicine (2001) *Crossing the quality chasm: a new health care system for the 21st century*. maart 2015 via Geraadpleegd op 30 [www.nap.edu/html/quality\\_chasm/reportbrief.pdf](http://www.nap.edu/html/quality_chasm/reportbrief.pdf).

Labib P, Brownell L (2009). Factors affecting patient satisfaction with the psychiatric ward round: retrospective cross-sectional study. *Psychiatr Bull*; 33: 295- 298.

Laitila, M., Nikkonen, M. & Pietilä, A. (2011). Involvement in mental health and substance abuse work: conceptions of service users. *Nursing Research and Practice*, Vol. 2011, Article ID 672474, 8 pages.

Latvala, E., Janhonen, S., & Wahlberg, K. E. (1999). Patient initiatives during the assessment and planning of psychiatric nursing in a hospital environment. *J Adv Nurs*, 29(1), 64-71.

Lindberg, E., Hörberg, U., Persson, E., Ekebergh, M. (2013). "It made me feel human"--a phenomenological study of older patients' experiences of participating in a team meeting. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8, <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20714>

Milner G, Jankovic J, Hoosen I, Marrie D. (2008) Patients and staff understanding of general adult psychiatry ward rounds. *J Ment Health*; 17: 492-497.

Patiëntenparticipatiecultuur Peiling in Psychiatrische Ziekenhuizen en PAAZ-diensten in Algemene Ziekenhuizen (2015). Informatiebrief voor ziekenhuizen.

Repper, J. & Perkins, R. (2003). *Social inclusion and recovery, a model for mental health practice*. London, England: Ballière Tindall, an imprint of Elsevier Limited.

Rix, S. & Sheppard, G. (2003). Acute wards: Problems and solutions: Implementing real changes in acute inpatient care – More than just bringing in the builders. *Psychiatric Bulletin*, 27, 108–111.

Rotman-Pikielny P, Rabin B, Amoyal S, et al. Participation of family members in ward rounds: attitude of medical staff, patients and relatives. *Patient Educ Couns* 2007 Feb; 65(2):166-70.

Schauer, C., Everett, A., del Vecchio, P. & Anderson, L. (2007). Promoting the value and practice of shared decision-making in mental health care. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol. 31(1), p. 54-61.

Schrank, B. & Slade, M. (2007). Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 31, 321-325. doi: 10.1192/pb.bp.106.013425

Schwartz, R., Estein, O., Komaroff, J., Lamb, J., Myers, M., Stewart, J., Vacaflor, L. & Park, M. (2013) Mental health consumers and providers dialogue in an institutional setting: a participatory approach to promoting recovery-oriented care. *Psychiatr Rehabil J*, 36(2), 113-5.

Storm, M. & Edwards, A. (2013). Models of user involvement in the mental health context: intentions and implementation challenges. *Psychiatric Quarterly*, 84(3), 313-327.

Stringer, B., Van Meijel, B., De Vree, W. & Van der Bijl, J. (2008). User involvement in mental health care: the role of nurses. A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Vol. 15, 678-683.



Verkest, A., Debyser, B., Verhaeghe, S. & Grypdonck, M. (2012). Patiëntenparticipatie in een psychiatrisch ziekenhuis: betekenisgevende processen. Niet gepubliceerde uitgave. [http://users.ugent.be/~dibeeckm/2011\\_2012/Verkest,%20A..pdf](http://users.ugent.be/~dibeeckm/2011_2012/Verkest,%20A..pdf).

Vuokila-Oikkonen P, Janhonen S, Nikkonen M. Patient initiatives in psychiatric care concerning shame in the discussion in co-operative team meetings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2002;9(1):23–32.

Wagstaff, K., Solts, B (2003) Inpatient experiences of ward rounds in acute psychiatric settings. *Nursing Times*; 99: 5, 34–36

Weinstein, J. (2010). *Mental health, service user involvement and recovery*. London, England: Jessica Kingsley

White R, Karim B. (2005) Patients' views of the ward round: a survey. *Psychiatr Bull*; 29: 207- 209.

Wilken, J. (2010). *Recovering care: A contribution to a theory and practice of good care*. Amsterdam, Nederland: SWP

Wolf (1997) A code of conduct for ward rounds. *Open Mind*, 86, 28 .

## 8. Bijlage

discipline	observatieteam	behandelplanteam	evolutieteam	ontslagteam
<b>verpleegkundige</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- probleemformulering = korte beschrijving van de klachten</li> <li>- toestandsbeeld</li> <li>- assessment verpleegkunde</li> <li>- assessment middelenmisbruik (indien van toepassing)</li> <li>- hopeloosheidsschaal</li> <li>- TUM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- signalenlijst KOPP (indien van toepassing)</li> <li>- samenvatting verpleegthema's en voorstellen</li> <li>- hopeloosheidsschaal</li> <li>- TUM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- assessment verpleegkunde II, III,... en voorstellen</li> <li>- hopeloosheidsschaal</li> <li>- TUM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vaststellingen en besluiten</li> <li>- voorstellen nazorg</li> </ul>
<b>maatschappelijk werkende</b>	levensgeschiedenis: <ul style="list-style-type: none"> <li>- familie en gezin</li> <li>- opleiding en beroep</li> <li>- woonsituatie</li> <li>- overige</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sociale heteroanamnese</li> <li>- doelstellingen en voorstellingen</li> <li>- contact ambulante zorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- evolutie patiënt</li> <li>- voorstellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vaststellingen en besluiten</li> <li>- voorstellen nazorg</li> </ul>
<b>psychiater</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- psychiatrische voorgeschiedenis</li> <li>- psychiatrische familiale antecedenten</li> <li>- aanleiding tot opname</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- contact huisarts en ambulante psychiater</li> <li>- doelstellingen en voorstellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- evolutie patiënt</li> <li>- voorstellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vaststellingen en besluiten</li> <li>- voorstellen nazorg</li> </ul>
<b>psycholoog</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- assessment</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- doelstellingen en voorstellen</li> <li>- contact ambulante psycholoog</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- evolutie patiënt</li> <li>- voorstellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vaststellingen en besluiten</li> <li>- voorstellen nazorg</li> </ul>
<b>bachelor toegepaste psychologie</b>	/	<ul style="list-style-type: none"> <li>- doelstellingen en voorstellen</li> <li>- screening</li> <li>- eventuele voorstellen voor verder psychodiagnostisch onderzoek</li> <li>- voorstellen voor afdelings- en forumprogramma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- evolutie patiënt</li> <li>- voorstellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vaststellingen en besluiten</li> <li>- voorstellen nazorg</li> </ul>
<b>Ergotherapeut</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- screening/assessment</li> <li>- expressieve opdracht</li> <li>- voorstellen voor afdelings- en forumprogramma</li> </ul>	doelstellingen en voorstellen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- evolutie patiënt</li> <li>- voorstellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vaststellingen en besluiten</li> <li>- voorstellen nazorg</li> </ul>
<b>bewegingstherapeut</b>	/	doelstellingen en voorstellen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- evolutie patiënt</li> <li>- voorstellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vaststellingen en besluiten</li> <li>- voorstellen nazorg</li> </ul>

<b>Patiënt</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- concrete en beknopte beschrijving van jouw probleem</li> <li>- doelstellingen op vlak van jouw psychische problemen, familiale- en gezinssituatie, werk - vrije tijd - dagbesteding en woonsituatie</li> <li>- welke mensen kunnen helpen en ondersteunen?</li> <li>- welke eigen sterktes kunnen ondersteunen?</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Welke stappen heb je reeds gezet? Hoe heb je dit gedaan? Wat onthoud je hieruit?</li> <li>- Waar voel je je goed in? Waar heb je het nog moeilijk mee?</li> <li>- Waar wil je jouw laatste periode van opname nog bij stilstaan? Welke hulp heb je daarbij nodig?</li> <li>- Welke nazorg wil je na deze opname? Welke concrete afspraken zijn hier al rond?</li> </ul>
----------------	--	---	--	--

