

Open brief en afscheidscollAge van Remy Roest

(Bij mijn afscheid als praktiserend psychiater. Ter geruststelling/teleurstelling: niet mijn afscheid als docent R92)

Vermindering van dwang en drang

Naar een regionale domeinoverstijgende visie, taal en set van waarden

Geachte/beste lezer,

Bijgaand zend ik u/je een kopie van de open brief die ik stuurde aan de voorzitter van het College van geneesheren-directeuren van de GGzE. Vanuit mijn voormalige rol als onafhankelijk psychiater betrokken bij de Bopz-, Wvggz- en de Wzd-procedures reflecteer ik in deze open brief op mijn ideeën hoe dwang en drang te verminderen. (Ik wil met klem benadrukken dat mijn suggesties sterk gekleurd zijn door mijn rol als docent bij R92. Of dat echt belangenverstrengeling betekent bij een 72-jarige vraag ik mij af).

Ik doe in mijn *afscheidscollAge* de volgende suggesties:

- 1) gebruik taal van De Nieuwe GGZ
- 2) integreer de definitie van herstel volgens Anthony met het spinnenweb van positieve gezondheid
- 3) geef expliciet aandacht aan childhood adversity en trauma.
- 4) geef zingeving een centrale plek
- 5) ontwerp een regionaal functioneel voorzieningschema/service outcome schema
- 6) implementeer regionaal herstelondersteunende/positievegezondheidsbevorderende kernwaarden (Geraldien van Dijk constateert in haar bijdrage op basis van haar eigen ervaringen hoe het rapport Dannenberg toch vooral weer gekleurd wordt door een systeemdoel in plaats van client outcome doelen)
- 7) implementeer de Individuele Rehabilitatie Benadering
- 8) maak onderscheid tussen behandeling in brede en engere zin en expliciteer de rol van de psychiater
- 9) bekijk het rapport van de commissie Dannenberg en IRB eens vanuit ervaringsdeskundig perspectief
- 10) werk regionaal vanuit een kwetsbaarheid/stress/beschermende factoren/ZINGEVING-model.

Mede omdat ik in de coronaperiode geen gelegenheid had om u/jou even persoonlijk gedag te zeggen, stuur ik deze afscheidsgroet. Vindt u/vind je het interessant, wilt u/wil je er een keer over in gesprek, voelt u/voel je de behoefte om te reageren? Weet me te vinden via de kanalen die ik aangaf.

Eén praktische opmerking: in dit document wordt in de **parse tekst** direct doorgelinkt naar websites. Teksten in rode letter waar naar een PDF wordt verwezen, linken naar een mapje met de bewuste en andere PDF's. Deze zijn daar in te zien en te downloaden, ook via **deze link**.

Met vriendelijke groet

Remy Roest

Psychiater niet praktiserend sinds 16-12-2021

Docent R 92

Met bijdrage van: Geraldien van Dijk

Verplegingswetenschapper, ervaringsdeskundige en IRB-expert

Open brief aan de heer J. Hendricks, voorzitter van het College van geneesheren-directeuren van GGzE

Geachte heer Hendrickx, beste Joris,

Op 15 december 2021 voerde ik met jou een 'loopbaanafsluit'-gesprek. Op 16 december zou immers mijn registratie als psychiater stoppen en was het moment aangekomen om op 72-jarige leeftijd echt met pensioen te gaan. Afgelopen zes jaren verrichtte ik bij de GGzE, GGZ Oost Brabant en de regionale psychogeriatrische instellingen werkzaamheden in het kader van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz), de Wet verplichte ggz (Wvvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd). Ik schreef vele honderden medische verklaringen als 'niet bij de behandeling betrokken psychiater'.

We spraken over mijn bevindingen. Allereerst sprak ik tegenover jou mijn grote waardering uit over de inzet die GGzE-medewerkers tonen, juist ook waar het gaat om mensen met een meer dan gemiddelde hulpvraag. De GGzE levert zorg voor burgers van Eindhoven en omgeving terwijl de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen wellicht eerder de lichtere hulpvragen beantwoorden. Maar de GGzE heeft ook supraregionale voorzieningen. 'Zwaardere' cliënten/patiënten/burgers uit andere regio's worden sinds jaar en dag verwezen naar de Kliniek voor Intensieve Behandeling en de forensische voorzieningen van de GGzE. Idealiter keren zij na behandeling terug naar hun eigen regio. Maar dat gebeurt niet altijd: regelmatig blijven mensen in Eindhoven, en dat al vele jaren lang. Soms gebeurt dit op dringend verzoek van betrokkenen zelf, maar helaas ook regelmatig door onvermogen en onwil van de regio van herkomst.

Zeer schrijnend vond ik de situaties waarin burgers zeer graag terug wilden naar hun regio van herkomst maar kansloos waren door weigering van de verantwoordelijke ggz-instelling, de gemeente, het veiligheidshuis e.a. ter plekke. Daardoor konden ze bijvoorbeeld hun werk niet meer oppakken. Het is helemaal wrang als die regio stelt de problematiek van betrokkene niet te kunnen hanteren omdat separatie misschien wel een keer nodig is en de instelling nu eenmaal inzet op lagere separatiecijfers.

Dus de burger van buiten de regio Eindhoven, die een helder levensdoel heeft gevonden en weer wil gaan werken, wordt juist door zijn eigen regio veroordeeld tot een uiterst onverkwikkelijke gang door Eindhovense longstayvoorzieningen. Zijn herstelproces wordt de nek omgedraaid ten faveure van 'window dressing' van de regio van herkomst: "wij separeren niet".

Versta mij goed: als ik in de gevangenis zou komen wil ik dat natuurlijk vele malen liever op een plek waar ik met worstenbroodjes en compassie wordt onthaald dan op een Alcatraz-achtige manier. Heel goed dat er afgelopen decennium zoveel aandacht is geweest voor het verminderen van separatie en andere vormen van autonomiebeperking. Maar dwang- en drangreductie is een 'escape/avoidgoal'. Meer dan eens zag ik daar ook de onverkwikkelijke gevolgen van. Ik wijs op het risico van patiëntselectie en transinstitutionalisering naar tbs-inrichtingen en zelfs de gevangenis. Personeelsleden die zich verantwoordelijk tonen ten opzichte van de zwaardere patiënten krijgen geen taart van het management en lopen het risico op negatieve publiciteit. Waar de separeer is afgeschaft wordt op de borst getrommeld en de loftrumpet gestoken. Het moge duidelijk zijn wie mijn grootste sympathie hebben!

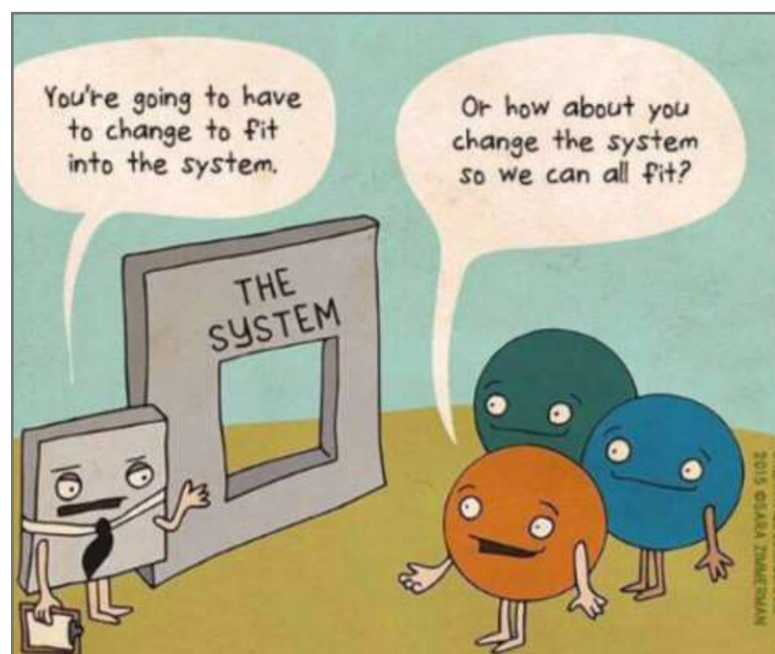
Escape/avoid doelen en approach doelen

Overigens wemelt het in de ggz van de 'vermijddoelen': minder symptomen, minder suïcide, minder dwang en drang, minder verwarde mensen op straat. De forensische sector heeft de opdracht recidief delicten van haar cliënten zoveel mogelijk te voorkomen.

Natuurlijk mogen/moeten we bij patiënten op een High Intensive Care (HIC) van wie denken, voelen, willen en handelen ernstig zijn ontregeld, met een medisch analytische blik naar de problematiek kijken. Symptomen en gevaar (ernstige nadelen) dienen te verdwijnen! En uiteraard moeten we dat doen met compassie en rekening houdend met naasten, de fase van het herstelproces, etc. Na de crisis moet er weliswaar aandacht blijven voor recidivepreventie (avoidgoal), maar verdienen approach doelen de grootste aandacht. Als je hulpverleningsdoelen werkelijk aansluiten bij wat de burger uiteindelijk in zijn leven wil bereiken, worden dwang en drang allengs minder nodig. Zingeving/betekenisvol leven/je eigen ding doen - waarvoor komt iemand zijn bed uit? - wordt gezien als de belangrijkste gezondheidsbevorderende factor. Doelen om na te streven dienen centraal te staan. Liever een doel níet bereiken dan geen doelen hebben is het adagium!

Doelmatigheid, proportionaliteit, subsidiariteit en veiligheid

Op dit vlak valt er nog veel te winnen. Bij mijn vele honderden beoordelingen in het kader van de Wet Bopz, Wvggz en Wzd was het onder meer mijn taak een uitspraak te doen over de vraag of een maatregel voldeed aan de criteria van doelmatigheid, proportionaliteit, subsidiariteit en veiligheid. Bij de Wzd was dat niet vaak een probleem. Vaak was ik zeer onder de indruk van de inspanningen die mantelzorgers en netwerkpartners zich getroost hadden om de cliënt met dementie thuis te laten blijven wonen. Het netwerk was meestal wel overzichtelijk. In het kader van de Wvggz worstelde ik echter regelmatig met die vraag. Idealiter is er een regionaal netwerk waarin alle netwerkpartners de handen ineenslaan om herstelgerichte hulp te bieden. Alle settings van de GGzE, klinisch en ambulante, de verslavingszorg, de psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen, het sociaal domein, de huisartsen, de posten voor spoedeisende hulp (bijvoorbeeld bij automutilatie van patiënten met een voorgeschiedenis van trauma), werkgevers, etc. (Ik constateerde daarbij overigens met regelmaat dat cliënten in de supraregionale voorzieningen vaak wel erg losgezongen waren van hun regionale netwerken). Bijgaand plaatje over regionale, domeinoverstijgende systeem samenwerking kwam regelmatig in mijn gedachten.



Meestal kwam ik tot de conclusie dat de zorgverantwoordelijken in de betreffende situatie naar eer en geweten een maatregel aanvraagden en ik weet natuurlijk ook dat de ideale wereld niet bestaat. Een aantal keren bracht ik mijn bevindingen bij jou als voorzitter van het College van geneesheer-directeuren ter sprake. En ik ontmoette oprecht begrip bij jou en jouw collega's. Jullie zijn degenen die eindverantwoordelijk zijn voor de vraag of verplichte interventies aan de wettelijke criteria voldoen. Maar jij noch jouw collega-geneesheer-directeuren kunnen het hele netwerk veranderen.

Gemeenschappelijke visie, taal en set van waarden

Maar wat als de GGzE een werkelijk gedeelde, domeinoverstijgende visie, taal en set van kernwaarden zou hebben? Als op basis daarvan sluitende regionale taakverdelingen gemaakt zouden kunnen worden? Zou dan ontwikkeling van herstel/**positieve gezondheid** van de regionale burgers niet veel beter ondersteund kunnen worden? **En zouden als gevolg daarvan dwang en drang niet aanzienlijk verminderen?**

Wij spraken met elkaar over de inspirerende bewegingen die in Nederland op gang zijn gekomen en waarmee ook de GGzE grote ambities heeft: de herstelbeweging, **De Nieuwe GGZ** met het daarop voortbordurende **GEM/ecosysteem mentale gezondheid**, de **netwerkpsychiatrie**, het **idee van positieve gezondheid**, de **Akwa-kwaliteitsstandaarden** en Redesigning Psychiatry [**PDF Redesigning Psychiatry**] (naast de al langer bekende verpleegkundige modellen zoals het Neuman Systems Model). Allemaal belangrijk en absoluut de moeite van het bestuderen waard. Maar wij constateerden samen dat zelfs de **Akwa-kwaliteitsstandaarden** niet altijd bij iedereen de aandacht krijgen die ze verdienen. Worden cliënten, naasten en functionarissen uit andere domeinen gewezen op **thuisarts.nl** om samenvattingen van de standaarden te vinden? En hoeveel cliënten en hun netwerkpartners bezoeken regelmatig **PsychoseNet** en de **website Mentale Kracht 040**? Daarop staat heel actuele, relevante informatie voor cliënten, naasten en anderen uit het netwerk van cliënten. Ik denk echter dat bij veel mensen **PsychoseNet** en andere e-community's zoals **Proud2Bme.nl** en **Dwang.eu** onvoldoende bekend zijn. Hoe komen we dan ooit tot de broodnodige gemeenschappelijke visie, taal en set van waarden?

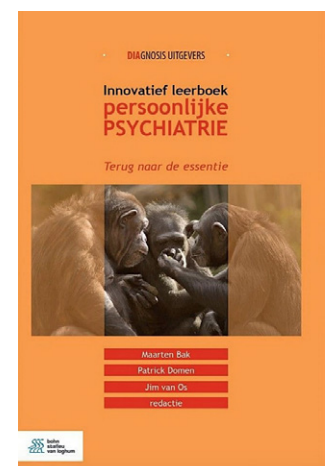
Wij constateerden dat er sprake lijkt van 'duizend bloeiende bloemen' waar iedereen uit plukt, maar dat dit tot spraakverwarring leidt en tot inefficiënt werken. Hoe handen en voeten te geven aan de uitvoering van al dat moois? Zijn er kernpunten uit te destilleren?

Ik vertelde jou een mooie combinatie te zien in het gedachtegoed van **De Nieuwe GGZ** en het overkoepelende gedachtegoed van het **Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation**. Vandaaruit kun je verder denken over wie allerhande interventies zou moeten bieden, zoals aanbevolen in de **Akwa-standaarden**, de **netwerkpsychiatrie**, het boek 'We zijn god niet', het **Institute for Positive Health** en het **Innovatief leerboek persoonlijke psychiatrie**, etc.

In ons overleg sprak ik met jou af een aantal zaken op een rijtje te zetten. Enkele suggesties die ik wil doen aan jou, maar ook aan een aantal hulpverleners, cliënten, naastbetrokkenen, functionarissen uit het sociale domein en anderen met wie ik in de afgelopen jaren over dit thema sprak, zoals geestelijk verzorgers, medewerkers van recovery colleges, juristen, huisartsen, zorgverzekeraars, familieleden en familieorganisaties, patiëntenvertrouwenspersonen, beleidsmakers en collega-docenten van **R92**. Een soort van **afscheidscollage**, bedoeld als kapstok voor regionale domeinoverstijgende discussie.

Alles wat op papier staat is al gauw minder genuanceerd dan de realiteit verdient. Daar ben ik me van bewust en dat betreurt ik. Ik wil een en ander dan ook, indien gewenst, met alle plezier mondeling aan je toelichten. Dit aanbod geldt ook diegenen die ik mijn open brief in kopie stuur.

Ik gebruik de woorden patiënt, cliënt en burger door elkaar. Iedereen heeft in het leven allerhande rollen die meestal qua moment goed te onderscheiden zijn. Bij veel burgers lopen die rollen (in perioden) door elkaar heen.



Bij mensen die kampen met ernstige psychiatrische aandoeningen, zogenoemde EPA-problemen, is dat in elk geval aan de hand. Het is kwalijk bij hen de burgerrol te verontachtzamen. Het is evenzeer kwalijk bij hen op gepaste momenten de patiëntenrol te verontachtzamen. Dit dilemma wordt meestal wat flauw opgelost met het woord 'client'. Dat doe ik dan ook uit praktische overwegingen.

Ik brainstormde over opzet en inhoud met Ellen Popeyus van Pentueel die ook de lay out verzorgde. Daarnaast overlegde ik met een aantal collega's uit het veld van de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB). Met name wil ik Geraldien van Dijk noemen die als verpleegwetenschapper, ervaringsdeskundige en IRB-expert in deze collage een duidelijke boodschap heeft ten aanzien van het rapport Dannenberg. Van harte dank hiervoor.

En dan nu mijn verdere overwegingen en suggesties.

AFSCHIEDSCOLLAGE

Bewust vertaal ik Engelse woorden niet. Er moet immers een breed geaccepteerde regionale vertaling komen. Zonder ook maar enige volledigheid te suggereren stip ik de volgende punten aan.

DE NIEUWE GGZ

De uitgangspunten van *De Nieuwe GGZ* zijn hopelijk algemeen bekend. Ik vraag mij wel af hoeveel regiebehandelaren bekend zijn met *het artikel uit World Psychiatry van Jim van Os e.a.* En hoe bekend zijn *het dynamisch stress-kwetsbaarheid-model van Maarten Bak* en de 'tien geboden voor het goed onderscheiden van psychische klachten', zoals beschreven in het *Innovatief leerboek persoonlijke psychiatrie*? Zolang deze uitgangspunten niet heel breed regionaal geaccepteerd zijn, lijkt mij netwerkvorming gedoemd te mislukken.

Suggestie: bespreek met (regie)behandelaren het artikel uit *World Psychiatry* en breng bij iedereen in het netwerk de 'tien geboden voor het goed onderscheiden van psychische klachten' en het dynamisch stress-kwetsbaarheid-model onder de aandacht.

De tien geboden voor het goed onderscheiden van psychische klachten

1. Mensen kunnen van een psychisch gezonde staat overgaan naar een staat van psychisch onwelbevinden.
2. Psychisch onwelbevinden is meestal van voorbijgaande aard en wordt meestal opgelost op basis van eigen kracht of steun vanuit de directe omgeving, zonder professionele bemoeienis.
3. Psychisch onwelbevinden komt voort uit de interactie tussen een onderliggende kwetsbaarheid, persoonlijke beschermende factoren en de context van de persoon (kwetsbaarheid + beschermende factoren context).
4. De mate van kwetsbaarheid en functionaliteit van beschermende factoren wordt bepaald door onderliggende biologische, psychologische en sociale achtergrondmechanismen.
5. Het beloop van psychisch onwelbevinden is fluctuerend, waarbij perioden met (ernstige) klachten en relatief symptoomvrije perioden zich in meerdere of mindere mate afwisselen.
6. Er is een grote mate van variatie binnen en tussen personen in de ernst, de frequentie en impact (op het dagelijks leven) van psychisch onwelbevinden. De aard van de symptomen die daarbij op de voorgrond staan varieert mee.
7. Psychiatrische symptomen kunnen aanleiding geven tot dusdanig lijden en disfunctioneren dat een zorgbehoefte ontstaat, behoefte aan professionele hulp en zorg.
8. Periodes van onwelbevinden worden gekenmerkt door combinaties van onderling gerelateerde symptomen (zoals angst, piekeren, slapeloosheid, somberheid, anhedonie, manie, wantrouwen, stemmen horen, dwang, herbelevingen, depersonalisatie, derealisatie, vermijden, problemen met aandacht, concentratie of geheugen, lichamelijke klachten enzovoort.). Het symptoom dat het meest op de voorgrond staat is bepalend voor het vaststellen van een classificatie en een syndroom.
9. Er zijn 15 syndromen (groepen van met elkaar samenhangende symptomen) te definiëren: neurocognitief syndroom, angstsyndroom, posttraumatisch stress-syndroom, dwangsyndroom, depressief syndroom, somatisch symptoomsyndroom, bipolair syndroom, psychosesyndroom, dissociatief syndroom, slaap-waaksyndroom, interactiesyndroom, seksualiteitgerelateerd syndroom, impulscontrolesyndroom, eet- en voedingssyndroom en persoonlijkheidssyndroom.
10. Perioden van onwelbevinden resulteren meestal in processen van aanpassing. Het doel is om het evenwicht (tussen kwetsbaarheid en weerbaarheid) te herstellen en het gevoel van psychisch welbevinden terug te krijgen. Dergelijke verander- of groei-impulsen kunnen zowel plaatsvinden met als zonder professionele hulp.

De tien geboden, Innovatief leerboek persoonlijke psychiatrie.

HERSTEL EN POSITIEVE GEZONDHEID

Afgelopen decennia werd het begrip herstel steeds meer omarmd in de ggz. We moeten echter constateren dat het begrip veel hulpverleners en cliënten niet aanspreekt. Clienten zeggen dat het begrip is 'gekaapt' door de ggz. Ze vinden het onderscheid tussen persoonlijk, symptomatisch, functioneel herstel en maatschappelijk herstel, inclusief herstel van dagelijks functioneren, soms wat gekunsteld omdat die aspecten elkaar immers wederzijds beïnvloeden. Mij valt trouwens op dat de begrippen symptomatisch herstel en klinisch herstel vaak als synoniemen worden beschouwd. Dit terwijl in de Engelse en Amerikaanse literatuur met persoonlijk herstel het proces van de cliënt wordt bedoeld en met klinisch herstel het objectief meetbare resultaat bij de cliënt. Over talige verwarring gesproken. Zie Slade en Wallace 'Wellbeing, recovery and mental health'.

Overall wordt geworsteld met de vraag hoe herstel en **positieve gezondheid** samenhangen.

Waar, wanneer kies je voor (periodiek) herstelondersteunende intake? Waar, wanneer gebruik je (periodiek) het spinnenweb uit de **positieve gezondheid**? Ik bespeur en betreur soms een tendens om het herstelconcept te verlaten en helemaal op de toer van **positieve gezondheid** te gaan. Het begrip **positieve gezondheid** spreekt meer aan in de eerstelijnszorg en het sociaal domein. Het biedt immers duidelijk (mogelijkheden voor) een gemeenschappelijke taal. De herstelbeweging en het concept positieve gezondheid hebben veel overlap en versterken elkaar zeer krachtig.

Mijn suggestie: gebruik enkel de definitie van Anthony, die immers (inter)nationaal al het meest wordt gebruikt. Ik kom daar verderop op terug. Als hulpverleners moeten wij het woord herstel gepast en zeer behoedzaam gebruiken. Zie verder kernaanbeveling 1 op bladzijde 21 van dit document. Lees ook **De waardering van de zes dimensies van positieve gezondheid in de ggz.**

Spiritualiteit en religie van cliënten worden door hulpverleners en met name door psychiaters vaak verontachtzaamd. Ik herken dat van mezelf. Jim van Os noemt bijvoorbeeld sjamanisme in zijn Dies-rede.

TRAUMASPOREN EN CHILDHOOD ADVERSITY

In mijn afscheidscollage besteed ik geen aandacht aan behandeling in engere zin. Toch maak ik EEN uitzondering! Recent verscheen de negende druk van **Traumasporen van Prof. Dr. Bessel van der Kolk**. Een absolute aanrader! Lees in ieder geval de tips van Bessel van der Kolk en Judith Herman over hoe een trauma-anamnese af te nemen. Ik betreur zeer dat ik dat zelf nooit op zo'n prudente manier deed! In dit kader dient zeker ook het proefschrift van onderzoeker, psycholoog en ervaringsdeskundige Anne Marsman genoemd te worden. Zij schreef mee aan 'We zijn god niet', waar ik graag naar verwijs. Anne adviseert om niet alleen cognitief in te steken bij (trauma) behandeling en pleit dan ook voor meer inzet van lichaamsgerichte therapieën, aangeboden op basis en voorkeur en waarden van de cliënt. (Zie **hier** en zie ook **hier**).

ZINGEVING

De ideeën over gezondheid zijn de afgelopen jaren sterk veranderd. Gezondheid wordt meer en meer gezien als een middel om een betekenisvol leven te leiden. Machteld Huber, de grondlegger van het gedachtegoed van **positieve gezondheid**, noemt **zingeving** de sterkste kracht die gezondheid bevordert. In **A systematic review and meta-analysis of associated factors** noemen Leendertse e.a. empowerment, hoop en meaning in life als de drie belangrijkste dimensies van het CHIME-begrippenkader bij het ondersteunen van persoonlijk herstel. Ik verwijs ook graag naar het **Center for Meaning and Purpose van Colorado State University**. Mensen die zingeving ervaren zorgen meestal ook beter voor hun eigen lichamelijke gezondheid. Een Japanse studie toonde de beschermende werking van zingeving, c.q. een betekenisvol leven ten aanzien van hart- en vaatziekten. Zie **hier**.

Een aardige beschouwing over zingeving las ik in het artikeltje van [de Steven](#) en ik vind de column van Prof. R. Diekstra in het Brabants Dagblad van januari 2022, *'De beloning voor wat je doet in dit leven, is het leven zelf'*, [[PDF Droominterpretatie](#)] de spijker op de kop slaan.

En, natuurlijk: Meaning and purpose in life wordt expliciet genoemd in de definitie van herstel volgens William Anthony (1993) (zie verderop). De vragenlijst van M. Steger ([Colorado](#)) zou mijns inziens een prominente plaats in de hulpverlening (en daarbuiten) moeten innemen.

Vragenlijst 'Zinvol Leven' Nederlandse Versie van de MLQ (Steger, 2006)

(vertaald door M. van den Heuvel, Faculteit Sociale en Organisatie Psychologie, Universiteit Utrecht, m.vandenheuvel@uu.nl)

Neem even de tijd om na te denken over welke dingen u het gevoel geven dat uw leven belangrijk is en ertoe doet. Wilt u bij iedere uitspraak hieronder zo eerlijk mogelijk aangeven welk antwoord voor u het best passend is? Er zijn geen goede of foute antwoorden, het gaat om uw subjectieve ervaring.

Geheel mee oneens	Mee oneens	Enigszins mee oneens	Neutraal	Enigszins mee eens	Mee eens	Geheel mee eens
1	2	3	4	5	6	7

1. Ik begrijp de zin van mijn leven
2. Ik ben op zoek naar iets dat mijn leven zinvol maakt
3. Ik ben altijd op zoek naar de bedoeling van mijn leven
4. Mijn leven heeft een duidelijke betekenis
5. Ik heb een goed idee over wat mijn leven zinvol maakt
6. Ik heb een bevredigend levensdoel gevonden
7. Ik zoek altijd naar iets dat me het gevoel geeft dat mijn leven ertoe doet.
8. Ik zoek naar een doel of een missie voor mijn leven
9. Mijn leven heeft geen duidelijk doel
10. Ik zoek naar zin in mijn leven

Aanwezigheid van Zin & zoeken naar zin sub-schalen:

- Aanwezigheid / ervaring van zin: items 1, 4, 5, 6, & 9-reverse
- Zoeken naar zin: items 2, 3, 7, 8, & 10

Dat brengt mij op het volgende. Als meer en meer onderschreven wordt dat ernstige psychische aandoeningen zelden echt genezen kunnen worden, maar meer gezien dienen te worden als kwetsbaarheden, zoals ieder mens die heeft, en als de focus dient te liggen op het leiden van een betekenisvol leven, wat zijn dan de consequenties voor vorm en inhoud van de geestelijke gezondheidszorg en de maatschappij? Als ik lees over [GEM](#), [netwerkpsychiatrie](#) en [positieve gezondheid](#) vraag ik mij af of het gedachtegoed van het [Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation](#) niet een waardevolle bijdrage kan leveren aan het realiseren van deze zeer gewenste ontwikkelingen.

BOSTON CENTER FOR PSYCHIATRIC REHABILITATION

Allereerst wil ik [William Anthony](#) en [Marianne Farkas](#) wat uitgebreider aan jou voorstellen en doe ik je graag de suggestie aan de hand om de website van het [Boston Center for Psychiatric Rehabilitation](#) eens te bezoeken.

Ik wil je ook van harte aanbevelen om hun [handboek](#) te lezen en de oorspronkelijke Amerikaanse uitgaven van hun rehabilitatiemodulen in te zien. En om tevens kennis te nemen van hun publicaties over [herstelondersteunende competenties](#), leiderschap, implementatie van kernwaarden [[PDF Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs](#)] en de valkuilen bij implementatie van herstelondersteunende zorg. Lees ook eens [the Essential Guide to Psychiatric Rehabilitation Practice](#) en kijk naar de lijst van publicaties over rehabilitatie en herstelondersteunende zorg.

In het [Boston Center for Psychiatric Rehabilitation](#) werd het eerste recovery college ter wereld gevestigd. Ik geef in overweging gebruik te maken van hun consultatiediensten waarover op hun website te lezen valt. Daarbij denk ik met veel genoegen terug aan de periode van zo'n 20 jaar geleden waarin wij in het circuit Complexe en Langdurige Hulpvragen van de GGzE supervisie kregen van Marianne Farkas. Jammer genoeg werd de ontwikkeling afgeremd door allerlei factoren. Misschien een tweede poging wagen....?

Het werk van [Anthony](#) en Farkas in de afgelopen decennia ademt toch dezelfde sfeer als de eerdergenoemde, sterk overlappende bewegingen? Niet voor niets wordt de definitie van herstel uit [Anthony's baanbrekende artikel](#) wereldwijd geciteerd.

Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness.

Recovery from mental illness involves much more than recovery from the illness itself. People with mental illness may have to recover from the stigma they have incorporated into their very being; from the iatrogenic effects of treatment settings; from lack of recent opportunities for self-determination; from the negative side effects of unemployment; and from crushed dreams. Recovery is often a complex, time-consuming process.

Maar laten wij [het beroemde artikel](#) nog eens nader bestuderen. Anthony beschrijft [het Psychiatrische Rehabilitatie Model: de negatieve impact van een ernstige psychiatrische aandoening](#). Hij heeft het over stoornis/kwetsbaarheid, dysfunctie, beperking en maatschappelijk nadeel. (WHO spiegelbeeld: functies, activiteiten, participatie).

Table 1—The Psychiatric Rehabilitation Model: The Negative Impact of a Severe Mental Illness

Stages	I. Impairment	II. Dysfunction	III. Disability	IV. Disadvantage
Definitions	Any loss or abnormality of psychological, physiological, or anatomical structure or function	Any restriction or lack of ability to perform an activity or task in the manner or within the range considered normal for a human being	Any restriction or lack of ability to perform a role in the manner or within the range considered normal for a human being	A lack of opportunity for an individual that limits or prevents the performance of an activity or the fulfillment of a role that is normal (depending on age, sex, social, cultural factors) for that individual
Examples	Hallucinations, delusions, depression	Lack of work adjustment skills, social skills, ADL skills	Unemployment, homelessness	Discrimination and poverty

Adapted from: Anthony, W.A., Cohen, M.R., & Farkas, M.D. (1990). *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Anthony gebruikt de metafoer van de somatische revalidatie om het belang van psychiatrische revalidatie te verduidelijken. Ook in het [handboek](#) gebruikt hij deze metafoer. In Anthony's artikel uit 1993 wordt ook tweemaal het **service outcome schema (SOS)** beschreven.

Table 3: Focus of Mental Health Services

Recovery: Development of new meaning and purpose as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness.

Mental Health Services (and Outcomes)	Impact of Severe Mental Illness			
	<i>Impairment</i> (Disorder in Thought, Feelings, and Behavior)	<i>Dysfunction</i> (Task Performance Limited)	<i>Disability</i> (Role Performance Limited)	<i>Disadvantage</i> (Opportunity Restrictions)
Treatment (<i>Symptom Relief</i>)	✓			
Crises Intervention (<i>Safety</i>)	✓			
Case Management (<i>Access</i>)	✓	✓	✓	✓
Rehabilitation (<i>Role Functioning</i>)		✓	✓	✓
Enrichment (<i>Self-Development</i>)		✓	✓	✓
Rights Protection (<i>Equal Opportunity</i>)				✓
Basic Support (<i>Survival</i>)				✓
Self-Help (<i>Empowerment</i>)			✓	✓

Als impairment aangevuld wordt met kwetsbaarheid, als casemanagement nu caremanagement heet en als wellness/preventie als service wordt toegevoegd zoals Anthony later deed, is dat schema dan niet heel goed bruikbaar om zorgvraag en aanbod veel scherper dan nu op elkaar af te stemmen? (In dit kader wijs ik op een passage in de EPA-kwaliteitsstandaard. Het staat onder [organisatie-kwaliteit van zorg in paragraaf 6.5](#). Daar wordt de suggestie gedaan om een van het SOS afgeleid functioneel voorzieningschema te gebruiken. Dat zou volgens Akwa leiden tot betere afstemming van hulpvraag en aanbod op verschillende niveaus en tot een meer gemeenschappelijke taal). Dat willen wij toch domeinoverstijgend in de regio?

Maar hoe bruikbaar is dit schema uit [de Akwa-kwaliteitsstandaarden](#)? Wie gebruikt het? En als dit schema gebaseerd is op het service outcome schema van Anthony, waarom dan zo afwijkend van de schema's van Anthony en Farkas zoals beschreven in [The Essential Guide to Psychiatric Rehabilitation](#) (2012)? En waarom niet gebruik maken van het onderscheid: diagnose, planning, interventie?

Table 2—Essential Services in a Recovery-Oriented System

Service Category	Description of the Content in the Process	Consumer Outcome
Treatment	Alleviating symptoms and distress	Symptom relief
Crisis intervention	Controlling and resolving critical or dangerous problems	Personal safety assured
Case management	Obtaining the services consumer needs and wants	Services accessed
Rehabilitation	Developing consumers' skills and supports related to consumers' goals	Role functioning
Enrichment	Engaging consumers in fulfilling and satisfying activities	Self-development
Rights protection	Advocating to uphold one's rights	Equal opportunity
Basic support	Providing the people, places, and things consumer needs to survive (e.g., shelter, meals, health care)	Personal survival assured
Self-help	Exercising a voice and a choice in one's life	Empowerment
Wellness/Prevention	Promoting healthy lifestyles	Health status improved

Adapted from: Cohen, M., Cohen, B., Nemeo, P., Farkas, M., & Forbess, R. (1988). *Psychiatric rehabilitation training technology: Case management*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation and Anthony, W.A., Cohen, M.R., & Farkas, M.D. (1990). *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

CARE/CASE MANAGEMENT		
Assist in monitoring, planning, or linking a participant to a service that he or she wants or needs		
Diagnosing Phase	Planning Phase	Intervening Phase
Reviewing daily functioning	Formulating a service plan	Providing a care management service
Clarifying problems of participant	Supporting participant in the planning process	Linking to care services
Setting service goals		Monitoring care service use
Choosing strategies		
HEALTH AND WELLNESS		
Assisting a person to improve or maintain his or her health or wellness		
Diagnosing Phase	Planning Phase	Intervening Phase
Engaging participant in relationship	Formulating a health and wellness plan	Developing health behaviors
Assessing fitness status	Supporting participant in planning process	Developing resources to support health behaviors
Developing readiness for fitness		Supporting the use of health behaviors
Setting health and wellness goals		
ENRICHMENT SERVICES		
Providing or engaging the participant in activities that enhance her or his lifestyle and quality of life		
Diagnosing Phase	Planning Phase	Intervening Phase
Identifying enrichment needs and values	Scheduling enrichment activities	Delivering enrichment activity
Evaluating enrichment options	Supporting person's participation in planning activities	Accompanying to enrichment activity
Choosing enrichment activities		Supporting participation in enrichment activity

Opmerking

- 1) het is belangrijk services conceptueel te onderscheiden om ze vervolgens te kunnen integreren.
- 2) het schema onderscheidt conceptueel hulpverleningsdiensten, maar geen hulpverleners. Degene die wij behandelaar noemen kan allerlei services bieden, alhoewel diens primaire taak bij het verminderen van symptomen ligt (behandeling in engere zin).

Een RACT-medewerker heeft een caremanagementfunctie: hij brengt de cliënt in contact met de services die de cliënt nodig heeft, maar idealiter biedt de RACT-medewerker de services zoveel mogelijk zelf. **Let op: het schema suggereert *niet* een makelaarsmodel van caremanagement.**

Drie voorbeelden

1. Een RACT-medewerker ziet dat een cliënt manisch ontregeld raakt (behandeling: diagnose) en plant een afspraak bij de psychiater (behandeling: planning).
2. Een RACT-medewerker bemerkt dat haar cliënt wensen heeft op het gebied van wonen, werken, leren, sociale contacten. De cliënt kiest ervoor om in eerste instantie te werken aan een doel op het gebied van werk. Op coachende wijze brengt de medewerker samen met haar cliënt in kaart dat de cliënt ready, doelvaardig, is om een doel te stellen op het terrein van werk. Zij coacht de cliënt bij het vertalen van een wens naar een duidelijk omschreven rehabilitatiedoel (rehabilitatie: diagnose).
Zij kan zelf het rehabilitatietraject van de cliënt verder coachen (planning en interventie), maar ze kan de cliënt, in goed overleg met hem, ook verwijzen naar een IPS-programma waar idealiter ook de IRB-gesprekstechnologie geïntegreerd is.

3. Een patiënte lijdt erg aan depressie bij onderliggende traumaproblematiek. Ze heeft veel financiële problemen door de toeslagenaffaire en dreigt haar baan als ziekenverzorger te verliezen. (Dit kwam aan de orde bij het bespreken van de zes dimensies van het spinnenweb van **positieve gezondheid**).

De patiënte/burger kiest ervoor om geholpen te worden bij het verminderen van symptomen en bij het behouden van haar baan. Die baan is immers van grote betekenis in haar leven: zingeving. Als burger heeft ze een zeer duidelijk 'behouddoel'. Ze kiest een rehabilitatiewerker uit die haar kan coachen bij haar individuele rehabilitatietraject. Deze coach helpt haar uit te zoeken welke vaardigheden ze nodig heeft om haar baan te behouden: welke vaardigheden heeft ze al, welke aanwezige vaardigheden gebruikt ze niet en welke vaardigheden moet ze aanleren om het behouddoel te bereiken? En ook: welke hulpbronnen komen hier van pas? Welke zijn er of moeten gecreëerd worden om het behouddoel te bereiken? Wellicht wil ze een coach die zonnig pleitbezorger voor haar is: een rehabilitatiewerker die getraind is in 'band-schep'vaardigheden zoals 'parafraseren', 'van mening verschillen' en 'inspireren'.

Tegelijkertijd wil de patiënte in haar ook vermindering van symptomen. De taak van de behandelaar is in eerste instantie het verminderen van symptomen en lijdensdruk bij de patiënt: het bieden van de service 'behandeling'. De behandelaar biedt deze behandeling, na diagnose en planning, in de vorm van cognitieve therapie, medicatie, EMDR, lichaamsgerichte therapie bij trauma, etc.: interventie.

Samengevat

Het lijkt me heel nuttig om in kaart te brengen wat de beoogde uitkomst van onze activiteiten, hulp, afdelingen en programma's zijn. En welke services regionaal gewenst zijn. Waar ontbreekt het aan? Welke zijn overbodig?

Zonder volledigheid te suggereren: bij de gewenste uitkomst 'vermindering van symptomen en lijdensdruk' is de service behandeling, o.a. via zelfmanagement, temstemgebruik, de Groningse lijst 'Omgaan met stemmen horen', stemmenhoordersgroepen, Liberman-modulen 'Omgaan met psychotische symptomen' 'Omgaan met verslaving', een ECT, etcetera.

(We weten dat het krijgen van een fijne baan ook een positief effect kan hebben ten aanzien van psychische symptomen, maar het is daarmee nog geen behandelinterventie).

Is de gewenste uitkomst gericht op het oplossen van problemen bij participatie en het bereiken van echt zelf gestelde doelen op het gebied van wonen, werken, leren, sociale contacten, relaties, financiën, dan is de service rehabilitatie geïndiceerd: bijvoorbeeld, IRB, IPS, Liberman-modulen 'Omgaan met werk', 'Omgaan met vrije tijd' e.d.

Is de gewenste uitkomst 'ik wil evenveel recht hebben als ieder ander', dan is de service 'rechtsbescherming' geïndiceerd. Dan is informatie over bijvoorbeeld (het inschakelen van) vertrouwenspersonen, de klachtencommissie en de rechter van belang.

Is de gewenste uitkomst 'ik wil gezond leven', dan is de service wellness and prevention geïndiceerd. De service kan dan bijvoorbeeld bestaan uit leefstijlinterventies, het zorgvuldig screenen op metaboolsyndroom en dergelijke.

Ik wil nogmaals benadrukken dat het een conceptueel onderscheid betreft en dat er interactie-effecten zijn tussen de services. Geen enkele service is belangrijker dan een andere. Idealiter kiest de cliënt ervoor bij welke behoefte hij het eerst hulp nodig heeft.

Bijna altijd zijn dat meerdere services naast elkaar. Alleen op een HIC is het mijns inziens te rechtvaardigen dat het primaat ligt bij de services crisisinterventie en behandeling.

Ik wil het begrip 'empowerment' apart benoemen.

Recovery colleges, **PsychoseNet**, en **RACT** worden met name genoemd bij het verhogen van empowerment. Ik schat in dat recovery colleges en **PsychoseNet** ook veel betekenis hebben voor andere beoogde uitkomsten, maar het is niet aan mij om daar iets over te zeggen.

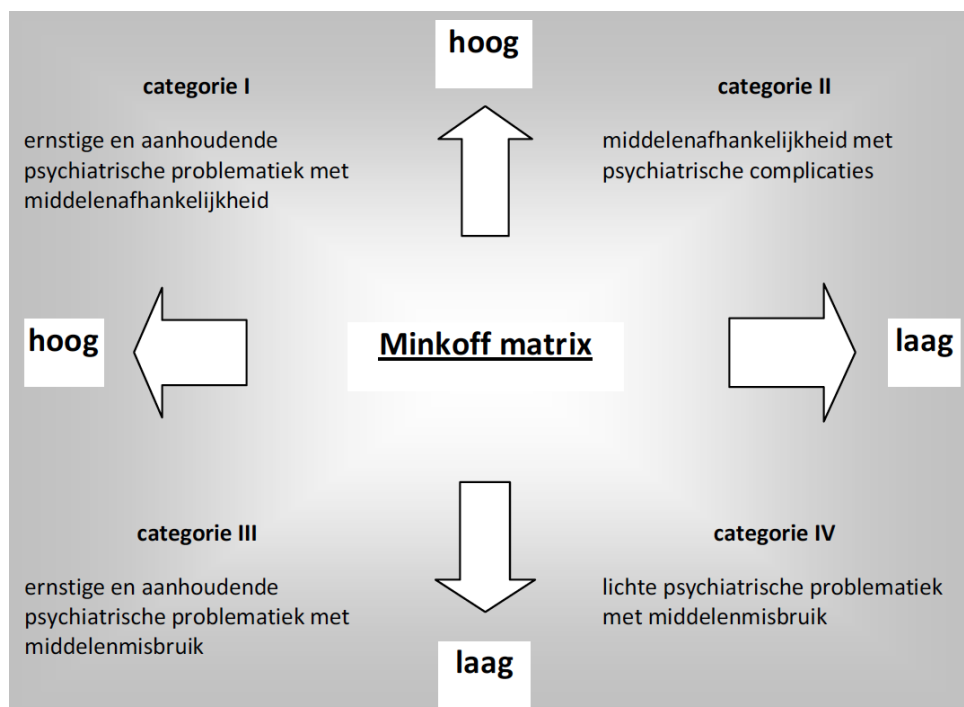
Suggesties

- Ontwerp een regionaal domeinoverstijgend, service outcome schema/functioneel voorzieningschema. Hierbij wil ik opmerken dat de versie uit de Akwa-kwaliteitsstandaard EPA mijns inziens niet helder is.
- Train hulpverleners uit het hele netwerk in dat schema.
- Maak met behulp van dat schema een 'röntgenfoto' van datgene wat er al in de regio aan services is en vul de ontbrekende services aan.

Relatie met verslavingszorg

Regelmatig zag ik behandelplannen waarin ook de verslavingszorg werd genoemd. Mij werd niet altijd duidelijk welke service met welk beoogd resultaat op welk moment geleverd zou gaan worden aan de cliënt. Voor alle services geldt dat zij te onderscheiden zijn in drie fasen: diagnostiek, planning en interventie. De inhoud en het beoogd resultaat van de services verschillen. Wordt een cliënt verwezen naar verslavingszorg voor afhankelijkheidsdiagnostiek of voor specifieke behandelinterventies ter vermindering van symptomen? Of, in geval van nood, om veiligheid te waarborgen via de service crisisinterventie? Of ter behandeling van onderliggende traumaproblematiek waarvan bekend is dat die vaak tot alcohol- en/of drugsmisbruik kan leiden?

Meer dan eens kreeg ik de indruk dat verwijzingen over en weer (ping-pongtherapie) eerder lijken voort te komen uit handelingsverlegenheid dan dat er sprake is van een scherpe vraagstelling. Het Kwadrant van Minkoff en het artikel van Gagne, White en Anthony [[PDF Recovery: A Common Vision for the Fields of Mental Health and Addictions](#)] laten zien hoe zeer de gebieden van ggz en verslavingszorg elkaar overlappen. Hoe logisch is het dat het aparte sectoren en organisaties zijn? En als, met recht, het belang van regionale netwerken zo groot wordt geacht, hoe zinnig is het dan om cliënten tijdelijk te verwijzen naar voorzieningen buiten de eigen regio, tenzij met een heel scherp omschreven vraagstelling en de garantie dat een RACT-team de relatie met eigen regio waarborgt?



Erasmus MC
2006

Dezelfde opmerkingen zijn te plaatsen bij alle supraregionale voorzieningen. Het viel mij bijvoorbeeld op dat in de Woenselse Poort de contacten met de regio van herkomst van de cliënt vaak te wensen over lieten, ondanks oprechte contactpogingen van de kant van de Woenselse Poort-medewerkers. Zelfs bij autochtone Eindhovenaren leek de kloof tussen de Woenselse Poort en regionale netwerken soms nauwelijks te overbruggen. Hoe subsidiair, proportioneel en doelmatig is een Wvggz-maatregel dan?

Valkuilen bij het ontwerpen van ggz-systemen

In het **handboek** wordt beschreven welke valkuilen bij het plannen van ggz-systemen zoal berucht zijn. Bijvoorbeeld gebrek aan waarden en gebrek aan focus op doelen van cliënten zelf. Vaak worden systeemdoelen geformuleerd, zoals kostenbeheersing en ambulantisering, maar geen cliënt outcome doelen. Anthony e.a. noemen ook gebrek aan focus op de behoeften van de cliënt en gebrek aan voldoende variatie in de intensiteit van de interventies. Cliënten willen soms heel veel behandeling, soms 24-uursbegeleiding, maar ze willen in sommige perioden ook met rust gelaten worden. Ook benoemen Anthony e.a. in het **handboek** dat bij het ontwerpen van ggz-systemen - laat staan bij regionale domeinoverstijgende netwerken - vaak niet duidelijk is wie welke interventies in welke omgeving en met welk doel biedt. Ze constateren ook dat er vaak gebrek is aan hoop.

Value based werken

In 2005 publiceerden Marianne Farkas en William Anthony samen met de bekende ervaringsdeskundigen Cheryl Gagne en Judi Chamberlin het artikel 'Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions' [[PDF Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs](#)]. Het artikel benoemt vier recovery kernwaarden die herkenbaar dienen te zijn in missie, richtlijnen, procedures, dossiervoering, kwaliteitsbeleid, fysieke omgeving, netwerken en personeelsbeleid van een organisatie wil die organisatie herstelondersteunend werken: *person oriented, involvement, self determination en growth potential*.

Ze benadrukken dat organisaties niet gebaseerd moeten zijn op waarden die gefocust zijn op hoe wij het systeem willen veranderen, maar op doelen/uitkomsten die de cliënten willen bereiken. Ik verwijs graag naar bijgaand diagram om op speelse wijze waarden te implementeren.

Dit diagram gebruikte ik zo nu en dan bij teams en op afdelingen. Verticaal zie je de vier kernwaarden. Horizontaal een Likertschaal. Ben je ontevreden, tevreden of zeer tevreden als je gevraagd wordt of de betreffende kernwaarde merkbaar is in jouw team?

	DISSATISFIED	SATISFIED	VERY SATISFIED
→ PERSON ORIENTED			
ENVIRONMENTAL SPECIFICITY			
FUNCTIONING			
→ INVOLVEMENT			
INDIVIDUALIZATION			
→ SELF-DETERMINATION			
OUTCOME-ORIENTATION			
SUPPORT			
→ GROWTH POTENTIAL			
OTHERS			

Van deze rehabilitatiewaarden worden vier waarden door cliënten beschouwd als kernwaarden voor herstel: person oriented, involvement, self determination en growth potential.

Leg de lijst daarna voor aan cliënten en familieleden van cliënten. Het is schokkend te ervaren hoe groot de verschillen in perceptie zullen zijn. Ik besef heel goed dat er veel minder te kiezen valt dan menig cliënt zou willen. Maar met besef hiervan en bereidheid tot verandering blijkt er vaak toch meer mogelijk dan gedacht. Met teams die echt gemotiveerd waren op dit vlak bedachten we manieren om die waarden meer te doen leven: hoe kunnen we keuzemogelijkheden vergroten, hoe kunnen we de cliënt meer betrekken bij van alles op de afdeling, etc?

Waarom is het verschijnsel 'aparte toiletten voor cliënten en personeel' nog niet overal uitgestorven? Marianne Farkas spreekt van 'bathroom apartheid'. Geen 'person orientation'! Anthony schreef een kraakhelder artikeltje 'the principle of personhood'. Dit pamflet zou bij alle medewerkers aan de muur moeten hangen.

Editorial: The Principle of Personhood: The Field's Transcendent Principle

William A. Anthony

As one who has done his share of suggesting principles to guide our efforts in serving people with severe mental illnesses, I was thinking about the fact that I could not remember all the principles my colleagues and I have suggested over the years.

Some of the names of these principles that come immediately to mind are such principles as person involvement, growth orientation, hope, self-determination and choice. My next problem was I could not perfectly recall the definitions of the several principles that I could remember! If I could not remember all these important principles and their definitions, then how could these principles serve as my ready guide?

My just diagnosed deficit in "remembering key principles" had me thinking further. Is there not just one simple principle that transcends all these others, a superordinate principle from which all other principles emanate? I think there is, and it is the principle of personhood. The personhood principle is defined simply as, "people with severe mental illnesses are people." I know what some of you are saying to yourself. "Duh—this is too simple and obvious... and besides we already know about applying this principle to what we do."

I think not. Recently I was reading an excellent article in this Journal and a certain sentence grabbed at my throat. "What may be particularly striking about the findings of this study is that Aristotle's insight about the necessity of friendship appears just as relevant to those of us with psychiatric disabilities as to anyone else" (Davidson et al., 2001, p. 290). What is even more striking to me is that more than 2000 years after Aristotle's comments, our field finds this notion a revelation! A revelation not unlike the surprise when we learned that many people with severe mental illnesses wanted to work, or set their own goals, or fall in love.

If we as a field are guided by the principle of personhood, then all these other principles fall into place. Of course people want to self-determine their own goals, be involved in their own lives, believe in their own capacity to grow, and have hope. These are the ingredients of human nature, and once we see people with severe mental illnesses as humans, we will be more likely to abide naturally by all these other principles. It must no longer be striking when we find out that people with psychiatric disabilities want the same things that most people want, i.e., meaningful work, a decent place to live, and friendship. If the principle of personhood can transcend all of our research, training, and services, good things will follow.

Anthony, W. A. (2004). [The Principle of Personhood: The Field's Transcendent Principle](#). *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(3), 205.

Uiteraard dienen ook de begrippen uit het **CHIME-kader** ruime aandacht te krijgen. Lees het artikel van Van Os, Van Delden en Boevink. Hiervóór noemde ik al enige voorbeelden. Anthony en Farkas beschreven ook een rijtje rehabilitatiewaarden waarvoor ik weer verwijs naar het **handboek**. Mijns inziens echter liever vier kernwaarden goed implementeren dan tien waarden niet.

Tabel 1. CHIME-begrippenkader van herstel

Begrippen	Beschrijving	Elementen
Verbondenheid	Het hebben van goede relaties en op een positieve manier verbonden zijn met andere mensen.	Peer-support en steungroepen; steun van anderen; gemeenschap.
Hoop en optimisme	Het hebben van hoop en optimisme dat herstel mogelijk is en relaties hebben die dit ondersteunen.	Motivatie om te veranderen; positief denken en het waarderen van succes; dromen en aspiraties hebben.
Identiteit	Herwinnen van een positief gevoel van eigenwaarde en identiteit en het overwinnen van stigma.	
Betekenis	Een zinvol en doelgericht leven leiden, zoals gedefinieerd door de persoon (niet door anderen).	Betekenis in mentale 'ziekte-ervaring'; spiritualiteit; zinvol leven en sociale doelen.
Empowerment	Het hebben van controle over het leven, het focussen op sterke punten en het nemen van persoonlijke verantwoordelijkheid.	

Dignity of risk

Met nadruk wil ik *'dignity of risk'* benoemen. Dit valt onder de kernwaarde keuzevrijheid. In mijn werkzaamheden als onafhankelijk psychiater had het bij de beoordeling van de noodzaak tot zorgmachtiging best een flink verschil gemaakt als alle netwerkpartners deze kernwaarde echt omarmd hadden! Dan had ik in goed overleg met personen uit de resourcegroep en het netwerk een zorgvuldiger afweging kunnen maken over het nemen van risico's. Ik geef graag mondeling toelichting aan de hand van voorbeelden.

De Individuele Rehabilitatie Benadering

Als docent bij stichting R92 laad ik uiteraard de verdenking op mij als ik me enthousiast uitlaat over de rehabilitatietechnologie van 'Boston', in Nederland de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) genoemd. Mijns inziens zijn nut en noodzaak van het gebruik van IRB nog nooit zo groot geweest als in deze tijd. De IRB helpt mensen doelen te bereiken op het gebied van wonen, werken, leren, sociale contacten, financiën, ouderschap, adl en relaties. De IRB helpt mensen uit te zoeken op welk terrein ze de meeste behoefte hebben aan verandering/behoud van rollen (veranderdoel of behouddoel).

Regelmatig blijkt binnen IRB-begeleidingstrajecten dat mensen in eerste instantie kiezen voor bijvoorbeeld een doel op het gebied van werk, maar dat gaandeweg duidelijk wordt dat een andere wens - bijvoorbeeld op relatiegebied - veel sterker is. De IRB-modulen besteden ook aandacht aan 'band-schep'vaardigheden: parafraseren, van mening verschillen, inspireren, en in kaart brengen welke contactstijl de beste klik geeft tussen cliënt en coach. Zo kun je als begeleider zonnig je stijl aanpassen of iemand laten begeleiden door een collega met een andere contactstijl dan dat jij hebt. De Individuele Rehabilitatie Benadering besteedt veel aandacht aan het steeds maar weer koppelen van interventies aan het zelfgekozen doel van cliënten. *"Jij wilt graag over drie maanden gaan werken als barista in dat bedrijf. Wij gaan samen uitzoeken wat je daarvoor moet kunnen, welke vaardigheden je al hebt, welke je al hebt maar niet spontaan gebruikt en welke vaardigheden je moet leren. En we gaan uitzoeken welke hulp jij nodig hebt."*

Vervolgens waar nodig vaardigheden leren die noodzakelijk zijn om het doel te bereiken. Waar nodig hulpbronnen inschakelen. Waar nodig zal de rehabilitatiewerker pleitbezorger zijn voor de cliënt en pleiten voor nieuwe hulpbronnen. Voor beschrijving van de technologie verwijs ik naar de website van R92, naar de website van Movisie, naar de **Primer on the Psychiatric Rehabilitation Process [PDF]**, een hoofdstuk in het **Innovatief leerboek persoonlijke psychiatrie** en naar het

Handboek Rehabilitatie voor Zorg en Welzijn. Ik vind het een gemis dat maar weinig mensen de oorspronkelijke Amerikaanse modules goed bestudeerd hebben. Dat adviseer ik van harte. Ik verwijs naar **The Essential Guide to Psychiatric Rehabilitation**. Ik verwijs naar het **handboek**. Ik verwijs naar **Sarita Sanchez van het Trimbos-instituut**. Ik verwijs naar de zeer lezenswaardige **werkautobiografie van Jos Dröes** die onlangs is verschenen. Jos is de Nederlandse IRB-pionier en ook een van de boegbeelden van de Nederlandse herstelbeweging. Hij schrijft eerlijk en open over zijn ontwikkeling van klassiek psychiater naar rehabilitatie- en herstelexpert. Hij beschrijft hoe programma's als **Illness Management and Recovery (IMR)** en **Flexible Assertive Community Treatment (FACT)** zich verhouden tot de gesprekstechnologie van de IRB. Hij noemt ook een aantal redenen waarom de implementatie van de IRB afgelopen decennia helaas moeizamer is verlopen dan gehoopt. Voor mij is dat zeer herkenbaar en ik heb meerdere toevoegingen....

Mijn stellige overtuiging is dat de Individuele Rehabilitatie Benadering een uitstekende gesprekstechnologie is om mensen te helpen bij het vertalen van wensen in concrete levensdoelen, of die nu zijn uitgezocht via IRB of het spinnenweb van de **positieve gezondheid** of wat dan ook. Je dromen najagen, een betekenisvol leven leiden, zingeving, dat is toch waar het om draait! Graag wil ik met jou, Joris, mijn eigen ervaringen delen om mijn enthousiasme toe te lichten.

Suggesties

- Implementeer de IRB modelgetrouw. Bepaal duidelijk wie, met welk doel tot welk niveau getraind worden (**exposure, experience, expertise, embedding**). Pas functieomschrijvingen van medewerkers aan. Geef hen de benodigde tijd en bied hen werkbegeleiding aan!
- Gebruik het al eerder genoemde service outcome schema/functioneel voorzieningschema om conceptueel de service rehabilitatie te onderscheiden van andere services - zoals behandeling - om het schema in de praktijk te integreren. Implementeer de eerder genoemde rehabilitatiekernwaarden.
- Zorg ervoor dat organisatie, dossiervoering e.d. compatibel zijn met de implementatie van de IRB.
- Laat inhoudelijk leiders zoals directeurs Behandelszaken en regiebehandelaren hun (al dan niet aanwezige) commitment met de IRB klip en klaar uitspreken. Liever een overduidelijke afwijzing van de implementatie van de IRB dan halfslachtig gedogen door inhoudelijk leiders waardoor het aanvankelijke enthousiasme bij getrainden allengs wegwijnt.

Ik wijs in deze op de belangrijke rol die psychiaters kunnen spelen. De NvVP publiceerde in maart 2018 een handreiking voor psychiaters over hun rol in de nieuwe ontwikkelingen: De psychiater komt over de brug'. [[PDF De-psychiater-komt-over-de-brug](#)] In deze handreiking wordt meerdere malen geadviseerd de IRB te gebruiken en dat gebeurt ook in meerdere, zowel diagnosespecifieke als generieke zorgstandaarden.

Ik las onlangs het relaas van een kinderarts uit het Erasmus MC. Zij wilde zich aanvankelijk specialiseren in infectieziekten, maar in een coachingstraject kwam ze erachter dat kinderhematologie nog beter bij haar paste. Het 'Challenge & Support'-project lijkt in de grote behoefte van vakgroepen, specialisten (in opleiding), geneeskundestudenten en verpleegkundigen te voorzien. Als dit zo gewaardeerd wordt bij mensen die meestal redelijk gezond en hoog opgeleid zijn, moeten wij dan niet minstens hetzelfde bieden aan mensen die kampen met aandoeningen/ kwetsbaarheden/dysfuncties, beperkingen en maatschappelijke nadelen als armoede en stigma? Ik zie de IRB als een prachtig middel om cliënten, maar ook medewerkers te coachen. Wat zijn jouw waarden? Ervaringen analyseren! Wat waren kenmerken van jouw woon-, werk- en leeromgeving in de afgelopen jaren (mensen, locatie, activiteiten)? Welke gevoelens heb je daarbij en waarom? Persoonlijke criteria afleiden! (Ik denk overigens dat dit soort vragen die teruggaan in de tijd op een heel prudente manier mensen kan uitnodigen te vertellen over bijvoorbeeld adverse childhood experiences (ACE).

Ik heb fijne herinneringen aan de keren dat ik met cliënten aan de hand van IRB-vragenlijstjes duidelijk probeerde te krijgen wat hun waarden waren. Maar het omgekeerde was ook nuttig en soms confronterend.

Voorbeeld

Aan de hand van een lijstje van 25 waarden had ik een cliënt gevraagd zijn vijf belangrijkste waarden aan te kruisen, terwijl ik dat ook zou doen. Zijn waarden dus. Ik had drie van zijn aangekruiste waarden goed ingeschat. Vervolgens draaiden wij de rollen om. De cliënt had drie van mijn vijf aangekruiste waarden goed ingeschat. Eén waarde had hij wel en ik niet ingevuld over mij: status! "Ja, Remy, als jij psychiater bent, clusterhoofd en eerste geneeskundige, dan vind jij status best belangrijk!" Tja, nooit zo bekeken, maar wel herkenbaar.... Kortom, IRB: van harte aanbevolen, ook in het kader van het optimaliseren van de zes dimensies van het spinnenweb.



BEHANDELING IN BREDE ZIN EN BEHANDELING IN ENGERE ZIN

Als ik naar een orthopedisch chirurg ga, kan het zijn dat deze mij onheus bejegt/behandelt en dat de verpleging mij onvriendelijk te woord staat. Ik voel mij dan slecht behandeld in brede zin. Maar het resultaat van de operatie kan desondanks uitstekend zijn (behandeling in engere zin). Door het zeer grote belang van a-specifieke factoren is deze scheiding in de ggz lastig te maken. De psychiater wordt gezien als eindverantwoordelijk voor de behandeling 'in engere zin'. Hij wordt vaak ook als eindverantwoordelijke gezien voor de totale behandeling 'in brede zin': bejegening, behandeling in engere zin, meerdere andere services zoals crisisinterventie, rehabilitatie, wellness en preventie (somatic), rechtsbescherming, caremanagement en aspecten van basic support. Wat basic support betreft: is de psychiater in loondienst bij dwangontslag van een patiënt de aangewezen persoon om onderdak te garanderen??? Of dit terecht is of niet is een andere discussie die ook regionaal gevoerd moet worden. Vooralsnog ben ik van mening dat de gemiddelde psychiater zich harder moet maken voor implementatie van de IRB dan hij/zij tot nu toe doet, gezien bovengenoemde handreiking. En waarom kreeg het rapport van de Gezondheidsraad 2014 zo weinig aandacht? In dit rapport werden IPS en IRB geadviseerd als participatiebevorderende interventies.

Ik geef nu het woord graag aan Geraldien van Dijk die uit eigen ervaring vertelt over de Commissie Dannenberg en hoe opnieuw een systeemdoel leidend is in plaats van een client outcome doel. Zij adviseert via de IRB-bril met cliënten te spreken over wat zij werkelijk wensen en als doelen willen bereiken dan wel willen behouden.

► RAPPORT COMMISSIE DANNENBERG EN DE IRB VANUIT ERVARINGSDESKUNDIG PERSPECTIEF

Ik maak graag gebruik van de gelegenheid om voor Remy's afscheidscollage mijn mening, als verplegingswetenschapper, ervaringsdeskundige en pas afgestudeerde IRB Expert, op papier te zetten m.b.t. het advies van de Commissie Dannenberg.

Het zorglandschap is in 2015 drastisch veranderd en in het bijzonder rondom beschermd wonen. Waren mensen met psychische en/of psychosociale problematiek vooral te vinden in beschermdewoonvoorzieningen, nu is het uitgangspunt dat er maatschappelijk geparticipeerd moet worden. In het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Participatiewet wordt gesproken in termen van burgerschap, eigen kracht en regie, versterking van sociale netwerken en steunstructuren.

In dit kader heeft de Commissie Dannenberg het adviesrapport 'Van beschermd wonen naar beschermd thuis' geschreven. De commissie adviseert om sociale inclusie te bevorderen en mensen met een psychische en psychosociale kwetsbaarheid zoveel mogelijk te huisvesten in de wijk met begeleiding aan huis. Ook wel beschermd thuis genoemd. Beschermd wonen zal in de toekomst alleen nog goedgekeurd worden voor een kleine groep mensen die echt niet zonder permanente aanwezigheid van een begeleider kunnen.

Op zich is het een hele hoopvolle ontwikkeling om zo normaal mogelijk te kunnen wonen waar je wilt en in de maatschappij te kunnen functioneren zoals je wilt. Dat is wat ieder mens wil: ergens bijhoren en mee kunnen doen. Maar vanuit mijn ervaringsdeskundigheid als bewoner van een beschermde woonvorm ervaar ik ook de knelpunten van dit advies in de praktijk.

Het mag duidelijk zijn dat het hier een systeem outcome doel betreft. De overheid bepaalt immers dat zelfstandig wonen in een reguliere woonwijk mogelijk en zelfs noodzakelijk is voor sociale inclusie. Dit gaat voorbij aan de wensen en behoeften van deze kwetsbare mensen. Het advies is opgesteld voor mensen met verschillende problemen: er wordt geen duidelijk beeld geschetst van de uitwerking op individueel niveau. En het rapport is geschreven als uitgangspunt voor een financieel verdeelmodel en gemeentelijke samenwerking. Plat gezegd gaat het niet om individuele mensen maar om hoe met minder geld zorg en begeleiding geboden kunnen worden.

Dit alles staat haaks op de herstelgedachte, zoals geformuleerd door Anthony. Hij beschrijft herstel als een persoonlijk en individueel proces waarvan de uitkomst van te voren niet vaststaat.

In het rapport is er geen ruimte voor het individu terwijl elk herstelproces anders verloopt en op een andere manier gefaciliteerd moet worden. Verder is de uitkomst van het proces, zelfstandig wonen, al vastgesteld. Alleen de weg ernaartoe moet nog uitgewerkt worden. Hoop en optimisme zijn belangrijk om te kunnen herstellen, dit motiveert tot verandering.

In de praktijk heeft het rapport juist veel angst en onrust veroorzaakt, ook bij mij, wat leidde tot grote weerstand. Ik kan me nog goed herinneren dat begeleiders, na de lezing van 'Dannenberg', vertelden dat uiteindelijk 70% van de bewoners die beschermd wonen, waartoe ik ook behoorde, op zichzelf moesten gaan wonen. Hierdoor kwam de vertrouwensband met de begeleiders onder druk te staan. Terwijl juist een vertrouwensband en een goede samenwerking voorwaarden zijn om te kunnen werken aan herstel. Dit geldt ook voor een stabiele en veilige basis. Dit betekent voor mij en velen met mij dat de stabiele en veilige basis die het beschermd wonen biedt, juist bijdraagt aan herstel waardoor ik in staat ben om te participeren in de maatschappij.

Dannenberg verwacht dat er door meer en betere herstelmogelijkheden maar weinig mensen binnen beschermd wonen vanuit de Wmo naar de Wet langdurige zorg (Wlz) zullen verhuizen. Maar de vele publicaties over de grote toestroom naar de Wlz begin dit jaar en de omgekeerde beweging van cliënten vanuit ambulante wonen naar beschermd wonen bewijzen dat de visie in dit rapport voor een grote groep mensen die nu beschermd woont, een utopie is.

De jaarlijkse keukentafelgesprekken vanuit de Wmo, waarin je als cliënt moet aantonen dat je je voldoende ingezet hebt om doelen te behalen, en de angst om je indicatie te verliezen ondermijnen het gevoel van autonomie en competentie. De druk vanuit de gemeente om zelfstandig te gaan wonen ondermijnt het gevoel van controle hebben over je leven. Je wordt gedwongen verantwoording af te leggen waarom je zorg in een beschermde woonvorm nodig hebt. Daarnaast wordt er een groot beroep gedaan op de sociale omgeving terwijl juist deze kwetsbare groep mensen bijna geen sociaal netwerk heeft om op terug te vallen. Dit is ook voor velen, inclusief mijzelf, de reden om in een beschermde woonvorm terecht te komen. Herstel is ook je verbonden voelen met anderen. Dit bereik je niet door deze kwetsbare mensen in een maatschappij te plaatsen die hier nog niet klaar voor is. De vele nieuwsberichten over verwarde mensen die overlast veroorzaken of die gevaarlijk gedrag vertonen, dragen hier niet positief aan bij.

Ik heb zelf vijf jaar in een beschermde woonvorm gewoond, waar ik na een crisisopname werd geplaatst omdat "hier een plek vrij was". Ik had nog nooit van de plaats gehoord waar de woonvorm stond. Ik woonde op 40 km afstand van mijn partner en sociale contacten. Het zorgaanbod sloot aan bij wat ik nodig had maar ik had geen aansluiting bij de medebewoners. In de vijf jaar dat ik daar woonde, heb ik veel gesprekken gevoerd in mijn zoektocht naar een woning in de buurt van mijn vriend en mijn sociale netwerk, en de ondersteuning die ik nodig had. Het was een tijdrovende en frustrerende zoektocht. De maatwerkconstructie zoals door de Commissie Dannenberg bedacht, bleek vooral door bezuinigingen in de praktijk niet realiseerbaar. Ook de samenwerking tussen de verschillende organisaties was nog niet van de grond gekomen.

Behalve ik ervaren veel mensen grote problemen bij het verkrijgen van de gewenste woonsituatie met voldoende ondersteuning. Enerzijds omdat het aantal plekken in beschermde woonvormen afgebouwd wordt, anderzijds omdat er onvoldoende financiële middelen zijn om een maatwerkconstructie van ambulante begeleiding te creëren. Uit een onderzoek onder leden van het Platform Mind GGZ 2019 bleek ook dat intensieve thuiszorg nog onvoldoende van de grond kwam, continuïteit van zorg onvoldoende kon worden gewaarborgd, zorg en participatie vaak slecht op elkaar aansloten en cliëntondersteuning ontbrak of dat ondersteuning niet bij de doelgroep paste. Hieruit blijkt dat het advies eerder heeft geleid tot verschraving van de zorg dan tot verrijking.

Sinds een jaar woon ik in een beschermde woonvorm in de plaats van mijn voorkeur. Maar per 1 januari van dit jaar heeft de overheid voor cliënten met een Wlz-indicatie besloten om kleinere woonvormen, zoals die waar ik woon, niet meer beschermd wonen te noemen maar beschermd thuis. We wonen op dezelfde plek en krijgen dezelfde begeleiding maar de leveringsvorm is omgezet naar een volledig pakket thuis. Dit betekent dat wonen en zorg gescheiden worden en ik nu, naast een eigen bijdrage aan het CAK, huur moet betalen aan de organisatie die mij begeleidt. De organisatie mag zelf de hoogte van de huur bepalen. Naast de stress van het regelen van de financiën zijn we er financieel zóveel op achteruit gegaan dat ik, en velen met mij, een beroep moet doen op de voedselbank. En hier hebben we niet voor gekozen. Wat is dan wel een goede manier?

Doel van participatie is zoveel mogelijk zelfstandig functioneren en zoveel mogelijk weer meedoen in de maatschappij. Om dit te bereiken pleit ik ervoor de Individuele Rehabilitatie

Methode te gebruiken. De IRB is een ontwikkelingsgerichte methode die mensen helpt om beter te functioneren met zo weinig mogelijk professionele hulp. Het gaat over het weer oppakken van rollen in de maatschappij en het versterken van de eigen kracht en het burgerschap en draagt bij aan herstel. De IRB ondersteunt het individuele proces en is gericht op eigen wensen en participatiedoelen op de terreinen wonen, werken, dagbesteding, leren en sociale contacten. De doelen zijn zelfgekozen en omschreven in termen van maatschappelijke rollen zoals burger, huurder en werknemer. De IRB versterkt de eigen kracht en is gericht op zelfredzaamheid door het verbeteren van het functioneren en op het ontwikkelen van vaardigheden. De IRB gesprekstechniek en de coachende houding van de professional dragen bij aan het stellen en bereiken van individuele doelen. Daarnaast kan het toepassen van de IRB in het sociaal domein zorgen voor een eenduidige aanpak en een gemeenschappelijke taal.

Bij de IRB gaat het over verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van zelfgekozen doelen. Het geeft inzicht in wat een cliënt wil, wat er te koop is, wat degene zelf kan en nodig heeft en hoe dit bereikt kan worden. En het geeft handvatten in de vorm van het aanleren van vaardigheden en inzetten van hulpbronnen.

In de fase van verkennen en kiezen ligt het accent op inzicht krijgen in de eigen waarden en normen, het vergroten van het omgevingsbesef en het stellen van een doel. In de fase van het verkrijgen en behouden ligt het accent op het inventariseren van de mogelijkheden van de persoon, de eisen vanuit de omgeving en het aanleren van onmisbare vaardigheden. En als het zelf oplossen nog niet mogelijk is, dan kunnen individuele en algemene hulpbronnen geïnventariseerd en ingezet worden.

Door het toepassen van de IRB-methode zal de cliënt met meer succes en tevredenheid wonen, werken, leren en sociale contacten hebben en dus meedoen in maatschappij.

Het zou mooi zijn als in de toekomst, bij het ontwikkelen van nieuwe plannen in de zorg, ook naar de mening gevraagd wordt van degenen waar het om gaat. Zij weten immers uit ervaring het beste wat goed voor hen is en wat ze nodig hebben.

Gebruikte literatuur

Advies Commissie Toekomst beschermd wonen (2015), Van beschermd wonen naar een beschermd thuis, VNG.

Anthony, W.A. (1993). Recovery from Mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.

Farkas, M. et al. (2000). Introduction to rehabilitation readiness. Boston: Boston University.

J. van Os, H. van Delden, W. Boevink, (2021) De stem van de patiënt in de psychiatrie: niet gehoord, cocreatie, coöptatie of parallelle organisatie? Tijdschrift voor Psychiatrie. Jaargang 6

Lies Korevaar en Jos Dröes (2016) Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn, uitgeverij Coutinho

Movisie (2019) Hoe denken cliënten beschermd wonen over weer gaan wonen in de wijk? Verslag leerbijeenkomst Van beschermd wonen naar beschermd thuis - deel 3.

Onderzoek Panel Psychisch gezien (2019) Participatie en de ambulantisering van de GGZ, Landelijk Platform Mind GGZ.



KWETSBAARHEID-STRESS-BESCHERMENDE FACTOREN-ZINGEVINGS-MODEL

Sinds Zubin en Spring in 1977 hun stress-kwetsbaarheidmodel beschreven, zijn er tal van variaties gevolgd. Zo beschreven William Anthony en Robert Paul Liberman in 1986 het **vulnerability-stress coping-competence model**. Ik noemde al het dynamisch **stress-kwetsbaarheid-model** volgens Maarten Bak. In 2018 deden Blaauw e.a. het voorstel om 'zingeving' toe te voegen aan het **biopsychosociale model**.

Met deze modellen en de '10 geboden voor het goed onderscheiden van psychische klachten' in het achterhoofd gebruikte ik het kwetsbaarheid-stress-beschermende factoren-zingevingmodel in mijn gesprekken met cliënten.



Spreeken over kwetsbaarheid/gevoeligheid voor psychosen, angst, depressie leverde veel minder weerstand op dan het benoemen van ziektebeelden waarin cliënten zich niet herkenden. Waar gepast benoemde ik kwetsbaarheden van mijzelf. Vervolgens spraken we over stressoren die ontregelend werken maar vooral over beschermende factoren, waarvan zingeving de belangrijkste is. *Wat zou u in de komende tijd willen bereiken? Wat zou u absoluut niet kwijt willen raken?*

Ik realiseerde mij hoe langer hoe meer dat behandelinterventies die niet gerelateerd zijn aan eigen gekozen doelen van de cliënt eerder stresserend dan beschermend werken, met alle kwalijke gevolgen vandien. Maar bestaat niet hetzelfde gevaar als mensen woon-, werk- en ontspanningsactiviteiten opgedrongen krijgen die niet echt passen bij hun waarden/persoonlijke criteria?

Of als begeleiders met alle goede bedoelingen iemand aan het werk willen krijgen terwijl de behoefte eigenlijk op een ander levensterrein ligt, zoals vrije tijd, relatie of studie?

Ik ken geen betere gesprekstechnologie dan de IRB om te bereiken dat de cliënt, stapsgewijs gecoacht door de rehabilitatiewerker, zijn eigen doelen kan stellen passend bij eigen waarden en persoonlijke criteria op het levensterrein van eigen voorkeur.

(Ik geef grif toe dat dat ook kan liggen aan een tekort aan kennis van mij over alle psychosociale interventies).

Regelmatig werd ik bij het begin van gesprekken met argwaan ontvangen in mijn rol als onafhankelijk psychiater in het kader van zorgmachtigingprocedures. De sfeer werd echter plezieriger en constructiever naarmate ik in mijn overwegingen de zingevingcomponent een essentiële plaats gaf. Het kwam vaak voor dat mensen met een duidelijk 'behouddoel' de veiligheid van een zorgmachtiging kozen om te voorkomen dat ze bij een ontregeling kostbare relaties, hun woning of

werk zouden verliezen. Maar dat gebeurde ook bij mensen met een veranderdoel als de behandelaar en/of ondergetekende dat maar expliciet aan de orde stelde. De metafoor van zorgmachtiging als een soort 'reisverzekering' en niet als 'stok achter de deur' maakte regelmatig dat mensen juist om een zorgmachtiging vroegen. (De maatregel middels een zelfbindingsverklaring leverde vaak te weinig soelaas; hier komt wel meer aandacht voor.)

Suggestie: het gebruik van het kwetsbaarheid-stress-beschermende factoren-zingeving-model invoeren als centraal domeinoverstijgend concept. Het bevordert eenheid van taal en spreekt veel cliënten, naasten en hulpverleners aan. Het lijkt de 'wij/zij kloof' kleiner te maken, zeker als je voorbeelden van jezelf geeft.

Tot zover mijn Afscheidscollage

Beste Joris,

Ik schrijf deze open brief als reflectie op de zeven jaar dat ik als onafhankelijk psychiater moest beoordelen of dwangmaatregelen geïndiceerd waren. En, zo ja, of er werd voldaan aan de criteria van doelmatigheid, veiligheid, proportionaliteit en subsidiariteit. Was alles gedaan om dwang te voorkomen? Mijn standpunt was dat in gegeven situaties het vaak echt niet anders kon. Ik ben ervaren genoeg om te beseffen dat zelfs in de meest ideale omstandigheden er altijd patiënten zullen blijven bij wie (tijdelijk) dwang en drang nodig zullen zijn. Nogmaals hulde aan hulpverleners zoals degenen in de GGzE die zich inspinnen voor die patiënten.

Im mijn open brief wilde ik jou wel aangeven dat dwang en drang veel minder zullen voorkomen als wensen, doelen en zingeving van cliënten echt centraal staan. Soortgelijke geluiden hoor ik terug in [het artikel Pleidooi voor autonomie- en herstelbevorderend werken in de kinder- en jeugdpsychiatrie van Van Schaik en Pelzer](#).

Dat is natuurlijk gemakkelijker gezegd dan gedaan. Wie in het regionale netwerk is de aangewezen inhoudelijk leider? De GGzE als de grootste ggz-aanbieder? De gezamenlijke regionale gemeenten die in het kader van het wederkerigheidsprincipe in de Wvvgz en de participatiewet een wettelijke plicht hebben in deze? De zorgverzekeraars die voor hun cliënten goede zorg moeten inkopen?

Als nieuwe inwoner van 's-Hertogenbosch vergaap ik me regelmatig aan de Sint-Janskathedraal. Hoe is dat prachtige bouwwerk uiteindelijk tot stand gekomen? Wat als er niet EEN aangewezen bouwmeester was geweest? Wat als ambachtslieden op basis van eigen hobby's, status en voorkeur aanleverden wat ze zelf op dat moment leuk vonden te fabriceren? Dan was er geen fundament en een half dak geweest en zou het zware doopvont in een wiebelende toren bungelen! De gammele boel zou snel instorten!

Een herstelondersteunend, positieve-gezondheidsbevorderend, domeinoverstijgend netwerk bouwen voor mensen met intra- en interindividueel sterk fluctuerende hulpvragen op meerdere levensterreinen is wellicht nog ingewikkelder.

Mijn twee kernaanbevelingen zijn dan ook:

- 1) Leg de uitgebreide versie van de hersteldefinitie van Anthony en het spinnenweb van de Positieve Gezondheid naast elkaar en combineer beide tot een formulering die alle betrokkenen in het regionale netwerk inspireert, uitdaagt en verbindt! Er is immers zóveel overlap!**
- 2) Gebruik vervolgens 'De Nieuwe GGZ' samen met het gedachtegoed van het Boston Center for Psychiatric Rehabilitation met extra nadruk op ZINGEVING als fundament, cement en raamwerk met gemeenschappelijke taal, concepten en waarden. Stel vervolgens programma's en interventies (evidence-, practice- en value based) beschikbaar op het juiste moment, de juiste plaats en in de juiste mate. Bouw een regionale netwerkkathedraal: maak van die duizend bloemen één mooi boeket!**

OOK INTERESSANT IN DEZE CONTEXT

