

Consultatieronde omtrent de operationalisering van ervaringsdeskundigheid in de GGZ - samenvattend verslag

shiftN, mei 2014

In opdracht van OGGPA voerde adviesbureau shiftN in de eerste maanden van 2014 een consultatie van de Antwerpse GGZ-sector uit. Doel van de studie was om te beluisteren hoe professionals in diverse geledingen van de GGZ in de provincie Antwerpen staan tegenover de voorstellen van de OGGPA-werkgroep¹ en dus vast te stellen hoe groot het draagvlak hiervoor is. Daarnaast werd een focusgroep georganiseerd om het standpunt van ervaringsdeskundigen zelf te horen. Tevens werd beoogd om een aantal antwoorden op operationele vraagstukken scherper te stellen en te peilen naar oplossingen met betrekking tot hun arbeidsrechtelijke inbedding.

In totaal vonden een 30-tal gesprekken plaats, gespreid over vier categorieën van zorginstellingen (residentieel, ambulante, thuiszorg, ontmoetingscentra) en vier beroepsprofielen (medisch-psychiatrisch, psychotherapeutisch, ondersteunend en beheersfunctie). Daarnaast werden ook interviews afgenomen bij Free Clinic (verslavingszorg) en De Link vzw (armoede en sociale uitsluiting), omdat die sectoren al langer ervaring hebben met het inschakelen van ervaringsdeskundigen. Aan de focusgroep namen ook ervaringsdeskundigen uit de twee laatstgenoemde sectoren deel.

Een eerste vaststelling die op basis van de interviewresultaten gedaan kan worden, is dat er qua perceptie van de bijdrage die ervaringsdeskundigen kunnen leveren een duidelijk verschil bestaat tussen professionals die gewend zijn om met ED te werken en zij die deze ervaring niet hebben. Professionals die reeds samenwerkten met ervaringsdeskundigen hebben over het algemeen een positieve tot zeer positieve indruk van hun bijdrage, terwijl de perceptie bij de overige professionals een gevarieerder beeld laat zien.

Een tweede vaststelling: slechts enkele gesprekspartners staan volledig afwijzend tegenover het inzetten van ED, al blijken, met name bij de professionals die nog niet met ervaringsdeskundigen in contact kwamen, er heel wat vragen en kritische bedenkingen te bestaan omtrent competenties en rollen, alsook kwesties in verband met privacy en beroepsgeheim.

Tenslotte kon worden vastgesteld dat professionals die vertrouwd zijn met de beginselen van herstelondersteunende zorg veel overtuigender zijn van de toegevoegde waarde van ervaringsdeskundigen dan degenen die geen of weinig notie hebben van het hersteldenken.

Positieve bijdragen van ervaringsdeskundigen die genoemd werden tijdens de interviews

Ervaringsdeskundigen...

- brengen verrassende perspectieven in; geven kritische feedback aan hulpverleners

¹ Zie website OGGPA

- bewaken het cliëntenperspectief
- geven hoop aan cliënten en slagen er beter in ze los te rukken uit hun passiviteit
- vervullen een brugfunctie tussen cliënt en hulpverlener
- kunnen een rol spelen bij het betrekken van familie en naasten
- belichamen de herstelvisie binnen organisaties
- kunnen een rol spelen in de hervorming van de zorgorganisatie in het algemeen
- spelen een belangrijke rol in voorlichting, informatie en vorming

Tijdens de focusgroep werd verder nog ingebracht dat ervaringsdeskundigen zorgen voor een gevoel van **nabijheid** en **gelijkwaardigheid**, waardoor cliënten gemakkelijker een open houding aannemen en bepaalde dingen durven te zeggen. Ervaringsdeskundigen kijken ook anders naar cliënten met een **dubbele diagnostiek**, omdat ze niet in categorieën denken, maar de mens benaderen vanuit diens noden en behoeften. Daarnaast overtuigen ze lotgenoten van het feit dat inspraak in hun eigen behandelproces een essentieel onderdeel is van herstel (**empowerment**) en leren hun de schaamte voor de diagnose te overwinnen (**destigmatisering**). Ze kunnen ook op **beleidsniveau** advies verstrekken en de belangen van lotgenoten behartigen, **netwerken** en overlegstructuren helpen uitbouwen en lotgenoten **doorverwijzen** naar de juiste kanalen. Tenslotte kunnen ze, zoals nu reeds het geval is in de verslavingszorg, een **bemiddelingsrol** vervullen tussen cliënt en hulpverlener of op vraag van de cliënt optreden als diens vertrouwenspersoon.

Hieronder zijn enkele citaten weergegeven van professionals die met ervaringsdeskundigen samenwerken:

In de sector bots je op heel veel vooroordelen. Als je begint te praten over ervaringsdeskundigheid, zal elke hulpverlener die ooit in de psychiatrie heeft gewerkt zich onmiddellijk de meest irritante psychiatrische patiënt voor de geest halen die ze zich kunnen herinneren en zich dan inbeelden dat die bij hen komt werken. Dat is een heel menselijke reactie. Maar ik denk dat misschien velen zich geroepen voelen maar niet iedereen is uitverkoren. Om als BGE (begeleider in de GGZ met ervaringsdeskundigheid) aan de slag te gaan, moet je een aantal vaardigheden hebben die niet iedereen bezit. Om te beginnen moet je kunnen samenwerken met hulpverleners. Het zijn werknemers, dus je mag echt wel wat van ze verwachten. En er is nog altijd iets te zeggen voor de expertise van de hulpverlener en van de psychiater. Het is belangrijk dat die expertises gezamenlijk worden ingezet.

Ze hebben heel vaak andere ideeën. Ik heb ook al verschillende keren de BGE meegenomen naar cliënten thuis. Ook daar vinden ze vaak nog een andere invalshoek. Cliënten staan daar ook open voor en reageren er heel positief op. Het geeft hen ook hoop. "Jij hebt die stoornis ook! En jij zit nu in de hulpverlening? Amai". "Jij neemt ook medicatie, en je kunt nog functioneren?". Die gesprekken zijn vaak heel boeiend.

Wij gaan ervan uit dat we moeten werken volgens een bepaalde visie, die ons handelen als hulpverleners stuurt. Net die visie kan patiënten erg belemmeren in hun herstel. Dit kan gaan over de manier waarop medicatie wordt besproken, een aparte systeemtherapeut die familiegesprekken doet, persoonlijke begeleiders die bij elke heropname en afdeling weer anders zijn... Ook het ruimere ziekenhuis is een structuur

waarbinnen hulpverleners en patiënten een bepaalde rol vervullen, die herstel kan onderdrukken. Zowel de afdeling als het ruimere ziekenhuis zouden nog veel meer in functie van patiënten moeten worden ingericht. Dit is me veel meer beginnen dagen door met ervaringswerkers te werken."

Punten van kritiek/bezorgdheid

Slechts enkele professionals stonden volledig afwijzend tegenover het inzetten van ervaringsdeskundigen, in die zin dat zij twijfelen aan hun toegevoegde waarde op basis van hun **competenties**, die volgens hen niet als gelijkwaardig kunnen worden beschouwd aan die van de professionele hulpverlener. Daarnaast werd ook gewezen op risico's in verband met **beroepsgeheim** en **aansprakelijkheid**. Zo zouden sommige cliënten zich onveilig voelen bij de gedachte dat ex-clieënten vanuit hun rol als ervaringsdeskundige vertrouwelijke informatie over hen verkrijgen.

Verschillende gesprekspartners binnen centra geestelijke gezondheidszorg vermeldden **financiële overwegingen** als de belangrijkste belemmering. CGG hebben in het algemeen te kampen met een gebrek aan middelen en het terugdringen van de wachtlijsten heeft voor hen prioriteit. Dit betekent geenszins dat CGG-medewerkers per definitie afkerig staan tegenover het inzetten van ervaringsdeskundigen. Zij verwachten alleen niet dat ED op dit moment de vereiste kwantitatieve impact kunnen hebben in de strijd tegen de wachtlijsten. Bovendien zijn ervaringsdeskundigen moeilijker in te schakelen in een setting waar vooral met individuele consultaties wordt gewerkt.

Daarnaast werden ook bekommernissen geuit naar **kwetsbaarheid**, **engagement** en **evenwaardigheid**, met name in verband met de keuze tussen professioneel en vrijwilligersstatuut. Volgens de herstelvisie is de kwetsbaarheid van ervaringsdeskundigen een essentieel element van hun toegevoegde waarde. Dit houdt ook in dat werkgevers zich flexibel moeten opstellen en rekening moeten houden met de mogelijkheid van herval.

Juist omdat een professioneel statuut meer druk en stress met zich meebrengt, opteren sommige ED voor een vrijwilligersstatuut. Dit is dan weer moeilijk te rijmen met het beginsel van evenwaardigheid. Op grond daarvan moet de ervaringskennis van ervaringsdeskundigen als even waardevol worden beschouwd als de kennis van de psychiater of van andere professionele hulpverleners. Dat veronderstelt ook een billijke beloning, die zij als vrijwilliger niet kunnen krijgen.

Andere gesprekspartners wezen op het feit dat van vrijwilligers niet hetzelfde engagement kan worden verwacht als van ED die werken onder een professioneel statuut, al kregen wij tijdens de interviewronde veel positieve feedback over het engagement van vrijwillige ervaringsdeskundigen die momenteel in de Antwerpse GGZ actief zijn.

Andere punten van bezorgdheid betreffen onder andere de capaciteit om **afstand** te nemen van de eigen ervaring, het gevaar van **rolverwarring** (d.w.z. men is cliënt en ervaringsdeskundige in dezelfde instelling), het evolueren naar een rol van **professionele hulpverlener** of, omgekeerd, het zich niet kunnen **aanpassen** aan de teamcultuur van

zorgprofessionals. In de praktijk blijken deze laatste aspecten, althans wat betreft de ED die momenteel in de provincie Antwerpen actief zijn, nog geen grote problemen op te leveren, al moet worden opgemerkt dat de ervaring over het algemeen nog pril is.

Settings en rollen waarin ervaringsdeskundigen actief zijn: voorbeelden uit de consultatieronde

In het Antwerpse zijn momenteel twee betaalde ervaringsdeskundigen (BGE) actief. Zij werken voor de mobiele teams 'De Vliering' en 'De Link', die samen '**Mobiel Team Antwerpen**' vormen. De BGE nemen deel aan teamvergaderingen, gaan mee op huisbezoek, denken samen met hulpverleners na over de begeleiding van cliënten en leiden een herstelgroep met lotgenoten. Daarnaast houden ze zich ook bezig met netwerkoeverleg, voorlichting, bijscholing en opleiding. Een essentieel onderdeel van de MTA-filosofie is gelijkwaardigheid: de BGE participeren niet alleen als volwaardig partner aan teamvergaderingen, maar hebben ook toegang tot dossiers en worden betaald volgens hetzelfde barema (bachelor-niveau) als de professionele hulpverleners in het team. Twee collega's drukken het als volgt uit:

"Persoonlijk vind ik het belangrijk dat ze een volwaardige collega zijn. Ze moeten van mij geen case manager zijn. Dat lijkt me niet aangewezen. Ze moeten flexibel inzetbaar zijn en volledig toegang krijgen tot vergaderingen, briefings, dossiers (...). Dat is net de grote waarde die ze hebben. Anders blijven ze toch wel in die cliëntenrol steken. "Jij blijft iemand met een stoornis en moet vooral niet in de dossiers gaan kijken"

Randvoorwaarden voor een goede samenwerking? Ten eerste moet de coördinator en het hele team er achter staan dat de ED/BGE een plaats krijgt, een stem, een mandaat. Professionals moeten zich ook kwetsbaar kunnen opstellen tegenover ervaringsdeskundigen, zodat het geen wij-zij-verhaal wordt, maar een wij-verhaal. Openheid, respect, geduld en tijd om te ervaren welke meerwaarde de ervaringsdeskundige kan bieden. En een goede selectie, een kader en functieomschrijving waarin duidelijk wordt gemaakt wat er van de ervaringsdeskundige verwacht wordt.

Tijdens de consultatieronde werden ook voorzieningen bezocht waar vrijwillige ervaringsdeskundigen aan de slag zijn. In **PZ Bethaniënhuis** zijn sinds begin januari 2014 een achttal ervaringswerkers actief van het HOP-team ('Herstel, ondersteuning en patiëntenperspectief'). Het HOP-team werd samengesteld na een zorgvuldige selectieprocedure, waarbij nadrukkelijk werd gezocht naar ED die zelf een project wilden opstarten. In nauw overleg met de kernteams werd besloten om ervaringswerkers in te zetten op drie pilotafdelingen: een verslavingseenheid, een depressie-unit en een rehabilitatie-eenheid. Voor de depressie-eenheid houdt dit bijvoorbeeld in dat de HOP'ers twee keer per week tussen 16 en 18 uur circuleren en binnenspringen in de gemeenschappelijke ruimtes om te kijken of mensen zin of nood hebben aan een babbeltje. De contacten beginnen informeel, maar soms gaan cliënt en ervaringswerker ergens apart zitten voor een gesprek.

Ik denk dat de voorbereiding het belangrijkste is. In ons ziekenhuis hebben we er twee jaar over gedaan om zelf voldoende kennis te vergaren (...) We hebben dan zelf ook kleine initiatieven genomen, zoals de PTV-training, ervaringswerkers betrekken bij infodagen voor medewerkers, op studiedagen ervaringswerkers over hun ervaringen laten vertellen...Waardoor het personeel gaandeweg meer vertrouwd raakte met die verhalen en werd aangemoedigd om stil te staan bij het perspectief van de cliënt.

Wat ik ook merk, is dat de ervaringsdeskundigen zelf heel positief staan tegenover samenwerking met personeelsleden. In het begin vreesde ik een beetje dat we in een advocatenlogica, een klachtencultuur terecht zouden komen, maar dat is helemaal niet het geval. Ze stellen zich eerder op als partners die samen op zoek gaan naar nieuwe invalshoeken en mogelijkheden. Als je meer vanuit een samenwerking vertrekt, zit je als hulpverlener minder in het defensief. Je merkt dat je bepaalde zaken kunt deblokken of vooruithelpen door in dialoog te gaan met patiënten en familieleden.

Bij **VDIP/Andante** ('Vroege detectie en interventie bij psychiatrische (psychotische) stoornissen') is sinds een aantal jaar een ervaringsdeskundige actief. Aanvankelijk was er geen duidelijke taakomschrijving. De coördinator gaf er de voorkeur aan om samen met de ervaringsdeskundige te overleggen welke taken hij zou vervullen. Na een proces van 'trial and error' werd een voor beide partijen bevredigend takenpakket ontwikkeld. Joost zit mee aan tafel bij teamvergaderingen, voert gesprekken met cliënten en familieleden en wordt ook ingezet bij PR en sensibilisering van de eerste lijn en in de schoolomgeving. Hij houdt vooral van menselijk contact en het gevoel dat hij lotgenoten kan helpen. het beleidswerk interesseert hem minder.

"Een tijd lang was de enige taak van de ED om aanwezig te zijn op teamvergaderingen. Dat was geen goede zaak. Dat zou ik als tip meegeven: als dat de enige taak is van de ED, begin er dan niet aan. Je moet iemand meer taken en rollen geven, anders wordt het verschil tussen vaste teamleden en ervaringsdeskundigen te groot. In een goed functionerend team moet iedereen cliëntencontacten hebben".

Toekomstige rollen en settings?

Voorlopig worden nog geen ervaringsdeskundigen ingezet in **opname-eenheden**. Volgens de focusgroep zouden ED nochtans kunnen helpen om dat eerste contact te normaliseren: *"Ik zou graag zien dat mensen die voor het eerst in contact komen met psychiatrie vanaf het begin kennismaken met een ED. Het eerste contact gaat immers gepaard met enorme angsten"*. De focusgroep gaf verder ook aan dat er meer ervaringsdeskundigen moeten worden ingeschakeld in **residentiële settings**. Ervaringsdeskundigen hebben ook een plaats in de **raden van bestuur** van zorgvoorzieningen en moeten in de toekomst meer betrokken worden bij de **opleiding** van hulpverleners. Daarnaast zou het zinvol zijn om ED in **belendende sectoren** in te schakelen, zoals de welzijnsector, politie en justitie. Ervaringsdeskundigen in de **armoede** kunnen bovendien een zinvolle bijdrage leveren binnen de psychiatrie en omgekeerd, aangezien er vaak een link is tussen armoede en

psychische kwetsbaarheid. Anderzijds komen cliënten met een zware psychiatrische problematiek dikwijls terecht in CAW.

Tenslotte kwam uit de focusgroep en de gesprekken met zorgprofessionals naar voren dat ervaringsdeskundigen ook heel zinvolle bijdragen kunnen leveren op **beleidsniveau** en dat zij zich niet enkel met lotgenotencontact moeten bezighouden.

Randvoorwaarden voor het inzetten van ervaringsdeskundigen

Context: de paradigmawissel naar herstelondersteunende zorg

Het inschakelen van ervaringsdeskundigen in de GGZ is geen alleenstaand doel. Het kadert binnen de bredere doelstelling om herstelondersteunende zorg een centrale plaats te geven binnen de GGZ. Herstel vertrekt van het gebruikersperspectief en is niet hetzelfde als genezing. De focus ligt op individuele sterkte in plaats van op pathologie.

Het bestaande GGZ-systeem is nog sterk verankerd in de pathologiegeoriënteerde benadering van het medische model en in een medische praktijk die in hoge mate gedreven wordt door efficiëntie. De herstelondersteunende visie veronderstelt een anders gekaderde en beleefde relatie tussen gebruikers, professionals en naasten (de 'trialoog'). De zorgverstreker moet bereid zijn om zelf vanuit een presente, luisterende, kwetsbare positie te werken, met respect voor de ervaringskennis die door de gebruiker wordt belichaamd.

De valorisatie van ervaringskennis is een belangrijke impuls tot herstel. Door het delen van ervaringen met lotgenoten worden mensen met een mentale aandoening versterkt in hun proces van zingeving en empowerment. De rol van ervaringsdeskundige is echter geen gemakkelijke. De stelling in het OGGPA-verslag, dat ED/BGE slechts een meerwaarde kunnen betekenen wanneer er voldoende draagvlak is in de organisatie waarin zij worden ingebed, wordt onderschreven door alle professionals die met ervaringsdeskundigen te maken hebben. Anderzijds dienen ervaringsdeskundigen zelf gepokt en gemazeld te zijn in de herstelondersteunende visie om die te kunnen uitdragen naar de cliënten en hulpverleners met wie zij in contact komen.

Hierbij moet worden opgemerkt dat de meeste professionals met wie wij spraken vertrouwd zijn met de basisprincipes van herstelgerichte zorg en voorstander zijn van een verspreiding van het herstelparadigma in de GGZ. In die zin is er sprake van een zekere 'positieve vooringenomenheid'. Sommigen waarschuwden echter voor een overdreven optimisme. Er werd ook gewezen op de noodzaak van concrete methodieken om de herstelvisie in de vingers te krijgen.

Wat de visie op de hervorming van de GGZ in het algemeen betreft, is het zeker niet zo dat voorstanders van het herstelmodel ook automatisch voorstander zijn van een radicale afbouw van residentiële settings. Hoewel de meeste gesprekspartners het erover eens zijn dat er (veel) meer middelen moeten gaan naar preventie, ambulante zorg, thuiszorg en aangepaste woonvormen binnen de maatschappij, pleiten zij nadrukkelijk voor behoud van de asielfunctie binnen de GGZ, met name vanuit de overweging dat voor sommige patiënten een terugkeer naar de maatschappij herstelbelemmerend kan zijn.

Omkadering van ervaringsdeskundigen: resultaten van de interviews

Alle gesprekspartners die ervaring hebben met ervaringsdeskundigen zijn het erover eens dat het inschakelen van een ED enkel zin heeft indien er voldoende draagvlak is onder het personeel en de betrokken organisatie goed is voorbereid. Het is vooral belangrijk dat de teamleden voldoende vertrouwd zijn met de herstelondersteunende visie. Dat betreft ook de ervaringsdeskundigen zelf. Zij moeten afstand kunnen nemen van hun persoonlijke ervaringen. Als hun negatieve ervaringen met hulpverleners onvoldoende verwerkt en gekaderd zijn, kunnen zij onmogelijk een brugfunctie vervullen tussen cliënten en professionele hulpverleners.

Verschillende gesprekspartners pleiten voor een duidelijke taakomschrijving. Anderen geven er dan weer de voorkeur aan om geen te rigide kader op te leggen en de ED de ruimte te laten zelf te ontdekken welke rollen en taken het best bij hem/haar passen. In elk geval moet de organisatie rekening houden met de kwetsbaarheid van de ED en voldoende **flexibiliteit** inbouwen met betrekking tot dienstrooster en inzetbaarheid. Voorzieningen dienen ook rekening te houden met het feit dat een BGE lange tijd kan uitvallen en vervangen moet worden.

Er moet ook **coaching** worden voorzien, bij voorkeur door iemand van buiten de organisatie die vertrouwd is met de moeilijkheden en uitdagingen waarmee ED geconfronteerd worden. Ze hebben ook baat bij regelmatige **intervisie, supervisie en nascholing**. De meeste gesprekspartners zijn het erover eens dat ED voldoende contact moeten onderhouden met lotgenoten/patiëntenverenigingen. Tenslotte moet worden vermeden dat ED worden ingezet in organisaties waar zij ook cliënt zijn. Dat kan immers leiden tot **rolverwarring**, zowel ten aanzien van hulpverleners als van cliënten.

Verloning

Zoals eerder vermeld, zijn er op dit moment twee betaalde ervaringsdeskundigen aan de slag in de provincie Antwerpen. Zij ontvangen een wedde op bachelorniveau uit hun deeltijdse tewerkstelling als ED en hebben daarnaast recht op een invaliditeitsuitkering voor een halftijds equivalent. Ze kunnen betaald worden op bachelorniveau omdat ze minstens over een bachelordiploma beschikken.

Voor de meeste ED is de overstap naar een betaalde baan geen vanzelfsprekendheid. Het betekent dat zij deels of volledig afstand moeten doen van hun invaliditeitsuitkering en van andere sociale voorzieningen. De overheid heeft weliswaar inspanningen gedaan om inactiviteitsvallen weg te werken, maar over het algemeen zijn de financiële meeropbrengsten van heractivering laag tot zeer laag. Sommige ED kiezen er daarom voor om vrijwilliger te blijven, ook omdat een betaald statuut meer verantwoordelijkheid en stress meebrengt.

Werkgevers proberen via een forfaitaire onkostenvergoeding en andere voordelen vrijwilligers zoveel mogelijk te compenseren, maar stuiten daarbij op wettelijke grenzen.

Zowel door professionals als door ervaringsdeskundigen wordt daarom gepleit voor een **soepeler regelgevend kader** inzake de beloning van vrijwilligers. In de focusgroep werd opgemerkt dat het ook gaat om de erkenning van de bijdrage die ED leveren. Hun ervaringskennis moet als evenwaardig aan de kennis van de psychiater of de psycholoog worden beschouwd. Daar moet ook een billijke vergoeding tegenover staan.

In Vlaanderen bestaan er grosso modo drie stelsels van verloning: op basis van diploma, op basis van functie of op basis van competentie. Diplomaverloning is het meest voorkomende stelsel, zeker in de gesubsidieerde sectoren waar ervaringsdeskundigen aan het werk zijn. De hoogte van de lonen wordt door de overheid vastgelegd in barema's, die op hun beurt verbonden zijn aan het diploma.

Case study: Ervaringsdeskundigen in armoede en sociale uitsluiting

Ervaringsdeskundigen in armoede en sociale uitsluiting hebben over het algemeen een zeer lage scholingsgraad. Slechts 15% heeft op het moment van afstuderen een diploma secundair onderwijs. De 4-jarige opleiding tot ervaringsdeskundige geeft recht op een certificaat op TSO3-niveau maar levert geen A2-niveau op. Om het statuut en de erkenning van betaalde ervaringsdeskundigen in het werkveld te bevorderen, werd in 2006 door de SERV, in overleg met werkgevers van ervaringsdeskundigen, een beroepscompetentieprofiel opgesteld, dat ook als basis diende voor het opmaken van de leerplannen voor de opleiding. Mede dankzij het beroepscompetentieprofiel worden alle ED in armoede en sociale uitsluiting nu minstens beloond op het niveau van een diploma secundair onderwijs, ondanks het feit dat de meeste ED geen diploma secundair onderwijs hebben.

Daarnaast pleit De Link voor de toepassing van het begrip 'leeftijdsanciënniteit'. Daarbij wordt een aantal jaren levenservaring (bijvoorbeeld 5 jaar) omgezet in dienstanciënniteit. In dat geval kan een ED die 41,5 jaar oud is (de gemiddelde leeftijd waarop ED hun opleiding afronden) starten met 8 jaar dienstanciënniteit.

Tenslotte moet worden opgemerkt dat CAW Antwerpen ervaringsdeskundigen in dienst heeft die via een functieverloning worden bezoldigd. Dit houdt dus in dat personen ook zonder diploma kunnen worden aangeworven, op basis van relevante expertise.

Relevantie voor de GGZ

Ook in de GGZ speelt het probleem van verloning op basis van diploma, met name voor personen die als gevolg van hun psychische kwetsbaarheid hun studies hebben moeten afbreken. Voor ED met een lage scholingsgraad zal men waarschijnlijk naar gelijkaardige oplossingen moeten zoeken als in de sector armoede en sociale uitsluiting. Een beroepscompetentieprofiel, dat in overleg met overheid en werkgevers zou worden opgesteld, zou een steunpunt kunnen zijn voor organisaties die met ervaringsdeskundigen aan de slag willen. Het zou ook als kader kunnen dienen voor de uitwerking van een leerplan voor een opleiding voor ervaringsdeskundigen. Tenslotte kan de mogelijkheid worden onderzocht om ervaringsdeskundigen te betalen via een functieverloning.

Opleiding

Vrijwel alle gesprekspartners zijn het erover eens dat ervaringsdeskundigen een opleiding nodig hebben, al lopen de ideeën over wat die opleiding precies moet inhouden uiteen. De meesten zijn van mening dat het niet de bedoeling is dat zij dezelfde kennis vergaren als professionele hulpverleners. Om van hun specifieke kracht gebruik te maken is het belangrijk dat zij eerst een proces van verwerking en duiding doormaken waardoor ze op een genuanceerde manier leren denken en praten over wat zij hebben doorgemaakt en dat als meerwaarde kunnen inzetten om lotgenoten te helpen.

Op dit moment is er in Vlaanderen nog geen erkende opleiding voor ervaringsdeskundigen in de geestelijke gezondheidszorg. Er kiemen initiatieven in Gent (Poco Loco) en Heverlee (Sociale Hogeschool), maar voorlopig is het nog wachten op een voldragen aanbod, al biedt Uilenspiegel laagdrempelige opleidingen aan, waarin onder meer patiëntenrechten, vertrouwelijke informatie/beroepsgeheim en een overzicht van het zorglandschap aan bod komen, alsook psychopathologie, maar vanuit de eigen beleving.

Wie op zoek is naar vorming of coaching rond herstelondersteunende zorg en ervaringsdeskundigheid richt vooralsnog de blik naar onze noorderburen. Zowel de mobiele teams De Link en De Vliering als PZ Bethaniënhuis maakten tot nu toe voor de vorming van hun personeel hoofdzakelijk gebruik van het Trimbos- en HEE-aanbod (HEE: Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid). Elke Van Gompel, BGE in mobiel team De Vliering, volgde een TOED-opleiding in Nederland (TOED: Training Opleiding Ervaringsdeskundigheid).

Hoewel het Nederlandse aanbod over het algemeen positief wordt beoordeeld, waren er enkele kritische commentaren omtrent kostprijs en flexibiliteit. Verschillende gesprekspartners braken een lans voor een Vlaamse opleiding of mogelijk zelfs een equivalent van HEE, een Vlaams voorlichtings- en opleidingsinstituut op het gebied van herstelgeoriënteerde zorg en ervaringsdeskundigheid.

Anderzijds werd de noodzaak van een opleiding door sommigen ter discussie gesteld. Zoals een deelnemer van de focusgroep opmerkte: *"Ik ken zoveel bekwame ervaringsdeskundigen waarvan ik nu al zeker ben dat ze een meerwaarde kunnen zijn op de werkvloer"*.

Wat de duur van de opleiding betreft, bleek de focusgroep vier jaar of zelfs 2 jaar zeer lang te vinden. We spraken ook met een ervaringsdeskundige volgens wie er geen nood is aan een vaste opleiding, maar wel een modulair aanbod op basis van de contextspecifieke behoeften van de ED en de organisatie waarin hij/zij werkzaam is, bijvoorbeeld een vorming in gespreksvoering.

In de focusgroep werd ook gewezen op het gevaar dat werkgevers alleen geïnteresseerd zullen zijn in ervaringsdeskundigen met een diploma, of dat het ontbreken van een erkend diploma door sommigen zal worden aangewend om geen ervaringsdeskundige in dienst te nemen.

Concluderend kan gesteld worden dat de noodzaak van een goede vorming en opleiding van ervaringsdeskundigen door zowat iedereen wordt onderschreven. Anderzijds moet erover gewaakt worden dat er door de invoering van een verplichte opleiding geen nieuwe drempels worden gecreëerd. Als men aanvaardt dat ervaringsdeskundigen een ander soort kennis en grondhouding inbrengen die even waardevol is als de (academische) competenties van een hulpverlener, dient men ook te aanvaarden dat ervaringsdeskundigheid niet volgens dezelfde maatstaven beoordeeld kan worden als het soort kennis waarover hulpverleners beschikken.

Uit het voorbeeld van De Link bleek dat diploma, tewerkstelling en beloning nauw samenhangen in België/Vlaanderen, zeker in de gesubsidieerde sector. Men dient dan ook rekening te houden met dit institutionele kader bij het inschakelen van ervaringsdeskundigen. Anderzijds mogen institutionele eisen niet primeren op de doelstelling om de meerwaarde van ervaringsdeskundigen zoveel mogelijk tot zijn recht te laten komen. Om te vermijden dat het zoeken naar oplossingen voor het opleiden en inzetten van ervaringsdeskundigen onderworpen wordt aan een puur institutionele logica, lijkt het ons wenselijk dat de opleiding (mede) aangestuurd wordt door een patiëntenorganisatie, zoals ook wordt aanbevolen in het eindverslag van de OGGPA-werkgroep.

Beroepsgeheim en aansprakelijkheid

Volgens artikel 458 van het Strafwetboek zijn alle personen "die uit hoofde van hun staat of beroep kennis dragen van geheimen die hun zijn toevertrouwd" gebonden aan het beroepsgeheim. Ook vrijwilligers moeten zich houden aan het beroepsgeheim wanneer aan de volgende twee voorwaarden is voldaan: 1) er moet sprake zijn van een hulpverlenende taak als vertrouwensfiguur, 2) Ze moeten in een georganiseerd verband werken, al dan niet bijgestaan door beroepskrachten.²

Ervaringsdeskundigen (zowel BGE als ED) die actief zijn in GGZ-voorzieningen en vertrouwelijke contacten hebben met cliënten, zijn dus gebonden aan het beroepsgeheim. Wat dat betreft is er geen onderscheid met andere leden van het team, zoals ook werd beaamd door de beheerders van de verschillende voorzieningen waar ervaringsdeskundigen aan de slag zijn.

De eindverantwoordelijkheid ligt doorgaans bij de arts en in de praktijk hangt het af van diens toestemming of ervaringsdeskundigen kunnen worden ingezet en toegang krijgen tot patiëntendossiers of niet.

De ervaring met het inschakelen van ervaringsdeskundigen in de GGZ is te pril om conclusies te trekken over de bovengenoemde risico's. Uit interviews met beleidsvoerders uit de belerende sectoren verslavingszorg (Free Clinic) en armoede en sociale uitsluiting (De Link), waar al langer met ervaringsdeskundigen wordt samengewerkt, blijkt dat er in die sectoren zich nog geen ernstige problemen hebben voorgedaan. Er waren aanvankelijk wel

² Wouters W., Herbots K. en Put J. 2009. *Omgaan met vertrouwelijke informatie, praktische handvatten ten behoeve van vrijwilligers in de welzijnszorg.*

problemen met stagiairs, meer bepaald ervaringsdeskundigen die hun stage deden in een OCMW. Daar hoorden ze soms verhalen over werken in het zwart, wat voor problemen kan zorgen in een OCMW-context. De Link heeft daarom een artikel laten opnemen in het stagecontract waarin afspraken worden gemaakt over de te volgen procedures bij problemen inzake deontologie. Met werknemers hebben zich tot nu toe geen problemen voorgedaan.

Desalniettemin, indien ervaringsdeskundigen een eigen arbeidsrechtelijk statuut zouden krijgen, zou dit een aantal onzekerheden bij professionals en cliënten kunnen wegnemen.

Conclusies

Uit de consultatieronde blijkt dat, wat betreft het inzetten van ervaringsdeskundigen in de GGZ, er twee grote denklijnen door elkaar lopen. Er is een pragmatische denklijn die de voordelen ziet van ervaringsdeskundigheid als complementaire bron van kennis in het verbeteren van zorg. In die visie is ervaringsdeskundigheid een interessante toevoeging op het bestaande aanbod, zonder dat het zorgmodel ten gronde in vraag wordt gesteld. Daarnaast is er een meer fundamentele denklijn die vertrekt vanuit de herstelbeweging en die het bestaande model op de helling zet. Het doel van het zorgproces, de rol van de patiënt en zorgverstreker daarin en hun onderlinge relatie worden daarbij ten gronde in vraag gesteld.

Vanuit de pragmatische denklijn kan men beginnen nadenken over hoe ervaringsdeskundigheid geïnstitutionaliseerd kan worden binnen bestaande kaders. Het is echter duidelijk dat deze kaders niet altijd goed passen op de herstelbenadering.

Bijvoorbeeld, evenwaardigheid tussen de professionele hulpverlener en de ervaringsdeskundige is een essentieel onderdeel van de herstelvisie. Dit houdt onder meer in dat ervaringsdeskundigen dezelfde rechten en plichten hebben, met name op het gebied van inkomen en toegang tot informatie. In de praktijk botst dit echter met bestaande juridische en arbeidstechnische kaders, die soms diep zijn ingeworteld in maatschappelijke structuren. Zo blijkt het moeilijk om een gelijkwaardig loon te verstrekken aan individuen die een zeer verscheiden scholingsgraad hebben. De vraag is of, en tot op welke hoogte, men tegemoet kan komen aan de heersende logica zonder afbreuk te doen aan de beginselen van herstelgerichte zorg.

Desalniettemin kunnen op basis van de consultatieronde een aantal duidelijke conclusies worden getrokken met betrekking tot het inzetten van ervaringsdeskundigen in de GGZ.

Er blijkt ontegensprekelijk een draagvlak te bestaan voor het inschakelen van ervaringsdeskundigen in de GGZ in de provincie Antwerpen. Dat heeft vooral te maken met het feit dat het herstelgericht denken de afgelopen jaren aanzienlijk aan invloed heeft gewonnen. Vooral professionals die samenwerken of ervaring hebben met ervaringsdeskundigen zijn zeer positief over de bijdragen die ze leveren.

Wat betreft rollen, functies en settings lopen de meningen onder zorgprofessionals uiteen. Sommigen zijn van mening dat ED hoofdzakelijk in een rehabilitatiecontext moeten worden

ingezet, anderen (over het algemeen hulpverleners die de herstelvisie zijn toegedaan) geloven dat zij in zowat elke context een zinvolle bijdrage kunnen leveren, inclusief preventie, opnamediensten of centra geestelijke gezondheidszorg. Ongeveer iedereen is het erover eens dat zij niet op professionele hulpverleners moeten gaan lijken en dat die rollen voldoende gescheiden moeten blijven.

Qua competenties, meerwaarden, gevaren en valkuilen worden de bevindingen van het OGGPA-verslag grotendeels bevestigd. Dat geldt vooral voor de bevinding dat ervaringsdeskundigen slechts een zinvolle bijdrage kunnen leveren in de mate dat de organisatie goed is voorbereid en het personeel wordt opgeleid en gecoacht in het toepassen van de principes van herstelondersteunende zorg.

Ook wat de opleiding voor ervaringsdeskundigen betreft, blijken de bevindingen van de consultatieronde aan te sluiten bij de aanbevelingen van de OGGPA-werkgroep. Wat het tijdspad betreft, werden in de focusgroep vraagtekens geplaatst bij het nut van een langdurige (meerjarige) opleiding.

De bezorgdheid in verband met juridische kwesties en met name beroepsgeheim wordt gedeeld door menig hulpverlener en beheerder. Op basis van de interviewresultaten blijkt het niet om onoverkomelijke hindernissen te gaan, al is de ervaring nog zeer pril binnen GGZ-voorzieningen. Op basis van de gesprekken die wij voerden met gesprekspartners uit de sectoren verslavingszorg en armoede en sociale uitsluiting, waar al ettelijke jaren met ED wordt samengewerkt, hebben zich daar tot dusver nog geen ernstige problemen voorgedaan.

Tenslotte kwam in de studieronde ook naar voren – in de lijn van het OGGPA-verslag – dat patiëntenorganisaties een belangrijke rol horen te vervullen in de bevordering van ervaringsdeskundigheid, maar dat zij momenteel veel te weinig middelen hebben.