

Beste lezers,

Ik zal mij eerst even voorstellen.

Mijn naam is Ton van Ravesteijn en ik ben 16 jaar werkzaam bij de GGZ-Delfland.

Ik heb lang op langdurige zorg gewerkt, ben sinds enkele jaren als verpleegkundige werkzaam op een gesloten opname afdeling.

Daarnaast heb ik mij al jaren verdiept in de familieparticipatie. De publicatie heeft ook als grondslag dit onderwerp en is daardoor de oorzaak, welke de aanzet voor het schrijven van dit artikel.

Ik ben analytisch ingesteld en denk graag na over de basisoorzaak van een probleem, met andere woorden, ik probeer terug te gaan naar de grondslag.

Terug naar de basis.

Ik ben ervan overtuigd dat de meeste problemen worden veroorzaakt door miscommunicatie.

Ga voor jezelf eens na, waar worden in essentie de meeste fouten door veroorzaakt.

Vaak blijkt uiteindelijk dat het mis gaat het in de communicatie, iets verkeerd verstaan, iets verkeerd geïnterpreteerd of iets veroorzaakt door een andere vormen van Ruis. Vervolgens ontstaan er misverstanden, worden er fouten gemaakt en soms eindigt dit in onenigheid. Een probleem wat ik al reeds lang geleden heb opgemerkt.

Doordat ik min of meer gedwongen moest nadenken over vertrouwen en daardoor uiteindelijk ook over communicatie binnen de zorg, ben ik uitgekomen op een cyclus die je zou kunnen zien als één analyse van communicatie in het algemeen. In dit artikel verder toegespitst op de zorg.

Ik heb dit model gebruikt voor het analyseren van de communicatie met cliënten en naastbetrokkenen, maar ik heb er ook het ziekteverloop mee kunnen beschrijven van psychiatrische aandoeningen.

Uiteindelijk heb ik de rehabilitatiegedachten erbij gepakt om de cyclus waar ik mee ben begonnen te vervolmaken, zodat er een grondslag voor interventies is meegenomen in het uiteindelijke model.

In het bijgevoegde artikel heb ik dat allemaal verder uitgewerkt.

Ik hoop dat er mensen nieuwsgierig zijn geworden en dat dit artikel een nieuw perspectief geeft aan de lezer om de zorg ook eens via een heel ander insteek te benaderen.

Wellicht dat dit je blikveld verder kan verruimen en je het kunt toepassen op de in je eigen werkveld voorkomende situaties.

Mochten er nog vragen zijn over deze publicatie, dan kan je altijd contact met mij opnemen.

[T.v.Ravesteyn@ggz-delfland.nl](mailto:T.v.Ravesteyn@ggz-delfland.nl)

Met vriendelijke Groeten,

Ton van Ravesteyn

Verpleegkundige GGZ-Delfland

Inleiding:

Het doel van dit stuk is voornamelijk om vanuit een andere gezichtspunt naar de psychiatrie te gaan kijken en wel vanuit het oogpunt van communicatie.

Mijn uitgangspunt is eenvoudig en het formuleren van een eenvoudige en overzichtelijke beschrijving. Communicatie is een basisvoorwaarde voor een goed verlopen en geslaagde behandeling.

Ik ben gaan inzien dat door gebruik van het communicatiemodel ziekteprocessen in de psychiatrie beschreven kunnen worden.

Na verder onderzoek zou dit eventueel gebruikt kunnen worden om meer gerichte behandelingen te ontwikkelen.

Ik ben gaan zoeken naar eerder onderzoek of beschrijvingen van de door mij gemaakte cyclus of afgeleiden daarvan.

Ik ben onderzoek naar enkele combinaties van mijn kernwoorden tegen gekomen, vooral in de marketing, maar geen echt gecombineerde beschrijving, zoals ik dat heb proberen te doen.

Aanleiding:

Ik ben gaan kijken hoe de communicatie met familieleden op de werkvloer verbeterd zou kunnen worden.

Aanleiding hiervoor was, dat mij gevraagd is mij bezig te gaan houden met familieparticipatie.

Het eerste doel voor mijzelf was een visie ontwikkelen.

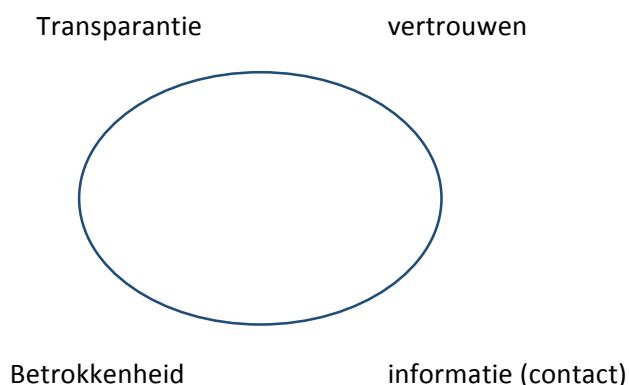
Opvallend was op dat moment de ontevredenheid van de familieleden in het algemeen, ze voelde zich niet gehoord door de GGZ.

De hamvraag was toen, wat is er nodig om meer vertrouwen te kweken bij de familieleden.

Ik ben toen samen met de projectgroep uitgekomen op een eenvoudige cyclus, je kan dit zien als een communicatiemodel die algemeen toepasbaar is, dat wil zeggen niet alleen in de zorg.

(onderbouwing \*1, zie einde document)

Basismodel cyclus:



Uitleg van cyclus:

Het snelste is om uitleg via een voorbeeld te geven:

Vraag van familie en cliënt aan medewerker: wat doen antipsychotica?

**Betrokkenheid:** Door simpelweg het gesprek aan te gaan met de familie en cliënt ga je een band aan. Je bouwt automatisch betrokkenheid op doordat je contact met elkaar hebt. Daarbij vertegenwoordig je jezelf als persoon, maar ben je ook vertegenwoordiger van de afdeling en uiteindelijk van de instelling. → **betrokkenheid bouw je op, zowel op persoonlijk als zakelijk vlak.**

**Transparantie:** Door gegevens uit te wisselen wordt het onderwerp antipsychotica meer transparant voor de familieleden en cliënt ze krijgen er gewoon meer kennis van, maar zoals genoemd in de vorige alinea, ook een overzicht van jou als persoon, de afdeling en bij vaker contact de instelling. → **transparantie onderwerp/afdeling/instelling neemt toe.**

**Vertrouwen:** Het (zelf)vertrouwen over het onderwerp antipsychotica neemt bij familie en cliënt toe door meer kennis, nieuwe vragen komen naar boven, het contact met jou als hulverlener wordt ook gemakkelijker. → **(zelf) vertrouwen neemt toe.**

**Contact/informatie:** Nieuwe vragen worden gesteld en gegevens worden uitgewisseld er wordt verder contact gemaakt. → **contact/informatie wordt opnieuw aangegaan.**

Hoe vaker de cyclus wordt doorlopen hoe meer de betrokkenheid, de transparantie en het vertrouwen toeneemt, tussen familie, cliënt en personeel.

Hoe meer openheid in communicatie, hoe beter het proces verloopt → hoe meer betrokkenheid, transparantie, enz. enz.

Uiteindelijk gaat het erom dat familie en cliënt zich gehoord en begrepen voelen, waardoor er meer bereidheid is tot samenwerking tussen de afdeling, familie en cliënt.

belangrijk is om pro-actief en preventief te werken. (direct bij binnenkomst contact zoeken, hoe eerder hoe beter)

Hiermee breng je de cyclus snel op gang en is de kans op ontevredenheid, teleurstelling en klachten zo veel mogelijk voorkomen, je vergroot hiermee ook de bereidheid tot behandeling, het sneller starten van een behandeling en het meer effectief nakomen van afspraken die er met de cliënten/familie gemaakt wordt.

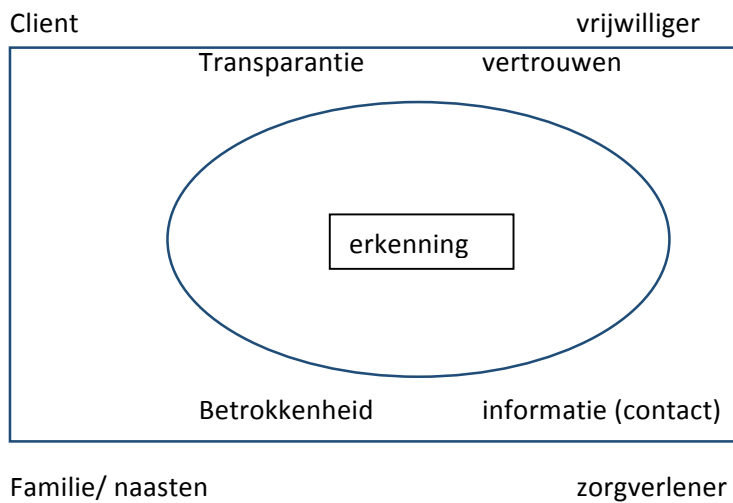
Het is belangrijk dat jij, je bewust moet zijn wat je kan inbrengen in de cyclus om er invloed op uit te kunnen oefenen.

Dit blijkt informatie/contact te zijn, dit is extrinsiek van aard en daardoor direct te beïnvloeden.

De overige onderdelen (betrokkenheid, transparantie en vertrouwen) zijn persoonsgebonden doordat ze intrinsiek van aard zijn en dus indirect te beïnvloeden zijn.

Resumerend kan je zeggen dat in de cyclus de informatie en het contact de speerpunt is waar jij je op moet focussen, door te zorgen voor goede en juiste informatie in de cyclus breng je het op gang en zorg je dat de andere kernwoorden tot hun recht komen.

Verdere uitbouw van het plaatje:



Korte uitleg:

In dit plaatje is de cyclus omringt door alle samenwerkende groepen waarmee het contact wordt aangegaan, de zogenaamde triade en hierin de meest uitgebreide vorm, de triade + 1 (vrijwilliger), de vrijwilliger zal bij de huidige tendens naar steeds meer ambulant werken alsmaar belangrijker worden. ( onderbouwing \*2, zie einde document)

Erkenning is in **één woord samengevat** waar het totale plaatje voor staat.

Namelijk door iedere deelnemer te betrekken bij het proces en de cyclus, erken je deze voor de rol die hij of zij heeft.

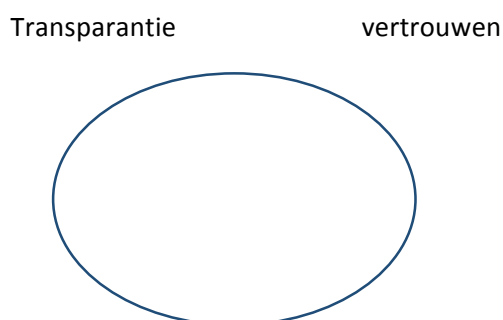
Als mensen het idee hebben invloed uit te kunnen oefenen en een rol te hebben, zullen zij meer bereid zijn samen te werken en ook eerder tot een eindproduct komen

De tevredenheid, vertrouwen en het geloof in het eindproduct zal toenemen. (onderbouwing \*3, zie einde document)

### Beschrijving ziekteproces:

In vorige hoofdstuk ga je vooral uit van een verbetering binnen het proces, dus een positieve toename van de kernwoorden in de cyclus en daardoor een verbetering van de situatie.

Maar als je naar het andere eind van het spectrum kijkt en nu eens uitgaat van een minder en slechter worden van de cyclus, dan blijkt het dat je ook heel goed ziekteprocessen kan beschrijven.



Betrokkenheid informatie (contact)

Eenvoudigste is weer een voorbeeld:

### **Beschrijving psychose.**

Door de ziekte (wanen/hallucinaties) neemt het vermogen tot het juist waarnemen van je omgeving en het daarbij behorende overzicht af → **transparantie van je directe omgeving daalt**

Het vertrouwen in de omgeving neemt hierdoor af, je begrijpt steeds minder van je omgeving. De omgeving reageert anders als je verwacht, (jij bent toch Napoleon, hoe kunnen zij beweren dat dit niet klopt?) controle verminderd → **wantrouwen neemt toe**

De mogelijkheid om **juiste en adequate** informatie op te nemen van je omgeving en die te filteren neemt af → **adequate informatie en contact met omgeving verminderd**

Hij/zij trekt zich steeds meer terug in zichzelf en zoekt zijn/haar veiligheid vooral in zichzelf (er is steeds minder controle over de omgeving, alleen nog de controle over de eigen binnen wereld) → **betrokkenheid omgeving neemt af.**

Doordat betrokkenheid afneemt, neemt transparantie weer verder af, vertrouwen daalt, enz. enz. De cyclus wordt steeds meer versterkt en de Psychose neemt dus steeds verder toe.

De volgende vraag die ik stelde was, zou ik deze cyclus ook kunnen gebruiken voor andere ziektebeelden?

### **Beschrijving depressie.**

Bij een depressie gaat iemand ook anders naar zijn omgeving kijken, alles wordt vanuit een pessimistische insteek benaderd, ik ben niets waard, ik kan er beter niet meer zijn, enz. (filter) → **transparantie daalt, niet alle opties worden meer belicht.**

Het **zelfvertrouwen** van iemand met depressie neemt af, een laag zelfbeeld neemt het steeds meer over → **vertrouwen daalt**

Informatie die binnenkomt is gefilterd en niet betrouwbaar meer, ook hier weer door negatieve kijk op de omgeving en zichzelf → **informatie/contact is minder juist**

De persoon met depressie trekt zich steeds meer terug en verteld in ieder geval vaak niet wat er speelt (schaamte, angst) → **betrokkenheid door innerlijke onrust neemt af**

Op deze manier kan je kijken of er voor veel andere ziektebeelden ook een beschrijving te geven is. Als je naar andere ziektebeelden gaat kijken lijken die ook via de cyclus te verklaren, al moet je hier soms extra over nadenken, de vraag daarbij is wel of het zinvol is om dat aan te tonen, een ziekteproces is geen lineair proces, maar vind asymmetrisch plaats.

Ik denk dat er meerdere cycli gelijktijdig plaatsvinden en daardoor lijkt het of er geen duidelijke sequentie in te ontdekken valt.

Welk ziektebeeld je ook neemt je lijkt altijd te maken te hebben met de vier kernwoorden van de cyclus en ze zijn altijd te beschrijven.

Je heb altijd te maken met **transparantie** die niet volledig is, of je het nu over persoonlijkheidsstoornis hebt een angststoornis, dementie, autisme. Het speelt altijd een rol. Je zou kunnen zeggen dat angst voor controleverlies of door verlies van of geen overzicht in meer of mindere mate altijd een rol speelt.

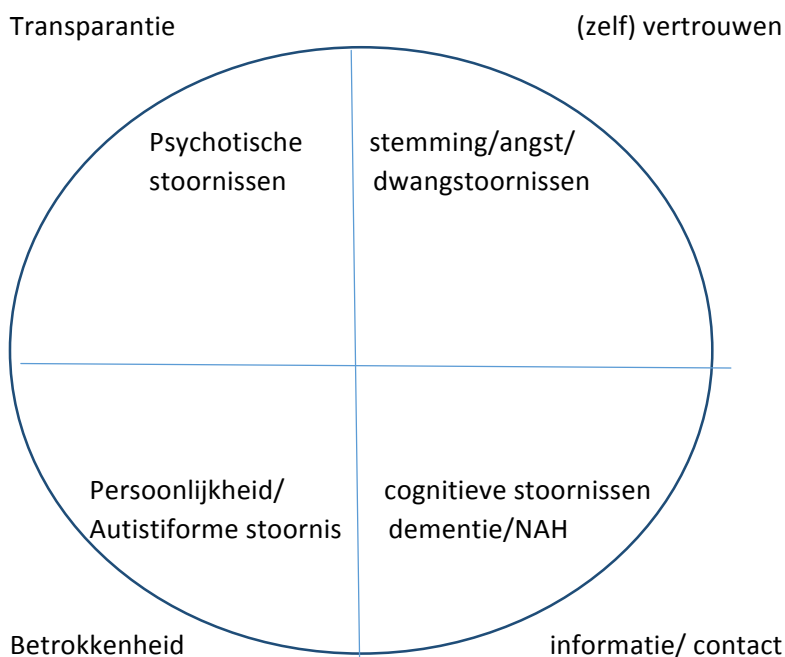
Het **vertrouwen of zelfvertrouwen** is altijd een punt wat speelt, bij een manie is die veel te groot bij een depressie veel te klein, bij een persoonlijkheidsstoornis niet helemaal volledig of beperkt ontwikkeld, bij dementie zeker in eerste fase, neemt die sterk af.

**Gegevensverwerking en opbouw tot informatie** is iets wat je ook bij alle ziektebeelden tegenkomt, dat is op de een of andere manier minimaal verstoord. Bij angstproblematiek niet adequaat, dementie in meer of mindere mate steeds minder aanwezig, bij psychose onbetrouwbaar, enz. enz.

**Betrokkenheid** met zichzelf of de omgeving is ook altijd verstoord in meer of mindere mate, bij persoonlijkheid is dit vooral de connectie waarom er problemen optreden.

#### Indelen ziektebeelden in kwadranten:

Mijn volgende vraag was kan ik een speerpunt aangeven voor de verschillende ziektebeelden m.b.t. de kernwoorden. (onderbouwing \*4, zie einde document)



#### Transparantie:

Bij problemen met transparantie is in essentie het overzicht over vooral de omgeving of het innerlijke van de mens verminderd of kwijt, dit zou je kunnen kenmerken als horend bij een psychotische stoornis. Het geheugen op zich is niet aangetast alleen het overzicht is totaal of gedeeltelijk kwijt.

(Zelf) vertrouwen:

Bij problemen met vertrouwen, komt het zelfbeeld erg naar voren. Ziektebeelden waar het zelfbeeld heel erg naar voren komt zijn vooral ook stemmingsstoornissen en angststoornissen, zoals in eerder hoofdstuk al benoemd.

Het vertrouwen in jezelf is weg. Dit komt vaak ineens opzetten, een laag zelfbeeld kan door externe factoren wordt aangewakkerd, pesten, enz., maar bij depressie of angststoornis kan je het zien als de grondtoestand.

Informatie/contact:

Alle ziekten die daadwerkelijk het geheugen aantasten kan je hieronder scharen, informatieoverdracht is verstoord, dit is bij een biologische oorzaak vaak blijvend.

Betrokkenheid:

Als je naar persoonlijkheidsstoornissen gaan kijken, hebben zij altijd een probleem bij de interactie met hun omgeving, ze reageren anders op prikkels, ze hebben problemen met hun geweten, ze stellen zich heel afhankelijk op. De interactie wordt in ieder geval niet als regulier beschouwd.

Als laatste wil ik aangeven dat bij een verslaving de kernwoorden ook kunnen worden gebruikt, kort door de bocht.

transparantie-> vaak in eerste instantie ontkenning van het probleem, "ik ben niet verslaafd", later schaamte en verbergen voor de omgeving, vertrouwen -> bang voor reactie uit omgeving, verwachting dat dit consequenties heeft voor werk, vriendschappen, informatie -> ontkenning of bagatelliseren van de problemen, betrokkenheid-> contact met omgeving veranderd, door "verborgen agenda". Dit zal niet bevorderend zijn voor de bestaande contacten.

Ik heb verslaving echter niet genoemd in het schema.

Bij een verslaving handelt het vooral om externe factoren en een "vrijwillige" keus om te gebruiken of niet, verder is er zeker een erfelijke component aanwezig, maar er blijft altijd een keus.

Een psychiatrische ziekte overkomt je en er is geen keuzemogelijkheid. Intrinsieke factoren zijn hier van groter belang.

Verslaving vind ik verder moeilijk in te delen onder een kernwoord, de externe factoren zijn hiervoor te belangrijk, woorden als draagkracht en draaglast, stressoren en omstandigheden zijn vooral leidend.

Omdat ik het lastig vind om verslaving onder te brengen in het schema en het vaak een comorbide factor is van een psychiatrisch beeld heb ik het niet meegenomen.

### **Van ziekte naar interventies:**

In het zelfde schema zou je ook als laatste stap interventies kunnen voegen.

Kijk je naar rehabilitatie en afgeleiden hiervan zoals herstel ondersteunende zorg dan draait het eigenlijk vooral om **doelen** stellen. (onderbouwing \*5, zie einde document)

In de rehabilitatie hebben zij dat opgedeeld in domeinen, het gaat om de basisbehoefte van iedereen, wonen, werken, recreëren, zelfzorg en enkele anderen.

Het is ook altijd van belang om evenwicht tussen rust en activiteit te hebben, daarom is dit ook in het schema verwerkt.

Stukje filosofie:

Soms overkomen je dingen die je niet in de hand hebt, ongeluk, ziekte, enz.

Dat kan deels afhankelijk zijn van keuzes van jezelf en/of anderen, denk aan levensstijl.

Maar vervolgens zal je met de ontstane situatie weer verder moeten met jouw leven.

Bij dingen die je overkomen en onverwacht zijn moet je de keuzes bijstellen.

Dat moet je wel eerst **accepteren**, of je zou kunnen zeggen, het **zelf erkennen** dat je keuzes nu anders of ingeperkt zijn.

Als je iets hebt geaccepteerd (zelf erkenning) wat je ongewild is overkomen dan kan je verder nieuwe doelen stellen, dus energie omzetten en kom je tot activiteiten.

In het eindschema is dat allemaal ondergebracht.

Afsluiting:

Ik heb uit de domeinen alleen degene genomen die sociale interactie met zich meebrengen, wonen, werken, leren, recreëren, omdat activiteiten uiteindelijk gaan over **interactie** met de omgeving.

Verder is rehabilitatie voor mij de basis die ik heb gebruikt, simpel gezegd, omdat doelen stellen de basis voor **activiteit** en **zingeving** zijn.

**Resumerend** kan je zeggen dat ik alle bovenstaande processen in een schema heb ondergebracht afhankelijk van je doel kan je het inzetten om uitleg te geven .

Dat kan zijn familieparticipatie, procesbeschrijvingen voor ziektebeelden, communicatiemodellen voor interne bedrijfscommunicatie of zelfs communicatie met externe bedrijfscontacten, hiervoor zou je de triade kunnen aanpassen, naar leveranciers, klanten, debiteuren, crediteuren, enz.

Afhankelijk van de toepassing die je wilt gebruiken.

Je kan zelf nog een stap verder gaan en het eindschema als piramide zien, als je een zijaanzicht zou tekenen in 3D, kan dit op zich ook weer een cyclus vormen.

**Uitleg:**

Als je een doel hebt gevonden, dan kom je b.v. tot werk of dagbesteding.

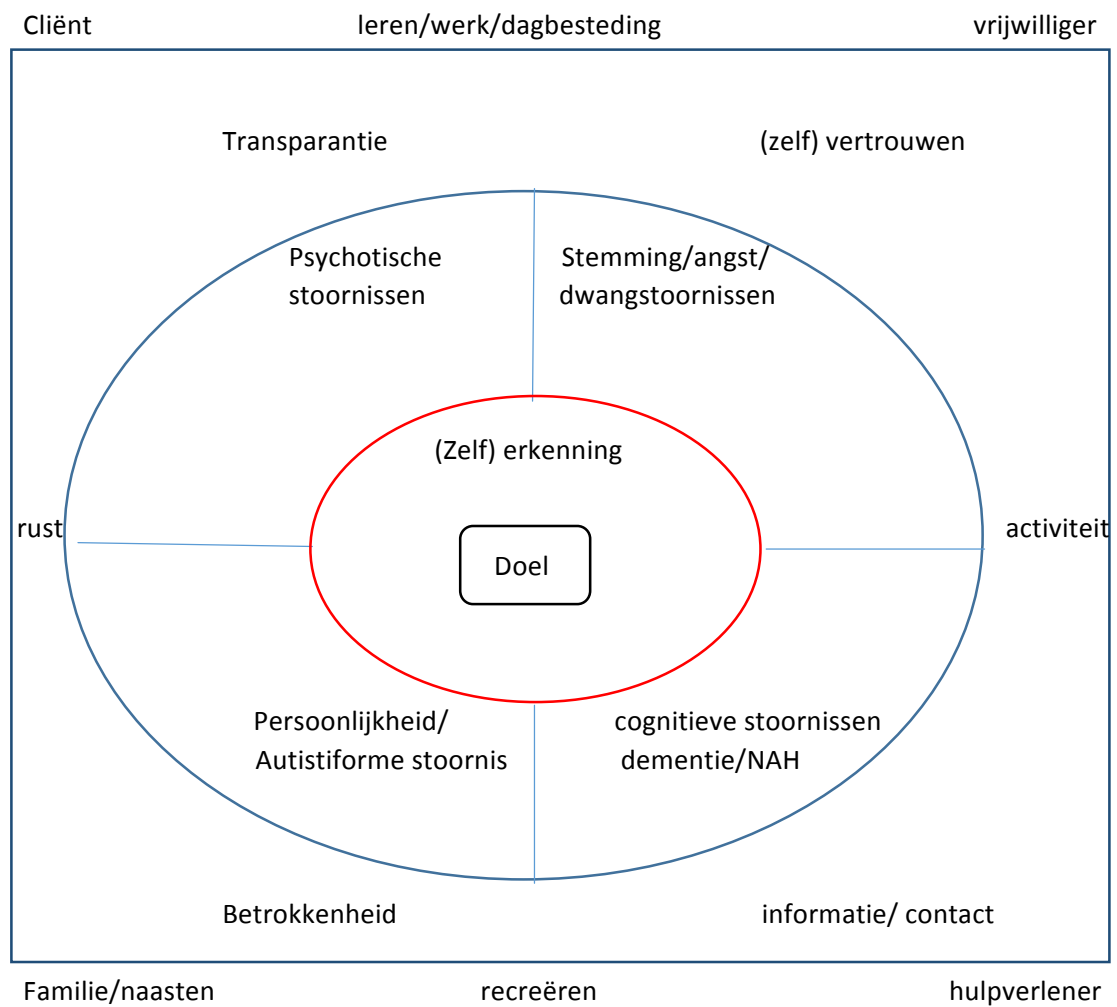
Met hulp van je omgeving, familie/naasten en vrijwilliger wordt de basis versterkt om dit ook door te zetten.

Je gaat opnieuw de cyclus in, het werk wordt transparanter, zelfvertrouwen neemt toe, je bouwt meer kennis op en wordt meer betrokken bij je omgeving, je komt tot meer acceptatie of erkenning van jezelf, anderen krijgen ook meer vertrouwen in jou, je zelfbeeld wordt vergroot, je kan aan andere en verdere doelen werken, waarna het weer opnieuw met werken naar het nieuwe doel begint en je weer de cyclus ingaat, enz. enz.

Hiermee wil ik het document afsluiten.



Ton van Ravesteijn  
Verpleegkundige  
**Eindschema:**



Onderzoek naar eerdere bronnen:

Onderbouwing \*1:

De link vertrouwen, transparantie en betrokkenheid blijkt al langer grond voor onderzoek te zijn, maar dit is dan vooral in de marketing en personeelsbeleid een onderwerp en heeft dan vooral te maken met onderzoek naar commitment en behoud van personeel voor de werkgever, binnen de zorg en onderwijs zie je de transparantie, het vertrouwen en betrokkenheid terugkomen als kernwaarden of visie van de organisatie.

Ik ben **echter geen cyclisch proces tegen gekomen** zoals ik die hier beschrijf.

Onderbouwing:

- <http://www.managersonline.nl/nieuws/6575/communicatie-%2B-vertrouwen-%3D-betrokkenheid.html>
- <https://blog.alterdesk.com/nl/interne-communicatie/medewerkersbetrokkenheid-verbeteren/>
- [http://essay.utwente.nl/57798/1/scriptie\\_van\\_Dalen.pdf](http://essay.utwente.nl/57798/1/scriptie_van_Dalen.pdf)  
(met name Hoofdstuk 2, blz. 15 t/m 22)
- <https://www.zorgtendens.nl/meer-over-ons-1/missie-visie-kernwaarden>
- [http://ggzpraktijk.nl/uploads/Download/missie%20en%20visie%20GGz%20Praktijk%20noveember%202015%20\(1\).pdf](http://ggzpraktijk.nl/uploads/Download/missie%20en%20visie%20GGz%20Praktijk%20noveember%202015%20(1).pdf)
- <http://www.andersdenken.nu/wp-content/uploads/2017/04/22vijffrustraties.pdf>
- <https://www.tudelft.nl/over-tu-delft/strategie/kernwaarden/>

onderbouwing \*2

Ypsilon (familieorganisatie voor psychotische stoornissen) heeft de triade ingevoerd een samenwerking tussen cliënt, naasten en zorgverlener, dit hebben zij vooral gedaan via de triadekaart een afsprakenkaart die bedoeld is om afspraken te maken met alle betrokken partijen, de triade + 1 is later geïntroduceerd, omdat de vrijwilliger/mantelzorgers een steeds belangrijkere taak gaat krijgen in de hulpverlening.

- <https://www.ypsilon.org/naasten>
- <https://www.ypsilon.org/triadekaart>

onderbouwing \*3

Zonder erkenning is goed samenwerken niet mogelijk, dit is de basisvoorwaarde.

- <http://www.sympopna.nl/7a.pdf> (onder hoofdstuk **bevindingen**)
- <http://hardzaak.eu/pix/triadesamenwerking.pdf>
- (zie vooral hoofdstuk 9, *Hulpverlening in het triademodel in de opeenvolgende fasen*)

onderbouwing \*4

Bij deze onderbouwing vooral naar de symptomen van de ziektebeelden gekeken, dit is waarop de indeling onder de kernwoorden ook is opgemaakt.

- <https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/klassiek-autisme>
- <https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/angststoornissen>
- <https://www.cm.be/ziekte-en-behandeling/klachten-en-ziekten/depressie/symptomen.jsp>
- (zie vooral psychische symptomen)

- <https://www.psychosenet.nl/psychose/symptomen/5-fasen-van/> (zie vooral opgaan in je eigen wereld)
- <https://www.mentaalbeter.nl/Pages/nl-NL/Volwassen-Persoonlijkheidsstoornis/kenmerken>

onderbouwing \*5

doelen stellen is de basis voor een rehabilitatie benadering, vooral het door de cliënt zelf stellen van doelen is effectief.

- <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/c81bd97f-4c08-4fa0-94fb-ba589710edd6.pdf>  
onder het kopje onderzoek blz. 4 en 5 staat vermeld:
- In het voor Nederland meest interessante onderzoek (Swildens et al., 2007; 2011) blijkt dat met behulp van de IRB zelf gestelde doelen vaker worden behaald dan in de controleconditie. Ook nam de maatschappelijke participatie toe. Dit bevestigde de resultaten van eerder onderzoek. Het aantal (deels) behaalde zelf gestelde doelen varieert in de verschillende onderzoeken van 57% tot 80%. Het behalen van zelf gestelde doelen gaat samen met een betere kwaliteit van leven.