

Sociale psychiatrie

Vakblad sociaal psychiatrische verpleegkunde
December 2024



149

- ⇒ **Eigenwaarde en wachtlijsten in de GGZ:** De bijdrage van de SPV
Dennis Kruizinga, Petra Kwak en Maria Tieben
- ⇒ **Verslaving & Psychiatrie:** Kip en ei probleem of eclecticisch?
Fenna Bos en Irene Atema
- ⇒ **Pootje voor pootje:** huisdieren in de GGZ · *Janita Haaijer en Ineke Otten*
- ⇒ **Tussen wal en schip** De SPV als sleutelfiguur in het voorkomen dat GGZ-patienten tussen wal en schip vallen · *Lesley Roosien en Mark Schippers*

... en nog veel meer

Redactioneel	3
Artikelen	5
Eigenwaarde en wachtlijsten in de GGZ: De bijdrage van de SPV <i>Dennis Kruizinga, Petra Kwak en Maria Tieben</i>	5
Verslaving & Psychiatrie: Kip en ei probleem of eclecticisch? <i>Fenna Bos, SPV i.o. en Irene Atema SPV i.o.</i>	15
Pootje voor pootje: huisdieren in de GGZ <i>Janita Haaijer (GGZ Drenthe) en Ineke Otten (Dimence), beide SPV i.o.</i>	23
Tussen wal en schip: De SPV als sleutelfiguur in het voorkomen dat GGZ-patienten tussen wal en schip vallen. <i>Lesley Roosien (GGZ Drenthe) en Mark Schippers (Dimence) beide SPV i.o.</i>	29
De Persoonlijke Verhalen zorgen voor Inclusieve Zorg: De rol van de SPV bij het overwinnen van grenzen voor vluchtelingen binnen en buiten het AZC. <i>Mark Schippers (Dimence) en Julio Peres (GGZ-centraal) beide SPV i.o.</i>	37
Zin in de GGZ <i>Pim Rodenburg, SPV (met pensioen)</i>	47
De redactie bezoekt ...	55
... de Crazywise Conference in de Cultuurkoepel Heiloo, <i>Frans van der Lem</i>	55
... het Presentiefestival 2024, <i>Frans van der Lem</i>	59
Literatuur	61
Het leven loslaten <i>Simone van Erp</i>	61
Verbeter de wereld, begin bij de opvoeding, <i>Gerard Lohuis</i>	63
Dichterbij	66
Geen regie, <i>Gerard Lohuis</i>	66
John too bad, <i>Gerard Lohuis</i>	67

Colofon

Sociale Psychiatrie is een uitgave van de V&VN - Afdeling Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen. Jaargang 43

Redactie Sociale Psychiatrie

Dhr. G. Lohuis, eindredactie
Dhr. F. van Vugt
Mw. G.B.M. van Zijl
Dhr. F. van der Lem
Mw. I. Warmerdam
Mw. S. van Erp
Mw. R. Beliën
Contact opnemen met redactie leden, onder vermelding van naam: redactie@venvn-spv.nl

Technische uitvoering

Ontwerp en opmaak: ik-ook.nl
Coördinatie: Frans van Vugt
Druk: Skrid Media

ISSN nummer: 1386-3541

Opname: 2100
Dit tijdschrift wordt geïndexeerd in INVERT

Abonnement Sociale Psychiatrie

Kosten € 31,00 ex 9% BTW per jaar (2024)

Distributie Sociale Psychiatrie

Hosingenhof 5, 5625 NJ Eindhoven
Telefoon (040) 29 26 044
E-mail: redactie@venvn-spv.nl

Informatie V&VN-SPV

De vereniging kent leden afdeling SPV. Zij ontvangen alle stukken van de vereniging, het blad Sociale Psychiatrie en hebben gratis toegang tot de ALV en (regionale)studiemiddagen van de afdeling SPV. Aantal leden V&VN-SPV: 1950

Bestuur

Mw. M. Zuiderveld, voorzitter
Dhr. H.J. van Essen, vice-voorzitter
Mw. L. De Vries, lid
Mw. G. Pelupessy
Mw. S. Nijen Twilhaar
Vacature
Vacature

Email bestuur: postbus@venvn-spv.nl

Website: www.venvn-spv.nl
www.archief-spv.nl

Richtlijnen voor het insturen van artikelen

Algemeen:

Het vakblad Sociale psychiatrie is een driemaandelijks tijdschrift van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Doel van dit tijdschrift om elkaar en andere geïnteresseerden op de hoogte te houden van belangrijke ontwikkelingen op het gebied van de sociaal psychiatrische verpleegkunde en de GGZ in het algemeen. Bij inzendingen wordt vooral gekeken naar de relatie met de praktijk van de sociaal psychiatrische verpleegkunde. Dat wil niet zeggen dat artikelen die een andere strekking hebben, niet geplaatst worden.

Werkwijze:

Artikelen kunnen aangeboden worden, mits zij volgens de richtlijnen voor het schrijven van artikelen zijn opgesteld, dus goed beargumenteerd, en vanuit de theorie onderbouwd, met duidelijke literatuurverwijzingen. Plaatsing is niet gegarandeerd. Iedere inzending wordt beoordeeld door de redactieraad, die vier keer per jaar bijeenkomt. Na inzending (per e-mail) krijgt u bericht van ontvangst, en de datum van de eerst volgende redactievergadering door. Binnen twee weken na de redactievergadering, ontvangt u een reactie op uw inzending. Indien gewenst kunt u ook vooraf redactieleden benaderen, over het onderwerp, de opzet en eventuele begeleiding bij het schrijven.

De tekst moet overzichtelijk zijn opgebouwd met een inleiding, kopjes voor de uitwerking van het thema, een samenvatting of conclusies tot besluit. Vervolgens een -volgens de richtlijnen- opgestelde lijst met bronvermelding. Maak zo min mogelijk gebruik van puntsgewijze opsommingen, dit gaat ten koste van de leesbaarheid. Vermijd zoveel als mogelijk is vakjargon en buitenlandse termen.

Leidraad voor de lengte van hoofdartikelen bedraagt 8 A4 (4000 woorden). Voor kortere artikelen in een van de rubrieken (Mediaan en Uit den Lande) is een lengte 2000 woorden gewenst en voor de rubriek Dichterbij en Literatuurbesprekingen wordt van circa 1200 woorden uitgegaan.

Kopij per e-mail aanleveren, liefst in DOC-formaat, naar de redactieleden (zie colofon). Geef duidelijk aan wat uw naam, functie en werkplek is en eventuele andere gegevens die u belangrijk vindt om te vermelden in geval van plaatsing.

Copyright

We verwachten van door auteurs aangeboden artikelen dat deze niet op andere plaatsen gepubliceerd worden voordat plaatsing in SP heeft plaatsgevonden of is afgewezen.

Het zijn verwarrende tijden. Politici die voor eigen gewin politiek bedrijven en het niet zo nauw nemen met de waarheid of werkelijkheid. *Wie asiel zoekt, pakt daarmee onze woningen af* (lees: mevrouw Faber in een onderbouwing om asielzoekers ‘harder’ aan te pakken). *Wie verslaafd is en éénmaal is behandeld, zal bij terugval moeten boeten en tot een soort heropvoedingskamp worden veroordeeld* (lees: partijprogramma van PVV, waarin Fleur Agema hiertoe oproept). Het populisme doet een sterk beroep op het onderbuikgevoel en doet hiermee een aanzet om de DSM te wijzigen. Want wat is een term als ‘waanstoornis’ nog waard als deze in de praktijk onderuit wordt gehaald. In de dagelijkse praktijk bespeuren we onrust bij mensen die last hebben van psychosegevoeligheid, angststoornis of achterdocht. Hun klachten nemen toe en gezien de werkelijkheid, is het allemaal erg invoelbaar. Wat is er toch aan de hand in een samenleving waarin iedereen het recht meent te hebben om alles te mogen zeggen wat men denkt onder het mom van vrijheid van meningsuiting. Problemen ontstaan vanuit een sociaal psychiatrisch perspectief, vanuit de wisselwerking tussen mensen en gebeurtenissen in de samenleving. Het kan bijna niet anders of het huidig tijdsgewricht lokt nieuwe aanpassingsstoornissen uit. Juist in een tijd waarin we de wachtlijsten proberen weg te werken. Wanneer politici populistisch onbetrouwbaar zijn of wanneer een kabinet gevormd wordt door partners die elkaar de maat nemen, zal de GGZ nog (te) vaak geraadpleegd worden.

We zouden SP niet zijn als we het jaar niet rijk gevuld zouden afsluiten. Oftewel: het is weer een overvol nummer geworden. Ook bij ons heeft artificiële intelligentie (AI) zijn intrede gedaan. We hadden het in eerste instantie niet in de gaten maar werden er op geattendeerd door een trouwe lezer. Vanuit de redactie zullen we ons gaan buigen over hoe we hier mee willen omgaan zonder zelf een aanpassingsstoornis op te lopen. In dit nieuwe nummer treft u in elk geval weer boeiende artikelen aan.

Dennis Kruijzinga, Petra Kwak en Maria Tieben onderzochten in hun artikel *“Eigenwaarde en wachtlijsten in de GGZ: de bijdrage van de SPV”* het verwoestende effect van lange wachttijden in de GGZ op de eigenwaarde van mensen. Ze concluderen dat de SPV een sterke bijdrage kan leveren door mensen in deze wachtfase te ondersteunen. In Utrecht werd ooit het vijf-gesprekkenmodel bedacht vanwege lange wachtlijsten bij depressie door te starten met een soort pre(wacht)groep. Op het moment dat mensen aan de beurt waren voor behandeling, waren de problemen al opgelost. **Fenna Bos en Irene Atema** verdiepten zich nog weer eens in de rol van de GGZ en verslavingszorg wanneer beide problemen tegelijk aan de orde zijn.

In *“Verslaving & Psychiatrie: kip en ei probleem of eclecticisch?”* tonen ze opnieuw aan dat beide partijen nodig zijn en dat het in feite een samenwerkingsprobleem is. Onvoorstelbaar dat vijftientig jaar na dato en een groot aantal voorstellen om die samenwerking te verbeteren, het nog steeds een probleem is. Wie moet zich hier schamen? Hans Kroon van het Trimbos en groot pleitbezorger voor goede samenwerking bij dubbele diagnose zal zich ongetwijfeld achter de oren krabben bij zo weinig vordering op dit gebied. Het maakt de noodzaak van het artikel des te urgenter.

Janita Haaijer en Ineke Otten tonen in hun bijdrage *“Pootje voor pootje: huisdieren in de GGZ”* de kracht van contextueel werken. Het gaat om creatieve oplossingen en de betekenis van het inzetten van (hulp)dieren die het leven van mensen met fysieke en mentale problemen verlichten. Hun slotopmerking is uit het hart gegrepen: “Als SPV denk je herstelgericht en durf je

out-of-the-box te kijken. Het gebruik van huisdieren in je werk sluit hier perfect op aan, maar omdat dit een niet-traditionele aanpak is, vraagt het ook lef om deze stap te zetten.” **Lesley Roosien** en **Mark Schippers** sluiten in hun artikel *“Tussen wal en schip: de SPV als sleutelfiguur in het voorkomen dat GGZ-patiënten tussen wal en schip vallen”* aan bij een van de kerntaken van de SPV: er voor zorgen dat mensen niet gemarginaliseerd raken. Hun oproep is duidelijk: luister naar het verhaal en stop met het hokjes-denken! Dat het **Mark Schippers** menens is om het uitsluiten van mensen te voorkomen, blijkt uit de bijdrage die hij samen met **Julio Peres** schreef: *“De Persoonlijke verhalen zorgen voor inclusieve zorg: De rol van de SPV bij het overwinnen van grenzen voor vluchtelingen binnen en buiten het AZC”*. De auteurs vragen zich af of de hulpverlening voldoende is afgestemd op de culturele verschillen en op de diversiteit in etniciteit. Ze houden een pleidooi voor de SPV die een rol kan spelen bij het werken aan een inclusieve samenleving. Ze doen een aantal aanbevelingen waar dit kabinet nog maar eens goed naar zou moeten kijken. **Pim Rodenburg** hield onlangs een lezing over zingeving en heeft het op verzoek van de redactie omgezet in *“Zin in de GGZ”*. Het is mooi om te lezen hoe een gepensioneerd SPV vol verve een pleidooi houdt om zingeving als essentieel onderdeel in de behandeling een plek te geven. Vanuit een stevig theoretisch kader daalt hij af naar de praktijk en geeft aan waar het om gaat: *erbij horen, een (levens)doel hebben, in een verhaal passen of verbinding met wat het persoonlijke overstijgt*.

Onder het kopje “De redactie bezoekt...” treft u in de SP een tweetal bijdragen aan van **Frans van der Lem**. Twee van elkaar losstaande gebeurtenissen die, bij nader inzien, qua thematiek sterk met elkaar samenhangen: relationele bejegening. Allereerst bezocht hij de conferentie **De Crazywise Conference 2024** in de Cultuurkoepel van Heiloo. De collectieve roep, binnen allerlei toonaarden van de CrazyWise Conference, betrof de nood aan erkenning van de psychiatrische patiënt als mens. Dat er achter de persoon met psychiatrische symptomen, soms zelfs met psychotische verschijnselen, een mens van vlees en bloed schuilgaat. Dat die mens in diens totaliteit behoefte heeft aan oprechte bevestiging, in ieder geval dat die persoon mag zijn zoals die is. Dat er met de persoon zelf wordt gesproken. Dat er niet van bovenaf over bedisseld wordt alsof het een ‘ding’ is. Ook bezocht **Frans Het Presentiefestival 2024, 20 jaar Stichting Presentie**, in Amersfoort. Bij het Presentiefestival draaide het uiteraard om relaties. Binnen de Presentietheorie is die relationele bejegening wetenschappelijk uitgewerkt. Daarbij gaat het vooral over het respectvolle contact tussen werker en cliënt in zorgrelaties. Alleen dan krijgt de noodzakelijke wederkerigheid een kans.

In de boekenrubriek recenseert **Simone van Erp** *“Het leven loslaten”* van **Cathelijne Verboeket-Crul**. Deze verpleegkundig specialist doet in haar boek verslag van haar ontmoetingen met en behandeling aan mensen in de laatste levensfase. Wetenschap en praktijk komen hierin samen. **Gerard Lohuis** pakte er nog eens ‘een oudje’ bij omdat het boek *“Verbeter de wereld, begin bij de opvoeding- Vanachter de voordeur naar democratie en verbinding”* nog steeds actueel is. Het boek helpt ons om jongeren te begrijpen die dreigen buitengesloten te worden. **Micha de Winter** schreef het: een wetenschapper die als geen ander zijn kennis met de praktijk deelde omdat “de kennis daaruit voortkomt”, aldus de Winter.

In de rubriek Dichterbij weer twee verhalen uit de praktijk van **Gerard Lohuis**. Voor onder de kerstboom.

Vanuit de redactie wensen we u **fijne feestdagen en een zinvol 2025!**

Eigenwaarde en wachtlijsten in de GGZ:

De bijdrage van de SPV

*Dennis Kruizinga,
Petra Kwak en
Maria Tieben*

Maandenlang zat Sanne thuis, gevangen in een pijnlijke stilte. “Ik voelde me vergeten, ik hoorde niets vanuit de zorg. Op slechte dagen zat ik apathisch op de bank,” vertelt ze. “Dan kijk ik op de klok, vijf voor elf. Als ik opnieuw kijk, is het pas elf uur, voor mijn gevoel zijn er uren verstreken. Een dag voelt als een week. Hoe denk je dat tweeënhalf jaar dan voelt?” Voor Sanne betekent het wachten dat er ‘helemaal niets’ gebeurt en haar problemen verergeren. “In het begin was ik waarschijnlijk geholpen geweest met cognitieve gedragstherapie (een kortdurende, veelgebruikte behandeling, red.). Dan had ik de boel misschien wel binnen een half jaar op orde gehad. Nu ben ik maatwerk geworden.” Ook heeft zij, zoals ze het zelf noemt, al eens ‘een poging gedaan’ (De Limburger, 2024).



In 2017 waarschuwde Kleinjan al voor de ernstige gevolgen van de lange wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Hij stelde zelfs dat deze wachttijden soms suïcide tot gevolg zouden kunnen hebben. Nu, zeven jaar later, is de situatie helaas niet verbeterd. De wachttijden zijn nog steeds een groot probleem. Ze lijken zelfs toegenomen te zijn, ondanks diverse pogingen om de situatie te verbeteren. Onze hypothese is dat langdurige wachttijden een verwoestend effect kunnen hebben op de eigenwaarde van de patiënten. Het artikel van Kleinjan (2017) onderschrijft dit. De patiënten die wij in de dagelijkse praktijk zien uiten zich vaak machteloos, niet gehoord en beschrijven een afname van zelfvertrouwen. Het gevolg zou kunnen zijn dat veel patiënten afzien van het zoeken naar hulp uit angst voor afwijzing of uit pure wanhoop, wat leidt tot verdere marginalisatie.

Dit artikel is geschreven door sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen i.o. Dennis Kruizinga, werkzaam bij Lentis, en Maria Tieben en Petra Kwak, beide werkzaam bij GGZ Drenthe.

Doel van het artikel

Er is al veel geschreven en gesproken over de wachtlijsten binnen de GGZ. In dit artikel belichten we de ernst van deze problematiek. We willen we de lezer informeren over wat eigenwaarde is. Vooral willen we een pleidooi houden voor de SPV om een cruciale rol te spelen bij het versterken van de eigenwaarde van patiënten tijdens de steeds oplopende wachttijden binnen de GGZ.

Onze onderzoeksvraag luidt dan ook:

Hoe kan de SPV de eigenwaarde van patiënten in de GGZ versterken tijdens de wachttijden?

De SPV is generalistisch opgeleid en specifiek getraind om patiënten te behandelen binnen de sociaal-maatschappelijke context. Met hun brede generalistische opleiding en specifieke training om patiënten te behandelen binnen hun sociaal-maatschappelijke context, zijn zij bij uitstek geschikt om de eigenwaarde van patiënten te ondersteunen en te versterken.

Wachttijden en wachtlijsten

Om de problematiek van wachttijden binnen de GGZ goed te begrijpen, is het van belang om de begrippen ‘wachttijden’ en ‘wachtlijsten’ te verduidelijken. Wachtlijsten geven een overzicht van patiënten die wachten op een specifieke behandeling in de zorg, maar waarvoor de behandeling nog niet is gestart. Logghe (2003) beschrijft dat hierbij drie aspecten van belang zijn: het aantal wachtenden, de duur dat patiënten moeten wachten tot de start van de behandeling (wachttijd), en de samenstelling van de wachtlijst. Wachttijden verwijzen naar de duur die iemand moet wachten voordat een behandeling start. In sommige gevallen is de wachttijd onafhankelijk van het aantal wachtenden, zoals bij het online aanvragen of downloaden van iets, of bij diensten waarbij meerdere gebruikers tegelijkertijd bediend kunnen worden zonder elkaar te beïnvloeden, zoals bij een online platform als eHealth (Vanlancker, 2021). Voor persoonlijke behandeling binnen de GGZ is de wachttijd echter sterk afhankelijk

van het aantal wachtenden. Diverse factoren spelen hierbij een rol. Binnen de GGZ kan de behandeling complex zijn, waardoor goede diagnostiek meer tijd kost en soms langdurige interventies vereist zijn. De beperkte capaciteit van hulpverleners en de tijd die nodig is om een veilige therapeutische relatie op te bouwen, dragen eveneens bij aan langere wachttijden (Vanlancker, 2021).

Volgens de Inspectie van Volksgezondheid (2023) is een gebrek aan samenwerking een belangrijke oorzaak van de lange wachttijden. Zorgaanbieders hebben onvoldoende afspraken gemaakt over wie verantwoordelijk is voor de zorg van patiënten die op de wachtlijst staan.

Tijd is volgens Lewis et al. (2000) de sleutelindicator om te bepalen of een wachtlijst problematisch is. In Nederland is de aanvaardbare wachttijd vastgelegd in de Treeknorm. Deze norm stelt specifieke grenzen aan de wachttijden voor verschillende soorten zorg, waarmee beoogd wordt de toegang tot zorg binnen redelijke termijnen te waarborgen.



Wat is de treeknorm

De Treeknorm is een streef norm voor de maximale wachttijd die een patiënt mag wachten op een intake en behandeling binnen de GGZ. Voor de basis-ggz en de gespecialiseerde ggz geldt een totale wachttijd van 14 weken. De Treeknorm is een overeenkomst tussen zorgverleners en zorgverzekeraars. Is ingevoerd om ervoor te zorgen dat mensen met psychische problemen snel de hulp krijgen die ze nodig hebben (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2024).

Initiatieven ter verkorting van wachtlijsten

De overheid en de zorgsector hebben verschillende maatregelen genomen om de wachttijden in de GGZ te verkorten. Enkele van deze maatregelen zijn:

- Investeren in de opleiding van meer zorgverleners
- Verruimen van de mogelijkheden voor online zorg
- Verbeteren van de samenwerking tussen de GGZ en andere zorgsectoren

Ondanks deze inspanningen blijft het onduidelijk wanneer de wachttijden in de GGZ weer binnen de Treeknormen zullen vallen. De Stichting Recht op GGZ (2024) heeft aangekondigd een collectieve rechtszaak voor te bereiden tegen de zorgverzekeraars en de Staat, omdat zij stellen dat de lange wachttijden in strijd zijn met de mensenrechten.

Op 19 juli jl. debatteerde demissionair minister Dijkstra met de Tweede Kamer over de lange wachttijden in de GGZ. Kamerlid Jansen van het Nieuw Sociaal Contract (NSC) wees tijdens het debat naar het integraal zorgakkoord (IZA). Hij drong erop aan om kleinere zorgaanbieders te contracteren en zodoende de capaciteit te vergroten en de wachtlijsten te verkorten. Aan de andere kant stelde Kamerlid Dijk van de Socialiste Partij (SP) dat de huidige marktwerking in de zorg onhoudbaar is geworden (*De Nederlandse GGZ | Kamerleden Raken Ggz in Laatste Debat Met. . .*, z.d.). Hoewel de discussie over de juiste aanpak van de wachttijden doorgaat, blijft de impact op patiënten groot. De maat-

regelen en de politieke debatten illustreren de complexiteit van het probleem en de dringende noodzaak voor effectieve oplossingen.

Mogelijke oorzaken

De lange wachttijden in de GGZ zijn symptomatisch voor een diepere crisis: de discrepantie tussen de toenemende vraag naar GGZ-zorg en het beschikbare budget. Steeds meer mensen kampen met psychische klachten, wat heeft geleid tot een aanzienlijke stijging van de zorgvraag. In 2022 was er een toename van 53% in de vraag naar GGZ-zorg ten opzichte van 2009 (Wij Zijn MIND, z.d.). Ondanks deze groeiende vraag is het budget voor GGZ-zorg slechts met 11% gestegen, wat resulteert in een schrijnend tekort aan middelen (Ruim een Derde van Organisaties in de GGZ Schrijft Rode Cijfers, 2023).

Dit financiële tekort heeft directe en ernstige gevolgen voor GGZ-instellingen. Lage tarieven per behandeling en budgetplafonds, opgelegd door zorgverzekeraars maken het vrijwel onmogelijk voor GGZ-instellingen om rendabel te opereren. In 2022 noteert één derde van de GGZ-instellingen met rode cijfers (GGZ-nieuws 26-10-2023). Deze financiële druk belemmert de mogelijkheid om te investeren in innovatie en preventie, wat cruciaal is om de zorg efficiënter en effectiever te maken. Bovendien worden gespecialiseerde klinieken voor complexe problematiek gedwongen te sluiten, wat de druk op de resterende zorgaanbieders vergroot (NOS, 2022).

Het resultaat is langere wachtlijsten en een afname van de kwaliteit van zorg voor de meest kwetsbare patiënten. Het aanpakken van deze wachttijdenproblematiek vereist een gezamenlijke inspanning van de overheid, zorgverzekeraars, GGZ-instellingen en patiëntenorganisaties. Alleen door samenwerking en het vinden van structurele oplossingen kunnen we een GGZ-landschap creëren waarin wachtlijsten verkort worden, complexe zorg toegankelijk blijft en

alle patiënten de zorg krijgen die ze verdienen. Het is tijd voor een geïntegreerde aanpak die de financiële, organisatorische en menselijke aspecten van deze crisis behandelt om zo een duurzame en rechtvaardige zorgomgeving te bewerkstelligen.

Wat is eigenwaarde?

Psychische klachten en eigenwaarde zijn nauw met elkaar verbonden. Een gezonde eigenwaarde is essentieel voor het welzijn van een individu en kan variëren van hoog tot laag. Dit gevoel is niet direct meetbaar of vergelijkbaar met dat van anderen. Volgens psychiater Gerrits (2024) is eigenwaarde een onderdeel van je persoonlijkheid en bestaat het uit drie kernconcepten: het zelf, interpersoonlijk functioneren en probleemoplossend vermogen.

→ Het zelf

Het eerste kernconcept, het zelf, omvat twee takken: identiteit en zelfsturing. Identiteit houdt in dat je jezelf kunt ervaren als een uniek persoon, los van anderen, gepaard gaande met zelfwaardering en eigenwaarde. Het zelf is dus een complex psychisch construct met diverse eigenschappen en kwaliteiten.

→ Interpersoonlijk functioneren

Het tweede kernconcept is interpersoonlijk functioneren, wat betrekking heeft op hoe je omgaat met mensen om je heen.

→ Probleemoplossend vermogen

Het derde kernconcept is probleemoplossend vermogen, wat verwijst naar hoe goed mensen kunnen omgaan met stress en problemen in het leven.

Een gezonde eigenwaarde stelt je in staat om positieve relaties te hebben, doelen na te streven en uitdagingen aan te gaan. Mensen met een gezonde zelfwaardering hebben meestal een positief zelfbeeld en een gevoel van eigenwaarde dat niet afhankelijk is van externe factoren zoals prestaties, goedkeuring

van anderen of materiële bezittingen. Ze hebben vertrouwen in zichzelf en hun capaciteiten, kunnen omgaan met tegenslagen en fouten, en nemen verantwoordelijkheid voor hun eigen geluk en welzijn (Gerrits, 2024). Negatieve levenservaringen en de omgeving waarin iemand opgroeit, zoals pesten, verwaarlozing en seksueel misbruik, kunnen bijdragen aan een laag gevoel van eigenwaarde. De cognitieve ontwikkeling speelt een belangrijke rol; negatieve ervaringen kunnen leiden tot cognitieve vervormingen die de werkelijkheid verkeerd laten interpreteren en daarmee gedrag, stemming en relaties beïnvloeden (Gerrits, 2024).

Werken aan eigenwaarde

Voor het bevorderen van eigenwaarde is het van belang een positief zelfbeeld te ontwikkelen. Dit houdt in dat men zichzelf accepteert zoals men is en erkent dat men als individu van waarde is. Geluk hangt nauw samen met een gevoel van zelfverzekerdheid en draagt bij aan een gezonde eigenwaarde. Bongers en Van Koppen (2011) schrijven dat mensen die gelukkiger zijn een betere gezondheid hebben. Emoties hebben impact op onze gezondheid en op ons geluk. Door bewust te kiezen voor een bepaald gedrag kunnen we een bijdrage leveren aan het bevorderen van ons geluk. Dirk de Wachter draait het om. Hij vertelt in de masterclass; *“Hoe de kunst van het Ongelukkig zijn het leven kan Veranderen”* (2021), dat wij mensen het tegenwoordig zo goed hebben en toch zijn er velen die een beroep doen op de GGZ. Mensen durven hun verhaal niet meer te delen met iemand die hun dierbaar is, maar vertellen dit liever aan een hoogopgeleide professional en betalen daarvoor. Volgens Dirk de Wachter, die schertsend inspeelt op zijn achternaam, is ‘wachten’ een belangrijk onderdeel van het bestaan. Hij benadrukt echter vooral dat ons hoge streefniveau vaak funest kan zijn voor ons welzijn.

Nog een belangrijk aspect voor het verstrekken van eigenwaarde is een goede lichamelijke

gezondheid. Gezonde voeding, balans in stress, voldoende slaap en het vermijden van schadelijke middelen zoals alcohol en drugs dragen bij aan een beter zelfgevoel en een positief zelfbeeld. Regelmatig lichaamsbeweging en sporten hebben een positief effect op de gezondheid zowel fysiek en mentaal. Doordat men vaardigheden aanleert krijgt men meer gevoel van controle. Het aanleren van nieuwe vaardigheden en het gevoel van controle heeft een positief effect op de fysieke eigenwaarde. Wat weer een direct en indirect effect heeft op het zelfvertrouwen (Willemsen, 2021).



Eigenwaarde en wachten

Het ervaren van een lage eigenwaarde kan zowel een oorzaak als een gevolg zijn van verschillende psychische problemen. Als wachten de essentie van het bestaan is, zoals Dirk de Wachter stelt, zou men kunnen stellen dat wachtlijsten gezien kunnen worden als een efficiënte interventie. Cunningham (2013) heeft indirect onderzocht hoe het patiënten vergaet die wachten op een GGZ-behandeling. Hij heeft het idee dat mensen op een wachtlijst ook daadwerkelijk in de

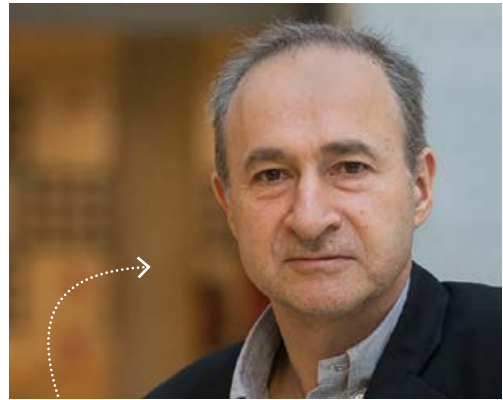
wachtstand gaan. En dus niet meer op eigen kracht op zoek gaan naar oplossingen, verbeteringen of veranderingen. Klachten kunnen verergeren waardoor het gevoel van eigenwaarde daalt. Daarnaast duurt het langer tot herstel en verhoogt het de maatschappelijke kosten. Stigma zorgt ervoor dat er vaak schaamte is over de psychische klachten en mensen hopen dat de klachten vanzelf over gaan (Dols & Kleijweg, 2022).

Impact van langdurige wachttijden

Langdurige wachttijden voor behandeling van psychische problemen kunnen leiden tot verergering van klachten, een verminderde kwaliteit van leven en een verhoogd risico op suïcide. Dit leidt tot een afstand tot de arbeidsmarkt en hogere maatschappelijke kosten (Vrije Universiteit Amsterdam, z.d.). Onderzoeker Prudon (z.d.) stelt dat het verkorten van wachttijden met slechts één maand de staat jaarlijks honderden miljoenen euro's kan besparen aan uitkeringen. Langdurige wachttijden leiden tot baanverlies, vooral bij mensen met een lagere economische status of migratieachtergrond. Zij blijken bovendien aanzienlijk langer dan gemiddeld te moeten wachten. Verloren inkomsten door baanverlies en toegenomen uitkeringslasten vormen een grote financiële last voor de samenleving.

Het is duidelijk dat het verbeteren van de eigenwaarde van patiënten niet alleen hun persoonlijke welzijn ten goede komt, maar ook aanzienlijke economische voordelen kan opleveren. Door wachttijden te verkorten en effectieve behandelingen toegankelijker te maken, kunnen we niet alleen de kwaliteit van leven voor individuen verbeteren, maar ook de maatschappelijke kosten verlagen. Dit wordt benadrukt door de rechtszaak die de Stichting Recht op GGZ heeft aangespannen tegen de Staat en zorgverzekeraars, wat de ernst van de situatie onderstreept. Zowel het Trimbos-instituut als het Nivel hebben geconcludeerd dat de lange wachttij-

den in de GGZ aanzienlijke gevolgen hebben. Tijdens het wachten ervaren de meeste patiënten een verergering van hun klachten, wat ook leidt tot een ingewikkeldere behandeling. Bovendien hebben deze wachttijden een negatieve impact op zowel de naasten van de patiënten als op zorgverleners (Trimbos, 2023).



Jim van Os, de nieuwe GGZ

Professor Jim van Os, psychiater en hoogleraar, is een van de pioniers achter de beweging voor een nieuwe GGZ. Hij pleit voor een meer holistische en mensgerichte benadering van geestelijke gezondheidszorg. De nieuwe GGZ richt zich op het versterken van de eigen regie van patiënten en het bevorderen van gemeenschapszorg, waarbij de nadruk ligt op persoonlijke en maatschappelijke aspecten van herstel.

De nieuwe GGZ beoogt wachttijden te verkorten door de zorg dichterbij de mensen te brengen en het zorgproces flexibeler en toegankelijker te maken. Dit betekent onder andere:

- **Community-Based Care:** Zorg wordt verleend binnen de gemeenschap, waardoor de drempel voor het zoeken van hulp wordt verlaagd en wachttijden kunnen worden verminderd.
- **Eigen regie:** Patiënten worden aangemoedigd om zelf de regie te nemen over hun herstelproces, wat hun eigenwaarde kan versterken en hen actiever betrokken houdt.

- **Integrale aanpak:** De zorg wordt afgestemd op de individuele behoeften van de cliënt, waarbij zowel medische als sociale aspecten in ogenschouw worden genomen.

Een waardevolle rol van de SPV

De SPV kan een essentiële rol binnen de GGZ, met name in de context van wachttijden en herstelgerichte zorg. De SPV wordt generalistisch opgeleid en is expliciet geschoold om de cliënt te behandelen binnen diens sociaal-maatschappelijke context. Door te investeren in het contact met hulpvragers en hun omgeving, en oog te hebben voor maatschappelijke ontwikkelingen, legt de SPV de nadruk op herstel en draagt hij bij aan het re-integreren van mensen in de samenleving (Zijlstra & Marketing & Communicatie, 2022). In de context van wachttijden in de GGZ, kan de SPV op diverse manieren een positieve bijdrage leveren aan het welzijn van patiënten. Hieronder volgen zes kernpunten waarin de SPV een cruciale rol kan spelen:

- 1. Versterken van eigenwaarde:** De SPV ondersteunt patiënten bij het bevorderen van hun sterke punten, vaardigheden en prestaties. Door patiënten aan te moedigen hun capaciteiten te erkennen en te waarderen, draagt de SPV bij aan het vergroten van hun gevoel van eigenwaarde.
- 2. Positieve bevestiging:** De SPV geeft regelmatig positieve feedback door successen en prestaties van de patiënt te erkennen. Dit helpt patiënten om trots te zijn op hun vooruitgang, hoe klein deze ook mag lijken, en versterkt hun zelfvertrouwen.
- 3. Zelfbewustzijn en acceptatie:** De SPV helpt patiënten zich bewust te worden van hun gedachten, gevoelens en gedragingen, en moedigt hen aan om zichzelf te accepteren en te waarderen, ondanks de uitdagingen die ze tegenkomen.
- 4. Ontwikkeling van zelfvertrouwen:** Door het stellen van realistische doelen en het opdoen van positieve ervaringen helpt de

SPV patiënten hun zelfvertrouwen te vergroten en hun capaciteiten te verbeteren.

- 5. Omgaan met stigma:** De SPV biedt educatie, steun en strategieën aan patiënten om stigma en discriminatie die nogal eens gepaard gaan met psychische aandoeningen tegen te gaan. Dit helpt patiënten om negatieve attitudes en vooroordelen te weerleggen.
- 6. Ontwikkelen van assertiviteit:** De SPV ondersteunt patiënten bij het ontwikkelen van assertiviteit en zelfrespect. Dit omvat het helpen van patiënten om grenzen te stellen, op te komen voor hun behoeften en wensen, en hun stem te laten horen in relaties en situaties.

Door deze benaderingen en interventies speelt de SPV een belangrijke rol in het bevorderen van een positief zelfbeeld en het versterken van de eigenwaarde van patiënten. Dit is essentieel voor hun algehele welzijn en herstel (Zwier et al., 2022).

In de nieuwe GGZ, zoals voorgesteld door Jim van Os, ligt de nadruk op eigen regie en gemeenschapszorg. Van Os pleit voor een aanpak waarbij de context van psychisch lijden centraal staat, in plaats van de ziekte zelf. Hierbij wordt het sociale domein meer ingezet, en speelt de SPV een sleutelrol in het in kaart brengen van het psychosociale deel en het uitzetten van acties die de patiënt ondersteunen in zijn of haar omgeving. Volgens Van Os is de SPV uitstekend geplaatst om bij te dragen aan positieve gezondheid, zoals beschreven door Machteld Huber. Deze benadering richt zich op het versterken van de veerkracht en zelfredzaamheid van patiënten, waarbij de SPV een belangrijke rol speelt in het bevorderen van eigen regie en herstel.

Delespaul et al. (2017) beschrijven in *De Goede GGZ* de veranderende rol van de hulpverlener naar een multidisciplinair perspectief, met vier belangrijke rollen: ervaringsdeskundige, adviseur, interventionist en coach;

- **Ervaringsdeskundige:** Hoewel deze rol niet vanzelfsprekend is voor de SPV kan de eigen ervaring op het gebied van herstel ingezet worden tijdens het contact met de patiënten.
- **Adviseur:** In deze rol biedt de SPV inzicht en hoop aan patiënten, wat hen helpt om de regie over hun eigen leven terug te nemen.
- **Interventionist:** Als interventionist is de SPV directief en doortastend, en grijpt hij in waar nodig om de patiënt te helpen bij het overwinnen van obstakels.
- **Coach:** In de rol van coach ondersteunt de SPV de patiënt om zelf ontdekkingen te doen, waardoor de patiënt een actieve rol krijgt in zijn of haar eigen herstelproces.

De uitdaging voor de SPV is om deze vier rollen zodanig te combineren dat ze elkaar versterken in plaats van in de weg staan. Dit vereist een zorgvuldige afstemming en flexibiliteit, kwaliteiten die binnen de nieuwe GGZ extra aandacht krijgen.

Advies

Door hun expertise en ervaring kan de SPV als eerste aanspreekpunt dienen, regelmatige check-ins uitvoeren en begeleiding bieden bij eHealth-programma's zoals MindDistrict en Therapieland. Deze programma's bieden modules die gericht zijn op het bevorderen van een gezonde leefstijl en het vergroten van de eigen regie, wat essentieel is voor het behoud van eigenwaarde.

Daarnaast kan de SPV de patiënten ondersteunen bij het implementeren van een gezonde leefstijl door advies te geven over voeding, beweging en slaap, en door hen te motiveren deze adviezen op te volgen. Voorlichting over psychische klachten kan angst en onzekerheid verminderen, wat patiënten helpt meer controle over hun situatie te krijgen. Individuele gesprekken waarin positieve eigenschappen en successen worden benoemd, dragen bij aan het versterken van de eigenwaarde van de patiënten. Ook kan de SPV helpen bij het opzetten van



zelfhulpgroepen voor onderlinge steun, wat een belangrijke bron van sociale steun en verbondenheid kan bieden.

Tot slot is samenwerking van essentieel belang. Door de principes van de nieuwe GGZ, zoals voorgesteld door Jim van Os, te integreren en te focussen op samenwerking met andere zorgprofessionals, welzijnsorganisaties, patiëntenorganisaties en patiëntenraden, kunnen we gezamenlijk werken aan oplossingen die de druk op wachttijden verminderen en de ondersteuning voor patiënten verbeteren. Het delen van kennis en expertise en het gezamenlijk ontwikkelen en implementeren van concrete oplossingen zijn essentieel om de zorg voor patiënten op de wachtlijst te optimaliseren.

Conclusie

Op basis van de beschreven problematiek en de beschikbare literatuur concluderen we dat de rol van de SPV in het ondersteunen van patiënten tijdens wachttijden verder uitgediept en versterkt kan worden. Het terug-

dringen van de lange wachttijden in de GGZ vormt een aanzienlijke uitdaging voor zowel de patiënten als de zorgverleners. Kleinjan (2017) benadrukt dat langdurig wachten op zorg leidt tot een gevoel van machteloosheid en onzekerheid bij patiënten, wat de kans op verergering van psychische klachten vergroot. Hij stelt dat de negatieve effecten van wachttijden diepgaand kunnen zijn, zowel op emotioneel als mentaal vlak, wat een proactieve benadering van de GGZ noodzakelijk maakt. De SPV kan een cruciale rol spelen bij het versterken van de eigenwaarde van patiënten tijdens deze wachttijden.

Kortom, de rol van de SPV is van onschatbare waarde in het ondersteunen van patiënten tijdens wachttijden. Door hun inspanningen op het gebied van samenwerking, voorlichting en begeleiding, kunnen zij een belangrijke bijdrage leveren aan het versterken van de eigenwaarde van patiënten in deze moeilijke periode.

Bronnen

- Algemene Rekenkamer. (2021, 13 april). *Geen plek voor grote problemen*. Rapport. Algemene Rekenkamer. <https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2020/06/25/geen-plek-voor-grote-problemen>
- Appels, D., & De Vries, J. (2023, 21 november). *Systeemfout in de financiering is een belangrijke oorzaak van dodelijke ggz-wachtlijsten*. Follow The Money - Platform Voor Onderzoeksjournalistiek. <https://www.ftm.nl/artikelen/dure-ggz-patienten-lonen-niet-door-risicoverevening-zorgverzekeraars>
- Bongers, K. M., & Van Koppen, A. (2011). *Integrative Medicine / druk 1: zorg voor gezondheid en geluk*.
- Cunningham, J. A., Kypri, K., & McCambridge, J. (2013). Exploratory randomized controlled trial evaluating the impact of a waiting list control design. *BMC Medical Research Methodology*, 13(1), 150. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-150>
- David. (2021, december). Dirk de Wachter: *Hoe de kunst van het ongelukkig zijn ons leven kan veranderen - The Masterclass* [Video]. YouTube. Geraadpleegd op 6 februari 2024, van https://www.youtube.com/watch?v=2ViTQLi8r_s&t=3s
- De Nederlandse GGZ. (z.d.). *Kamerleden raken ggz in laatste debat met Dijkstra over zorgstelsel*. <https://www.denederlandseggz.nl/nieuws/2024/kamerleden-raken-ggz-in-laatste-debat-met-dijkstra-over-zorgstelsel>
- De Limburger. (2024, mei). *Depressief of suïcidaal? Er zijn honderdduizend wachtenden voor u. Het leven van deze Limburgers staat stil terwijl ze wachten op mentale zorg*. De Limburger. <https://www.limburger.nl/digitalekrant>

- Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., & Van Os, J. (2017). *Goede GGZ!: Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Springer.
- Dols, A., & Kleijweg, A. (2022). *Wachttijst als interventie*. Tijdschrift voor Psychiatrie, 64(4). <https://www.tijdschriftvoopsychiatrie.nl/media/6/64-2022-4-artikel-dols.pdf>
- Gerrits, W. (2024, 7 maart). *De Psychiater Praat (aflevering #146 Over identiteit en zelfbeeld; eigenwaarde en zelfwaardering)*.
- Kleinjan, B. (2017, 5 januari). *Wachttijden GGZ hebben soms zelfmoord tot gevolg*. BNR.nl. <https://www.bnr.nl/nieuws/zorg/10316202/psychiaters-lange-wachttijden-ggz-hebben-zelfmoord-tot-gevolg>
- Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. (2020). In venvn-spv.nl. Geraadpleegd op 15 mei 2024, van <https://venvn-spv.nl/wp-content/uploads/2022/09/Landelijk-kwaliteitsstatuut-ggz-15-december-2020-v2.pdf>
- Lewis, S., Barer, M. L., Sanmartin, C., Sheps, S., Shortt, S. E. D., & McDonald, P. W. (2000). Ending waiting-list mismanagement: principles and practice. *Canadian Medical Association Journal*, 162(9), 1297–1300. <https://www.cmaj.ca/content/162/9/1297>
- Logghe, V. (2003). *Beschrijvend onderzoek naar de impact van een gezondheidssysteem op de wachtlijstproblematiek* [Master's thesis, Universiteit Gent]. https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/003/012/352/RUG01-003012352_2021_0001_AC.pdf
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2024, 4 april). *Wachttijden ggz blijven hoog: mensen wachten in bijna alle regio's en voor alle diagnoses te lang*. Nederlandse Zorgautoriteit. <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2024/04/04/wachttijden-ggz-blijven-hoog-mensen-wachten-in-bijna-alle-regios-en-voor-alle-diagnoses-te-lang>
- NOS. (2022, 31 mei). *Minister kan sluiting van specialistische ggz-klinieken niet voorkomen*. <https://nos.nl/artikel/2430965-minister-kan-sluiting-van-specialistische-ggz-klinieken-niet-voorkomen>
- Prudon, R. (z.d.). <https://www.rogerprudon.com/homepage>
- Ruim een derde van organisaties in de GGZ schrijft rode cijfers. (2023, 26 oktober). Intra-koop. <https://www.intrakoop.nl/nieuws/details/2023/10/26/ruim-een-derde-van-organisaties-in-de-ggz-schrijft-rode-cijfers>
- Stichting Recht op GGZ. (2024, 30 mei). *Stichting Recht op ggz bereidt rechtszaak voor om lange wachtlijsten*. <https://mindplatform.nl/nieuws/stichting-recht-op-ggz-bereidt-rechtszaak-voor-om-lange-wachtlijsten>
- Trimbos-instituut. (2023, 2 augustus). *Wachttijd in de GGZ heeft impact op patiënten, naasten en zorgverleners*. <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/wachttijd-in-de-ggz-heeft-impact-op-patiënten-naasten-en-zorgverleners/>
- Vrije Universiteit Amsterdam. (z.d.). *Lang wachten op geestelijke gezondheidszorg verkleint de kans op een baan*. Vrije Universiteit Amsterdam. <https://vu.nl/nl/nieuws/2023/lang-wachten-op-geestelijke-gezondheidszorg-verkleint-de-kans-op-een-baan>
- Wang, P. S., Berglund, P. A., & Olfson, M. (2004). Delays in initial treatment contact after first onset of a mental disorder. *Health Services Research*, 39(2), 393-415. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2004.00234.x>
- Wij Zijn MIND. (z.d.). *Wij Zijn MIND*. <https://wijzijnmind.nl/>
- Willemsen, N. (2021, 12 oktober). *De effecten van sport en bewegen op mentale gezondheid*. Allesoversport.nl. <https://www.allesoversport.nl/thema/gezonde-leefstijl/de-effecten-van-sport-en-bewegen-op-mentale-gezondheid/#reference-list-2>
- Zijlstra, Y. (2022). Q&A DE SPV ALS RB. <https://venvn-spv.nl/wp-content/uploads/2022/09/QenA-De-SPV-als-RB-v1-1.pdf>
- Zwier, M., Poortvliet, P., & V&VN SPV. (2022). *[Advies positionering sociaal psychiatrisch verpleegkundige]*. <https://www.archief-spv.nl/pdfs/afdeling-spv/alv/alv2022/20221117-advies-positionering-spv-14september2022.pdf>

Verlaving & Psychiatrie: Kip en ei probleem of eclectisch?

Fenna Bos en
Irene Atema
beiden SPV i.o.

Aanleiding

Begin 2023 stuurt Denise (70), vanuit wanhoop, een mail naar de Volkskrant. Ze geeft in deze mail aan, dat het voelt alsof ze in een bodemloze put valt. Ze vertelt over haar volwassen zoon, die aan schizofrenie leidt, dakloos en verslaafd is en vaak onverwacht voor hun deur staat. En die, omdat hij zowel kampt met psychiatrische problematiek als verlaving, tussen wal en schip valt voor de hulpverlening.

In april 2023 staat in de *Volkskrant* het artikel over Denise en haar man Peter (79), waarin hun ervaringen beschreven staan. *'Dit kunnen wij, noch hij, niet nog lang volhouden. Wij zijn machteloos, gevangen in de zorg voor hem. We gaan van incident naar incident. Alle mogelijke instanties heb ik benaderd, maar niemand geeft thuis. Instellingen voor deze ernstige zieke, verwarde mensen zijn afgeschaft. Wij zijn langzamerhand de dood gaan zien als een barmhartige vriend en oplossing'* (Bouma & Stoker, 2023).

In bovenstaande tekst komt naar voren, dat Denise en Peter tegen de grenzen van de hulpverlening aan lopen op het moment dat er qua problematiek sprake is van zowel verlaving als psychiatrie, een dubbele diagnose. De mate van wanhoop is duidelijk zichtbaar. Eenieder weet, dat als ouders voor hun kind de dood als oplossing zien, de wanhoop groot is. Tijdens de uitvoering van ons huidige werk, als SPV i.o. zowel binnen de verlaving als psychiatrie lopen wij ook regelmatig tegen deze grenzen aan en herkennen deze problemen rondom een dubbele diagnose, de onduidelijkheid in zorgcoördinatie, het (ver)wijzen naar elkaar en de samenwerking die hierin vervolgens ontbreekt. Maar ook de (on-)mogelijkheden van uitwisselen van gevoelige persoonlijke gegevens. In de GGz Standaard Comorbiditeit (z.d.) worden deze knelpunten in de zorg voor mensen met een dubbele diagnose herkend. Hierin wordt aangegeven dat er veel verschillende zorgverleners vanuit diverse zorginstellingen betrokken kunnen zijn bij een cliënt en naasten waarbij onderling overleg en afstemming tussen al deze zorgverleners vaak verre van optimaal is en met regelmaat ontbreekt een integrale en multidisciplinaire aanpak en er is sprake van een onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling. Tevens wordt aangegeven dat het ontbreken van een duidelijk aanspreekpunt als knelpunt ervaren wordt maar ook dat de privacywetgeving kan leiden tot het onvoldoende uitwisselen van persoonlijke gegevens (z.d.). In maart 2024 stond een cliënt van verslavingszorg, in een psychotisch toestandsbeeld, op de Herebrug te Groningen en dreigde hiervan af te springen. GGZ werd door verslavingszorg benaderd in verband met het uitvoeren van een crisisbeoordeling. De GGZ weigerde dit, omdat het een cliënt van verslavingszorg betrof. Uiteindelijk hebben familieleden van de cliënt hem weten te motiveren om niet te springen. En hebben zij

hem naar de SEH van het UMCG gebracht. Daar is hij alsnog, na een psychiatrische beoordeling in een gesloten setting van GGZ geplaatst is.

Wij hebben eigen ervaringen, uitgewerkte interviews met collega's op de werkvloer, theoretische en onlinebronnen verzameld voor de totstandkoming van dit artikel. In dit artikel geven wij weer welke gevolgen een dubbele diagnose voor een cliënt en hulpverlener kan hebben. Middels dit artikel hopen wij dat hulpverleners beginnen met het erkennen van een dubbele diagnose en op basis van deze diagnose hun handelen af gaan stemmen. Juist de SPV moet over grenzen heen kijken en gaan en cliënten includeren binnen de zorg. Naar onze mening gaat het er niet om of bepaalde problematiek op de voorgrond staat of dat er één organisatie verantwoordelijk is. Er zou dus geen sprake moeten zijn van kip of het ei. Het is van belang dat gekeken gaat worden naar wat een cliënt nodig heeft, dat er onderlinge samenwerking plaats vindt en dat het helder wordt welke rol de SPV hierin kan vervullen.

Wat zegt de theorie over comorbiditeit, verslaving en psychiatrie?

In 2020 telt Nederland ruim 300 duizend mensen met een combinatie van een psychische stoornis en een 'middenstoornis' als alcoholmisbruik of drugsverslaving. Dat blijkt uit cijfers afkomstig van een langlopend onderzoek naar het psychisch welzijn van Nederlanders (Bouma & Stoker, 2023).

Bij mensen met een ernstige psychische stoornis in de leeftijdscategorieën van 18 t/m 75 jaar heeft 41 procent te maken gehad met een verslaving en psychiatrie. Vanuit onderzoek door Trimbos-instituut (2022) blijkt dat een dubbele diagnose vaak voorkomt binnen zowel de verslavingszorg als de GGZ. Opvallend hierbij is dat de setting uitmaakt. In de GGZ blijkt het voorkomen van een ernstige middenstoornis bij mensen met een psychotische aandoening erg hoog. Dit aantal ligt in de verslavingszorg veel lager. Hierbij wordt aangegeven, dat mensen met een psychotische aandoening door verslavingszorg veelal voor behandeling worden verwezen naar de GGZ.

Door het Trimbos-instituut (z.d.-a) wordt ook benoemd dat mensen met verslavings- en psychiatrische problemen veelal niet de juiste behandeling krijgen. In dat geval is er sprake van een kip of het ei en niet van de kip en het ei.

Er wordt binnen het Trimbos instituut gesteld, dat hulpverleners binnen de verslavingszorg de psychische problemen bij een dubbele diagnose vaak te ernstig vindt om te behandelen. Binnen de GGZ is er vaak weerstand of onvoldoende kennis om de verslaving te behandelen. Er zou sprake moeten zijn van samenwerking in plaats van verwijzing. Zoals eerder is aangegeven heeft een dubbele diagnose grote invloed op mensen en hun netwerk. Het stellen van een goede diagnose, of erachter komen of de problemen voortkomen vanuit middelengebruik, psychische ziekte of juist beide, is lastig. Het stigma rondom dubbele diagnose is niet helpend en kan een negatieve invloed uitoefenen bij het vragen om hulp. Hulpverleners blijken vaak niet te weten waar ze mensen met verslaving en psychiatrie naar toe kunnen verwijzen (Trimbos, 2022).

De website van Dimence geeft aan, dat zij een zorginstelling is, die een specifieke afdeling verslavingspsychiatrie heeft. Binnen deze afdeling worden beide problemen tegelijkertijd behandeld, zodat behandeling een grotere kans van slagen heeft. Een afzonderlijke behandeling van verslaving of psychische problemen zijn meestal niet effectief gebleken. Bij Dimence

probeert men cliënten te laten stoppen met middelengebruik waardoor de kans op herstel en beter functioneren vergroot wordt. Tevens geeft men bij zorginstelling Dimence aan dat bij de combinatie van verslavings-, en psychische problemen een verhoogd risico is op chroniciteit. Dus hoe eerder de verslaving en de psychiatrie tegelijkertijd behandeld wordt, hoe effectiever de behandeling en hoe beter de vooruitzichten. Ook zien zij dat er bij cliënten vaak sprake is van een groot herstelvermogen, als beide problemen tegelijkertijd worden meegenomen in de behandeling. De kracht van de behandeling zit in het voorkomen van chronische verslaving (Dimence, z.d.).

Vanuit onderzoek door Kenniscentrum Phrenos en Verslavingskunde Nederland (2020) wordt aangegeven dat mensen met beide aandoeningen vaak niet adequaat geholpen worden en slechts voor een van de twee aandoeningen worden behandeld. De getrokken conclusies zijn; de aandacht voor dubbele diagnose is urgent, screening van dubbele diagnose met gevalideerde instrumenten is noodzakelijk, professionals hebben behoefte aan goede richtlijnen, actieplannen en deskundigheidsbevordering en cliënten willen een geïntegreerde behandeling, meer expertise van de ervaringsdeskundigen en nazorg. Tevens wordt benoemd, dat het passend zou zijn om cliënt vanuit holistische wijze te benaderen en niet alleen uitsluitend vanuit de verslaving of psychiatrische problematiek. Het is van groot belang dat geïnvesteerd gaat worden in samenwerking tussen verslavingszorg en GGZ, maar dit gaat niet vanzelf, kost tijd en inspanning. Als er aan al deze randvoorwaarden voor goede zorg niet zal worden voldaan zal er niets veranderen zoals aangegeven door Kenniscentrum Phrenos en Verslavingskunde Nederland (2020).

Praktijkonderzoek

Voor dit artikel hebben we, zowel binnen verslavingszorg als GGZ, collega's geïnterviewd over wat hun visie is met betrekking tot het werken met cliënten met een dubbele diagnose. En hoe zij dat, wat betreft de samenwerking tussen verslavingszorg en GGZ, ervaren. Het doel hiervan is, nagaan wat er goed gaat, wat er minder goed gaat, wat er nodig is en wat de SPV hierin kan betekenen.

Werkveld psychiatrie

Uit de interviews en praktijkervaring van collega's kan worden opgemaakt, dat de samenwerking tussen psychiatrie en verslaving bij dubbele diagnose complex blijkt te zijn.

Hieronder een samenvatting van alle reacties.

Binnen de psychiatrie heeft men de ervaring dat er tussen beide partijen gediscussieerd wordt welke instelling het gaat oppakken.

Men geeft aan te hebben ervaren, dat wanneer een cliënt, met een verslaving, binnen de psychiatrie geen motivatie heeft om te stoppen met middelengebruik, er moeilijk een behandeling binnen de verslaving gestart kan worden. De verslavingsproblematiek kan op deze manier blijven bestaan en kan zo een behandeling voor de psychische problematiek in de weg staan.

Voor een betere samenwerking tussen psychiatrie en verslaving, is volgens een andere professional uit de psychiatrie een betere afstemming tussen beide partijen nodig. Er zou sprake moeten zijn van behandeling en begeleiding vanuit één team. Waarbij alle zorg verlenende partijen zitting hebben. Op deze manier is er sprake van korte lijntjes

en zal er een soepelere samenwerking plaats vinden vanuit één behandelplan. Hiervoor is een frequent onderling overleg noodzakelijk.

Het werkveld geeft aan dat er bij dubbele diagnosebehandeling sprake is van onduidelijkheid over wie de regie voert. Wat maakt dat zij dan niet weten bij welke hulpverlener ze bepaalde vragen moeten stellen. Ook lijken cliënten het vervelend te vinden, dat niet iedere partij op ieder vlak weet wat er bij de cliënt speelt. Tegelijkertijd lijken cliënten ook de voordelen te ervaren, dat iedere hulpverlener zich met diens eigen gebied bezighoudt. De vraag is dus of de cliënt moeite heeft met de taakverdeling of dat dit de professionals zelf zijn.

Een aantal professionals is van mening niet genoeg handvatten te hebben om met dubbele diagnoses om te kunnen gaan. Dit heeft te maken met het feit dat het allemaal aparte deelgebieden zijn. Er is binnen de psychiatrie kennis over verslaving en visa versa, maar de behoefte aan psycho-educatie blijft bestaan. Bijvoorbeeld over welk effect medicatie heeft op verschillende soorten drugmiddelen en of een psychose druggerelateerd is of een andere oorzaak heeft. Soms is de casus binnen de psychiatrie dermate complex of specifiek, dat er meer expertise nodig is over verslavingsproblemen.

Op individueel niveau zijn er wel positieve ervaringen ten aanzien van de onderlinge samenwerking. Vooral ten aanzien van de samenwerking binnen de OGGz en het WIJteam zijn er inmiddels kortere lijntjes. Genoemd wordt dat de samenwerking steeds beter wordt. Dit heeft vooral te maken met het feit dat ze elkaar beter leren kennen en elkaar hierdoor makkelijker kunnen vinden. Door vrijwel alle geïnterviewden binnen de psychiatrie, werd aangegeven dat wat hun betreft overleg en consultatie altijd mogelijk is.

Als laatste wordt door enkele collega's de kanttekening gemaakt, dat een samenwerking bemoeilijkt wordt, door te moeten werken met DSM-classificaties, zorgprestatie-modellen en privacywetgevingen. Door deze kaders ontbreken de juiste randvoorwaarden om een samenwerking beter te laten verlopen.

Werkveld verslavingszorg

De ervaring binnen de verslavingszorg is de overtuiging dat binnen de GGZ nog altijd de kernvraag blijft meespelen: wat is voorliggend, de psychiatrie of de verslaving. Professionals vanuit de verslavingszorg vinden deze vraag niet altijd relevant. Deze insteek zorgt ervoor, dat er in crisissituaties getwijfeld wordt over wie het voortouw moet nemen. Er wordt dan naar elkaar gekeken. Vooral als een cliënt van verslavingszorg zich onder invloed suïcidaal uit, wordt er vaak vanuit GGZ geweigerd om een crisisbeoordeling te doen. Het komt ook voor dat wanneer verslavingszorg erbij betrokken wordt, GGZ de cliënt wil overdragen in plaats van samen te blijven werken. Veel collega's geven aan dat ze de ervaring hebben, dat GGZ een behandeling wil afsluiten of dat cliënten niet worden aangenomen, omdat ze verslaafd zijn. Terwijl er sprake is van een psychiatrische stoornis.

Binnen verslavingszorg komen veelvuldig dubbele diagnoses voor. Enkele voorbeelden zijn ASS, ADHD, LVB, Persoonlijkheidsstoornissen, Ontwikkelingsstoornissen, PTSS, Depressie en overige stemmingsstoornissen. Deze problemen worden vaak gedurende de verslavingsbehandeling meegenomen. Soms wordt hierbij de expertise gemist.

Een betere samenwerking tussen GGZ en verslavingszorg is gewenst. Deze wordt op dit moment niet als optimaal ervaren. Wel wordt aangegeven dat dit afhangt van de persoon. De ene keer verloopt een samenwerking dusdanig dat de cliënt samen gezien wordt, maar het merendeel van de ervaringen is toch dat iedere organisatie op zijn eigen eiland bleef zitten en waarbij het lastig was om de samenwerking te vinden.

Eén professional geeft aan, dat hij de cliënt als mens ziet en niet als een verzameling diagnoses. En dat hij, hoe langer hij in de zorg werkt, de diagnoses van de DSM als problematisch en verwarrend ervaart.

Dat hij door de bomen het bos niet meer ziet. En zich afvraagt of overige collega's dit nog wel zien. 'Hij vraagt zich af of de cliënten zich nog echt gehoord en gezien voelen'. En dat hij in het verlengde daarvan dubbele diagnoses dan ook problematisch en verwarrend vindt.

Een andere professional geeft aan dat ze verslaving niet losgelaten van de psychiatrie zou willen zien. Maar dat verslaving ook een afdeling is en zou moeten zijn binnen de psychiatrie met specifieke expertise. Het ene probleem kan immers vaak de oorzaak zijn van een ander probleem. Denk aan ADHD, waarbij de cliënt de rust of orde niet gaat zoeken in medicatie, maar juist in middelengebruik. Of denk aan iemand met ASS die op sociaal gebied tegen de nodige problemen aanloopt, die zich opstapelen, waardoor iemand zich wil verdoven met alcoholgebruik. Dubbele diagnoses maakt het voor een behandelaar en regiebehandelaar moeizamer om oorzaak en gevolg te scheiden en sowieso om te behandelen.

Volgens enkele professionals merken zij aan cliënten, dat ze het wisselend belastend vinden om zowel behandeling te krijgen bij verslavingszorg als GGZ.

Cliënten die aanvullend hulp uit de verslavingszorg ontvangen, waarderen dit omdat men daar ook naar de onderliggende psychische problematiek wil kijken. En niet alleen de verslaving als uitgangspunt neemt. Er wordt wel vaak benoemd dat ze het idee hebben meer behandelaars te hebben, dan vrienden. Om deze reden mijden ze soms de andere organisatie en worden dus mogelijk onder behandeld. Soms lijken ze door alle verschillende afspraken ook niet het overzicht te kunnen bewaren. Sommigen cliënten geven aan, dat ze zich tijdens een behandeling met twee partijen van het kastje naar de muur gestuurd voelen. Andere cliënten weten misbruik van de situatie te maken, door op twee verschillende locaties medicatie voorgeschreven te krijgen.

Wat betreft de vraag of professionals voldoende expertise hebben ten aanzien van psychiatrische problematiek, zijn de ervaringen wisselend. Het merendeel vindt dat deze kennis beter kan en moet en er meer mogelijkheden zouden moeten zijn voor specifieke behandeling binnen verslavingszorg. De verslavingszorg lijkt breed te kijken naar onderliggende psychiatrische problematiek. Toch zou het goed zijn dat men de samenwerking met de GGZ daarbij zou inzetten.

“Zo kan het ook”

Vrij recent plaatst een SPV en Verpleegkundig Specialist op de sociale media een praktijkervaring met een goed en hoopvol verloop wat betreft dubbele diagnoses en de samenwerking met verschillende instanties. De titel luidt “ Zo kan het ook!” (Van der Weerd, 2024). Het gaat hierbij om een cliënt die door een groot life-event terugvalt in gebruik en in de greep van cocaïne en dealers verzeild raakt. Met alle negatieve gevolgen van dien. In dit artikel komt de nauwe samenwerking tussen drie verschillende zorginstellingen (BuurtzorgT, VNN en Lentis)



naar voren. Er wordt een hulpverleningstraject in gang gezet waarbij iedere organisatie zijn eigen aandeel heeft. VNN is zorgverantwoordelijk, Lentis zorgt voor de benodigde gesloten deur en BuurtzorgT is op verzoek van cliënt vanwege de reeds bekende context en werkrelatie ook betrokken (Van der Weerd, 2024). Bij navraag bij de schrijver, wordt duidelijk dat er onderling hard gewerkt is, om de cliënt weer in de maatschappij te krijgen! Het werkte goed dat men onderling gebruik maakte van informele contacten en men bereid was om meer dan anders te investeren in het contact en de verbinding. Hierdoor werden collega's onderling op tijd geïnformeerd en konden goede (samenwerkings)afspraken worden gemaakt. Door de goede samenwerking groeide het onderlinge vertrouwen en respect voor elkaars visie. Tevens is het van belang elkaar de gelegenheid te geven om het een andere keer beter te doen. Belangrijk is het ook om gebruik te maken van elkaars expertise en vooral gezamenlijk te focussen op wie de cliënt is en wat deze wil.

Niet alleen wij als schrijvers werden enthousiast van deze inbreng, overige reacties waren ook positief. Collega professionals gaven aan dit een goed voorbeeld van samenwerking te vinden. En de mening was, dat zulke ervaringen vaker gedeeld zouden moeten worden, omdat het van groot belang is te lezen en weten welk belang en gevolg onderlinge samenwerking heeft.

Conclusie/mening

Samenvattend kunnen wij concluderen, dat zowel vanaf de werkvloer, vanuit cliënten als vanuit de literatuur, de urgentie van dubbele diagnosen omarmen en te anticiperen hoog is. Er blijven zich in de maatschappij complexe situaties voordoen, waarbij de cliënt zowel de expertise vanuit de verslavingszorg als de GGZ nodig heeft. Deze partijen zullen dus beter moeten samen werken. De SPV heeft een centrale rol binnen crisis en is bij uitstek diegene die oog dient te hebben voor interprofessionele samenwerking en netwerken. Het is de overduidelijke bevinding, dat dit niet voldoende van de grond komt, terwijl hier al jaren over gesproken wordt. Met als gevolg, dat niet alleen de cliënt daar zichtbaar last van heeft, maar ook de SPV in de uitvoering van haar werk.

Wat ook duidelijk naar voren komt is de mate waarin zowel verslavingszorg als GGZ niet voldoende expertise hebben ten aanzien van elkaars werkveld. Naar onze mening kan de SPV hierin een belangrijke rol spelen met betrekking tot de overdracht van kennis en expertise, zodat er meer onderling begrip komt voor elkaars mogelijkheden en beperkingen. De SPV kan dit doen aan de hand van het organiseren en innoveren van klinische lessen en consultatie.

Naar onze mening moet er aandacht komen voor de mogelijkheden om binnen zowel verslavingszorg als GGZ, een geïntegreerde behandeling aan cliënten met een dubbele diagnose (IDDT) te bieden.

Zoals aangegeven door Trimbos (z.d.-b) is IDDT een geïntegreerde behandeling dubbele diagnose met als doel het verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen met een psychiatrische stoornis en problematisch middelengebruik. Dit is geen interventie, maar een organisatorisch behandelmodel waarbinnen verschillende interventies uitgevoerd kunnen worden. Het model beschrijft 13 behandelinhoudelijke onderdelen en 14 organisatorische onderdelen. Naar onze mening zouden meer organisaties deze benadering mogelijk moeten maken. Hierbij is een taak weggelegd voor de SPV doordat deze de coördinatie en regie over de zorg en het proces op zich neemt. Tevens moet de SPV zich hierbij bewust zijn van het feit, dat er meerdere zorg-

verleners en instellingen betrokken zijn en dat de SPV de professional is om de interdisciplinaire samenwerking te bevorderen. De SPV moet de verantwoording nemen als het gaat over communicatie en afstemming met alle betrokkenen. En zij moet de urgentie van IDTT inzien en actueel houden. De SPV is in staat deze behandeling te ontwikkelen en innoveren vanuit haar rol als kwaliteitsbevorderaar.

Bronnen

- Bouma, K., & Stoker, E. (2023, 15 april). *Het gebrek aan zorg voor psychiatrische patiënten met een verslaving drijft ouders tot wanhoop: 'Wij zijn gevangen in de zorg voor hem'*. Geraadpleegd op 12 maart 2024, van <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/het-gebrek-aan-zorg-voor-psychiatrische-patiënten-met-een-verslaving-drijft-ouders-tot-wanhoop-wij-zijn-gevangen-in-de-zorg-voor-hem~becdf920/>
- Dimence. (z.d.). *Verslavingspsychiatrie*. Geraadpleegd op 29 mei 2024, van <https://www.dimence.nl/verslavingspsychiatrie>
- GGZ Standaarden (z.d.). *Comorbiditeit*. Geraadpleegd op 4 juli 2024, van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/comorbiditeit/inleiding/uitgangspunten/knelpunten-in-de-zorg>
- Kenniscentrum Phrenos en Verslavingskunde Nederland (2020). *Onderzoek ggz en verslavingszorg*. Geraadpleegd op 29 mei 2024, van <https://kenniscentrumphrenos.nl/kennisproduct/onderzoek-ggz-en-verslavingszorg/>
- Trimbos (z.d.-a). *Behandeling van dubbele diagnose*. Geraadpleegd op 12 maart 2024, van <https://www.trimbos.nl/kennis/zorg-en-participatie/behandeling-dubbele-diagnose/>
- Trimbos (2022). *Dubbele Diagnose: feiten en cijfers*. Geraadpleegd op 12 maart 2024, van <https://www.trimbos.nl/kennis/zorg-en-participatie/behandeling-dubbele-diagnose/feiten-en-cijfers-over-dubbele-diagnose/>
- Trimbos-instituut (z.d.-b). *Geïntegreerde behandeling dubbele diagnose (IDDT)*. Geraadpleegd op 4 juli 2024, van <https://www.trimbos.nl/kennis/zorg-en-participatie/ggz-erkende-interventies/geintegreerde-behandeling-dubbele-diagnose/>
- Van der Weerd, G. (2024, 22 april). *Geeske van der Weerd on LinkedIn: Zo kan het ook!* Geraadpleegd op 26 april 2024, van <https://www.linkedin.com/feed/update/urn:li:activity:7188080000263168000/>
- Tijdschrift De Psycholoog (z.d.). *EMDR bij middelenverslaving*. Geraadpleegd op 4 juli 2024, van <https://www.tijdschriftdepsycholoog.nl/wetenschap/emdr-bij-middelen-verslaving/>

Pootje voor pootje: huisdieren in de GGZ



Janita Haaijer
(GGZ Drenthe)
en Ineke Otten
(Dimence),
beiden SPV i.o.

Nel: “Na mijn verhuizing naar Almelo had ik last van minderwaardigheidsgevoelens. Ik voelde me nog niet geaccepteerd. In deze moeilijke fase van mijn leven, is mijn huisdier helpend voor me geweest om daar doorheen te komen. Mijn hond was onbevooroordeeld en was mijn beste vriend.” Blindengeleidehonden, autismehonden en therapiehonden zijn inmiddels bekende verschijnselen. Ze ondersteunen eigenaren bij het zelfstandig functioneren. Als therapiedieren een positief effect kunnen hebben op het mentale welzijn van een persoon, zou een huisdier dit effect dan ook kunnen hebben in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)?



Voor dit artikel spraken we met twee hulpverleners en met een cliënt die momenteel wordt behandeld in de GGZ. Zij deelden hun inzichten over de vraag of huisdieren van invloed zijn op eigenwaarde. José Bruintjes werkte als verpleegkundige bij FACT van GGZ Drenthe en heeft met de inzet van haar eigen hond tijdens behandelcontacten een prijs gewonnen in 2021, op de dag van de verpleging. Hilda Reverda, verpleegkundige bij Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie (CVBP) polikliniek van GGZ Drenthe, neemt ons mee in het behandelproces met haar therapiehond. Cliënt Nel (79 jaar), in zorg bij Dimence, vertelt over de invloed van huisdieren in haar leven door haar verschillende levensfasen heen.

Wat maakt een huisdier? Een verkenning van de definitie

In Nederland zijn er ongeveer 22 miljoen huisdieren. Maar wat verstaan we onder huisdieren? Van Dale (2024) hanteert de definitie: ‘Huisdier: Dier dat door de mens om het nut of de gezelligheid gehouden wordt’. Huisdieren kunnen worden ingedeeld in drie categorieën: gezelschapsdieren, boerderijdieren en werkdieren (licg, z.d.). In dit artikel richten we ons op gezelschapsdieren omdat deze vaak in huis worden gehouden, zoals honden en katten. Dieren en mensen zijn al lange tijd met elkaar verbonden. In het oude Egypte werden katten als heilig beschouwd en symboliseerden ze vruchtbaarheid. Honden dienden als statussymbolen en werden ingezet voor de jacht en als gezelschapsdieren in welvarende families. Tegenwoordig worden zowel honden als katten beschouwd als knuffelmaatjes en zijn ze niet meer weg te denken uit de Nederlandse samenleving. Sinds de twintigste eeuw is er een explosieve groei zichtbaar van de inzet van dieren in de zorg als interventie (Ophorst et al., 2014). Florence Nightingale zag in 1859 al de relatie tussen mens en dier. Ze sprak onderstaande woorden uit: (Engel, 2019).

“A small pet animal is often an excellent companion for the sick”

Invloed op eigenwaarde door de jaren heen

Nel: “Het mooiste verjaardagscadeau dat ik ooit kreeg waren twee witte muisjes. Als enig kind is het fijn als je een kameraadje hebt waar je je emoties aan kwijt kunt.” De ervaring die Nel hierboven omschrijft staat niet op zichzelf. Zo blijkt uit onderzoek dat kinderen tijdens stressmomenten steun ervaren aan hun huisdier. Veelal hebben deze kinderen een hoger gevoel van eigenwaarde en een positiever zelfbeeld dan kinderen die geen huisdier hebben (Van Houten & Jarvis, 1995). Kinderen tussen de 5 en 17 jaar beschouwen hun huisdieren als hun familielid en/of metgezel. In het onderzoek van Tomlinson et al. (2023) komt naar voren dat huisdieren effect hebben op de sociaal- emotionele ontwikkeling van kinderen en adolescenten.

Uit diverse onderzoeken is gebleken dat kinderen die opgroeien met een huisdier een betere emotionele en cognitieve ontwikkeling hebben. Kinderen kunnen bijvoorbeeld meer eigenwaarde en zelfvertrouwen ontwikkelen als ze helpen bij het verzorgen van een huisdier, mits de taken aangepast zijn aan de leeftijd. Kinderen leren hierdoor een stukje verantwoordelijkheid te nemen en het helpt hen om empathie te tonen. Het kind kan ook steun ervaren door het huisdier, doordat zij hun gevoelens en zorgen aan het huisdier kwijt kunnen (Diertotaal, z.d.). Ook Nel ondervond dit aan den lijve. Zo vertelt zij: “Toen ik kleuterjuf was nam ik mijn huisdieren mee naar de klas. Kinderen kregen taakjes om voor de beestjes te zorgen. Ik zag toen dat het effect had op kinderen die meer teruggetrokken waren of verlegen. Een huisdier is onbevooroordeeld: het kan zowel met een haantje de voorste, als met iemand die niet goed in de groep past. Ik zag dat de eigenwaarde van kinderen groeide doordat zij van betekenis waren voor de dieren.”



Huisdieren kunnen op verschillende gebieden waarde toevoegen aan het leven van mensen (Van Traverse, 2019):

- **Fysiologisch:** Fysiek contact met een huisdier kan leiden tot een verlaging van de hartslag en bloeddruk, omdat het hormoon oxytocine vrijkomt.
- **Sociaal:** Het zorgen voor een huisdier stimuleert het gevoel van verantwoordelijkheid en empathie. Daarnaast bevordert het interactie en openheid ten opzichte van anderen.
- **Geestelijk welzijn:** Het gevoel van verbondenheid met een huisdier vergroot het mentale welzijn. Bovendien oordeelt een dier niet, wat een positief effect heeft op het gevoel van eigenwaarde. Een huisdier biedt structuur, ritme en zingeving.

Nel: “Tijdens mijn gesprekken in de GGZ heb ik met mijn SPV besproken dat ik warmte en genegenheid miste, wat mijn gevoel van eigenwaarde en mijn stemming beïnvloedde. Fysiek contact is voor mij van groot belang. Vroeger ervoer ik dit met mijn huisdieren. Huisdieren hebben altijd een belangrijke rol gespeeld in mijn leven. Door mijn lichamelijke klachten zou het uitlaten van een hond lastig voor mij zijn. Je gaat een verbintenis aan voor jaren. Nu ik wat ouder ben, besluit ik geen nieuw huisdier meer te nemen, maar ik mis het wel. Om dit te compenseren, voer ik de vogels dagelijks, waardoor ons huis nu een waar vogelparadijs is. Ook verwen ik regelmatig de katten uit de buurt met wat lekkers, zodat ze steeds weer terugkomen. Mijn SPV informeerde naar mijn mening over een zorgboerderij en ik was meteen enthousiast. Het bevalt me goed. Ik ga er twee dagen per week naartoe en merk dat mijn veerkracht toeneemt en mijn stemming verbetert. Dus ja, ik ben zeker voorstander van het betrekken van huisdieren in de GGZ. Ik geloof dat liefde voor dieren kan leiden tot vertrouwen. Dieren oordelen niet, wat prettig en ondersteunend is. Voor kwetsbare mensen kan dit van belang zijn. Het aangaan van een band met een huisdier kan zelfs bijdragen aan het vergroten van het gevoel van eigenwaarde.”

Huisdieren als voorschrift

Een dier is geen behandelaar of therapie, maar kan wel ingezet worden door de hulpverlening. Als een dier wordt ingezet als interventie praten we over Animal Assisted Interventions (AAI). Dit zijn interventies waarbij een hulpverlener een dier inzet om de ontwikkeling van de cliënt te bevorderen. De hulpverlener zorgt er voortdurend voor dat zowel het welzijn van het dier als de behoeften van de cliënt worden gewaarborgd, zodat de doelstellingen effectief worden bereikt. Sinds twee jaar bestaat in Nederland het AAI-kwaliteitsregister (AKR). In dit register kunnen vrijwilligers, dierbegeleiders en professionele hulpverleners en coachen die met dieren werken, zich laten toetsen en registreren. De voorwaarden zijn dat je een erkende, afgeronde beroepsopleiding hebt en werkzaam bent in het werkveld. Als je hier niet aan voldoet, kun je gedurende een overgangsfase een ervaringscertificaat aanvragen. Om in het AKR geregistreerd te staan is het nodig dat je vakspecifieke bijscholing, bijscholing op het vlak van dier ondersteunende interventies, intervisie en supervisie volgt.

Om je huisdier in te kunnen zetten is een cursus nodig volgens het AAI. Dit is onderverdeeld in drie levels. Level één is het inzetten van je huisdier als vrijwilliger. Bij level twee werk je zelfstandig of onder supervisie met minimaal MBO-niveau. En level drie werk je zelfstandig op HBO- of WO-niveau (Vomberg, z.d.).

In AAI-programma's zijn vaak honden of katten betrokken. Katten worden voornamelijk intramuraal ingezet en honden vaker extramuraal. Volgens AAI-kwaliteitsgerichter kan een hulpverlener een rol spelen bij het inzetten van huisdieren tijdens behandelingen (Enders-Slegers & Hediger, 2023).

Hilda begon haar eigen hond Lenthe in te zetten als interventie om een cliënt te motiveren voor behandeling, en dit bleek positieve resultaten op te leveren. Ze raakte geïnteresseerd en besloot Lenthe op te leiden tot een therapiehond. Hilda zet Lenthe bijvoorbeeld in als ontspanning na EMDR. Ze laat cliënt Lenthe de hond aaien en knuffelen, wat helpt bij ontspanning en tevens het contact met Hilda vergemakkelijkt. Lenthe fungeert als gespreksstof en vergroot het zelfvertrouwen van cliënten. Bovendien leert Lenthe de cliënt grenzen aangeven zonder te oordelen.

Tijdens de coronaperiode merkte José op dat haar cliënten behoefte hadden aan meer sociaal contact. “Ik denk dat we allemaal de basisbehoefte hebben om voor iemand te zorgen. Als ik kijk naar de doelgroep waarmee ik heb gewerkt, zien velen van hen hun leven als vol mislukkingen.” Daarom begon ze haar hond Bailey mee te nemen naar haar cliënten. Ze zorgde ervoor dat de cliënt buitenshuis kwam door met Bailey te gaan wandelen. Tijdens deze wandelingen waren de gesprekken niet standaard “Hoe gaat het?” gesprekken. Ze gingen niet altijd over problemen, maar waren meer gericht op herstel. José liet Bailey soms achter bij cliënten voor een aantal uurtjes. José: “Hun aanwezigheid betekende veel voor zowel Bailey als voor mijzelf. Het was belangrijk dat ze het huis netjes hielden en zelfstandig naar buiten gingen; dit bevorderde ook hun zelfzorg. Het gaf hen zelfvertrouwen dat ze dit konden en bevestigde mijn vertrouwen in hun vermogen om voor mijn hond te zorgen.



Voor huisdieren die worden ingezet vanuit het AAI is het van belang dat het veilig en effectief is, daarvoor is training en screening volgens het AAI noodzakelijk (Enders-Slegers & Hediger, 2023). José en Hilda verschillen van mening over de noodzaak van een opleiding voordat een hond wordt ingezet, maar ze zijn het erover eens dat de hond en de behandelaar goed op elkaar moeten zijn afgestemd. Als verpleegkundige draag je ook de verantwoordelijkheid voor het welzijn van de hond. Het is belangrijk dat er niet alleen afstemming is tussen het huisdier en de verpleegkundige, maar ook tussen het huisdier en de cliënt. Hierbij dien je rekening te houden met zaken zoals allergieën, trauma's, onvoorspelbaar gedrag en andere relevante factoren die mogelijk een contra-indicatie zijn.

Effectief gebruik van huisdieren in behandeling door SPV: Randvoorwaarden en praktische overwegingen

Iedereen heeft zijn eigen opvatting over het inzetten van huisdieren in de GGZ, zowel positief als negatief. Zo kreeg ook José te maken met negatieve reacties zoals de opmerking dat zij werk en privé gescheiden moest houden. Toch heeft zij volgehouden en kreeg ze steun van haar teamleider vanwege haar enthousiasme. Dit resulteerde er uiteindelijk in dat José en haar hond Bailey in 2021 het beste idee van GGZ Drenthe wonnen tijdens de dag van de verpleging. José benadrukt dat niet alles evidence-based hoeft te zijn. Soms moet je ook out-of-the-box durven denken en handelen op basis van intuïtie, en zien wat er zich voor je ogen ontvouwt. Naast de afstemming tussen cliënt, verpleegkundige en hond, is het belangrijk om aandacht te besteden aan andere randvoorwaarden. De gezondheid, kosten en verzekering van een huisdier zijn cruciale aspecten die in acht genomen moeten worden om een huisdier effectief in te kunnen zetten.



Als je zelf geen huisdier hebt om in te zetten, zijn er nog steeds mogelijkheden. Enkele ervaringsverhalen:

- Janita Haaijer vertelt (persoonlijke communicatie, 6 september 2024): “Een cliënt met minderwaardigheidsgevoelens was opgenomen in een klinische setting, waar ik als verpleegkundige opmerkte dat de cliënt meer ontspannen was tijdens het bezoek van zijn vader met diens hondje waarmee zij buiten wandelden. Na het bezoek was de cliënt ook meer in contact met zijn omgeving. Hoewel huisdieren in de kliniek normaal gesproken niet zijn toegestaan vanwege de huisregels, ging ik het gesprek aan met de cliënt over zijn mentale gezondheid en de positieve interactie die ik had waargenomen. Dit werd besproken met de behandelaren, en er werd besloten om buiten de gebaande paden te denken en een huisdier toe te staan in een ruimte die niet werd gebruikt. Op deze manier hoefden andere cliënten, die mogelijk angsten of allergieën hadden, hier niet mee geconfronteerd te worden.”
- Marrit de Jong vertelt (persoonlijke communicatie, 3 juli 2024): “Een cliënt die vanwege mutisme niet sprak, maar waarvan bekend was dat ze dol was op katten, ging samen met een SPV naar een kattencafé om contact te maken. Daar ontspande ze meer en zocht toenadering tot de katten. Stap voor stap begon ze kort te praten met de SPV.”

Conclusie

We kunnen concluderen dat huisdieren inderdaad een positieve invloed hebben op het welzijn en eigenwaarde van cliënten, zelfs als ze niet specifiek zijn opgeleid als therapiedieren.

Vanuit de theorie blijkt dat het inzetten van huisdieren een positief effect heeft op cliënten. Dit uit zich in verbeterd zelfvertrouwen, gevoel van verbondenheid, verantwoordelijkheidsgevoel, positieve feedback en afleiding van hun moeilijke situatie. José ondersteund dit vanuit de praktijk: “Ik kan me voorstellen dat voor mensen die moeite hebben om naar buiten te gaan of die twijfelen aan hun eigen capaciteiten, het meenemen van een huisdier een positief effect kan hebben. Misschien willen ze zelf ook wel een huisdier, maar ontbreekt het hen aan financiële middelen. Dieren geven warmte en dit is iets wat iedereen nodig heeft. Het beïnvloedt je eigenwaarde omdat het je laat zien dat je ertoe doet, dat je voor iemand kunt zorgen, dat er iemand naar je luistert en dat je belangrijk bent voor iemand.”

Hieronder enkele suggesties over hoe je als SPV huisdieren kunt inzetten in je behandelcontacten:

- **Therapeutische interactie:** Moedig patiënten aan om tijd door te brengen met huisdieren. Dit kan stress verminderen en een gevoel van verbondenheid bevorderen. Huisdieren kunnen een kalmerend effect hebben op mensen met angststoornissen of depressie.
- **Activiteiten met huisdieren:** Organiseer activiteiten waarbij patiënten kunnen deelnemen aan de verzorging van huisdieren, zoals borstelen, voeren of wandelen. Betrek huisdieren bij groepssessies om sociale interactie te bevorderen.
- **Observatie en signalering:** SPV-en kunnen letten op veranderingen in het gedrag van patiënten in reactie op huisdieren. Dit kan waardevolle informatie opleveren over hun emotionele toestand.
- **Samenwerking met andere professionals:** Werk samen met dierenartsen en gedragstherapeuten om de inzet van huisdieren te optimaliseren.

Als SPV denk je herstelgericht en durf je out-of-the-box te kijken. Het gebruik van huisdieren in je werk sluit hier perfect op aan, maar omdat dit een niet-traditionele aanpak is, vraagt het ook lef om deze stap te zetten.

Voor meer inspiratie:

- Kijk eens op www.contacthond.nl voor cursussen over hoe je als vrijwilliger of zorgprofessional je hond kan inzetten in je werk.
- Wil je je eigen huisdier beter begrijpen kijk dan eens op www.huisdierenschool.nl
- Heeft je cliënt behoefte aan een dier om zich heen, maar zijn er omstandigheden waardoor die er niet 24/7 voor kan zorgen? Denk dan eens aan het uitlaten van de hond van de burens of even oppassen. www.hondjeuitlaten.nl of www.verhuisdieren.nl

Literatuurlijst

- Diertotaal. (z.d.). *De voordelen van een huisdier*. Geraadpleegd op 19 juni 2024, van <https://www.diertotaal.nl/weetjes/de-voordelen-van-een-huisdier/#:-:text=Uit%20diverse%20onderzoeken%20blijkt%20dat,hel%20hart%20en%20de%20bloedvaten>.
- Enders-Slegers, M. J., & Hediger, K. (2023). *Dieren als assistent-behandelaars? Huisarts en Wetenschap*. Geraadpleegd op 19 juni 2024, van <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12445-023-2256-1.pdf>
- Engel, M. (2019, 2 maart). The value of a visit by an animal - Los Angeles Times. Geraadpleegd op 18 oktober 2024, van <https://www.latimes.com/archives/la-xpm-2007-jul-09-me-therapy9-story.html>
- Janssens, M., Eshuis, J., Peeters, S., Lataster, J., Reijnders, J., Enders-Slegers, M., & Jacobs, N. (2020). *The Pet-Effect in Daily Life: An Experience Sampling Study on Emotional Wellbeing in Pet Owners*. *Anthrozoos*, 33(4), 579–588. <https://doi.org/10.1080/08927936.2020.1771061>
- Licg. (z.d.). *De sociale rol van huisdieren*. Geraadpleegd op 19 juni 2024, van <https://www.licg.nl/de-sociale-rol-van-huisdieren/#het-huisdier-in-de-moderne-samenleving>
- Ophorst, S., Ruis, M., Pompe, V., De Jong, M., Van der Borg, J., Beerda, B., Visser, K., & Oomkes, C. (2014). *Dieren in de zorg*. Ontwikkelcentrum.
- Tomlinson, C. A., Matijczak, A., McDonald, S. E., & Gee, N. R. (2023). The role of human-animal interaction in child and adolescent health and development. In *Elsevier eBooks* (pp. 564–577). <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-818872-9.00003-0>
- Van Houtte, B. A., & Jarvis, P. A. (1995). The role of pets in preadolescent psychosocial development. *Journal Of Applied Developmental Psychology*, 16(3), 463–479. [https://doi.org/10.1016/0193-3973\(95\)90030-6](https://doi.org/10.1016/0193-3973(95)90030-6)
- Van Traverse, V. (2019, 30 januari). *Effecten Zorgdieren*. Stichting ZorgDier Nederland. Geraadpleegd op 19 juni 2024, van <https://www.zorgdier.nl/zorgdieren-activerende-therapeutische-meerwaarde/>
- Vomberg, F. (z.d.). *Het AKR voor AAI-professionals*. AAI Register. Geraadpleegd op 5 juli 2024, van <https://aairegister.nl/over-het-akr/voor-aii-professionals/>



Tussen wal en schip

De SPV als sleutelfiguur

in het voorkomen dat GGZ-patienten tussen wal en schip vallen.

Het verhaal van Jan

Jan is een man van 35 jaar die al jaren worstelt met zijn geestelijke gezondheid. Hij woont alleen in een klein appartement in een rustige buurt, maar zijn innerlijke wereld is alles behalve rustig. Jan heeft een lange geschiedenis van depressieve klachten en angststoornissen en om zijn pijn te verzachten pakt hij vaak een biertje. Dit zorgt ervoor dat zijn geestelijke gezondheid alleen maar complexer wordt. Op een koude winterochtend besloot Jan dat het genoeg was. Hij wilde hulp zoeken om zijn leven weer op de rails te krijgen. Hij belde de huisarts en kreeg een doorverwijzing naar een GGZ-instelling. De wachttijd was echter lang en tegen de tijd dat hij eindelijk een afspraak had, voelde hij zich al weer wat beter. De psycholoog vond zijn klachten niet ernstig genoeg voor intensieve behandeling en verwees hem terug naar de huisarts. Behandeling binnen de eerstelijnszorg zou passender zijn.

Jan voelde zich verloren. Hij had het gevoel dat niemand hem echt begreep of serieus nam. Hij probeerde het opnieuw bij een eerstelijnspsycholoog maar daar werd hij weer terugverwezen omdat de problematiek te complex was voor de eerstelijnszorg. Hierop heeft de huisarts hem doorverwezen naar een andere GGZ-instelling. Elke keer moest Jan zijn verhaal opnieuw doen en elke keer voelde hij zich een beetje meer ontmoedigd. Zijn mentale gezondheid verslechterde. Hij voelde zich steeds meer geïsoleerd en zijn alcoholgebruik nam weer toe. Hij verloor zijn baan en raakte in financiële problemen. Het leek alsof er geen uitweg was en hij had het gevoel tussen wal en schip te raken. Voor nu zit Jan vast in een systeem dat hem niet de hulp kan bieden die hij zo hard nodig heeft. Hij blijft hopen dat er op een dag iemand is die hem echt gaat zien/horen en hem helpt om weer grip op zijn leven te krijgen.

*Lesley Roosien
(GGZ Drenthe) en
Mark Schippers
(Dimence)
beiden SPV i.o.*

Al jaren wordt in de zorg, in de media en in de samenleving veel gesproken over mensen ‘die tussen wal en schip raken’. Met deze uitdrukking wordt bedoeld dat iemand klem komt te zitten tussen twee problemen (Cultureel Woordenboek, z.d.). Dit is al jaren een belangrijk gespreksonderwerp dat geregeld terugkomt in het nieuws. Zoals bijvoorbeeld in 2015 in een artikel van Gemeente.nu: “Verwarde mensen vallen tussen wal en schip”. Hierin wordt beschreven dat mensen niet de juiste zorg krijgen omdat klinische bedden afgebouwd moeten worden en de ambulante zorg nog niet op orde is. In een meer actueel artikel van GZ-Psychologie uit 2023: “Mensen met complexe psychische problematiek vallen tussen wal en schip”, wordt omschreven dat onderzoek van het NIVEL aantoonde dat de aangeboden zorg vaak niet past bij de zorgproblematiek.

Hieruit blijkt dat de problemen met de aangeboden zorg na al die jaren nog niet zijn opgelost en dat er nog steeds mensen zijn die tussen wal en schip raken. Daarmee blijft dit een actueel onderwerp.

Het zou wenselijk zijn als de geboden zorg in Nederland meer aansluit bij de hulpvraag van de cliënt. Dat er door toedoen van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), die gericht is op specifieke aandoeningen en diagnoses, niet alleen meer gewerkt wordt vanuit een stoornis specifieke benadering (Hogrefe, 2024). Dat gekeken wordt wat er nodig is om betere zorg te geven aan cliënten, zodat er geen cliënten meer zijn die tussen wal en schip raken. Daarnaast moet er ook gekeken worden naar een betere samenwerking tussen verschillende instanties en afdelingen. Zodat er niet meer gedacht wordt in grenzen en beperkingen maar juist in mogelijkheden. Hoe kunnen we nu daadwerkelijk voorkomen dat cliënten tussen wal en schip raken? Met dit artikel willen wij je inzicht geven tegen welke grenzen cliënten aan kunnen lopen waarbij sprake is van meerdere klachten/problemen op de verschillende psychiatrische en sociale leefgebieden. Daarnaast beschrijven we wat belangrijk is voor jou als Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV) hoe om te gaan met deze grenzen en hoe jij je in kan zetten om dit te veranderen zodat er betere zorg gegeven kan worden aan cliënten die tussen wal en schip raken.



Bron: comic house

“De GGZ wordt door de DSM al meer dan 30 jaar gedomineerd.”

Het huidige zorgsysteem, hoe wordt er gedacht

In de GGZ wordt veelal gewerkt met specifieke diagnoses om mentale klachten te categoriseren en te behandelen (Psycholoog.nl, 2024). Dit komt mede door toedoen van de DSM die ervoor zorgt dat er vooral in specifieke stoornissen en diagnoses gedacht wordt. De GGZ wordt door de DSM al meer dan 30 jaar gedomineerd door zijn stoornis specifieke benadering. Intussen zijn er meer dan 300 te classificeren psychische stoornissen en bijna net zo veel behandelprotocollen welke allen te raadplegen zijn op alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg (Akwa GGZ). Akwa GGZ is een door GGZ-organisaties geïnitieerd kwaliteitsinstituut veelal gebruikt/ geraadpleegd door GGZ medewerkers (Akwa GGZ, 2024).

Echter zien we de laatste tijd een ontwikkeling in de zorg waarin minder naar specifieke diagnoses wordt gekeken en meer naar de onderliggende symptomen. Deze ontwikkeling komt voort vanuit het feit dat verschillende stoornissen overeenkomstige symptomen vertonen. Zo komen angstgevoelens en slaapproblemen voor bij zowel depressie, angststoornissen als psychotische stoornissen. Hierdoor is de gedachte ontstaan dat er achter verschillende stoornissen gemeenschappelijke psychopathologische processen schuil gaan. Wanneer symptomen niet gebonden zijn aan één specifieke stoornis maar een rol spelen bij verschillende psychiatrische aandoeningen,



worden dit ook wel transdiagnostische factoren genoemd (Hogrefe, 2024). Over het transdiagnostisch werken is nog niets opgenomen in de GGZ Standaarden (Akwa GGZ, 2024).

Wat is transdiagnostisch?

De laatste tijd krijgen we de termen transdiagnostische factoren, transdiagnostisch behandelen en transdiagnostisch werken steeds vaker te horen. Transdiagnostisch verwijst naar gelijke symptomen maar kan ook betrekking hebben op gelijke copingstrategieën, gedragingen en behandelinterventies. Met transdiagnostisch denken wordt er vanuit gegaan dat stoornissen eerder dimensioneel van aard zijn dan categoriaal. Het leidt tot minder zwart-wit-denken, kan meer flexibiliteit bieden en ervoor zorgen dat er meer aandacht is voor het specifieke individu. Daarbij kan het zoeken naar gemeenschappelijke factoren bij stoornissen en behandelingen het inzicht in het ontstaan en voortduren van psychische stoornissen verhelderen. Dit kan de effectiviteit van bestaande behandelingen vergroten (Hogrefe, 2024).

Waarom raken cliënten tussen wal en schip binnen de GGZ?

Ondanks het feit dat er een verschuiving in de zorg lijkt te komen richting het transdiagnostisch denken en werken raken cliënten tot op heden nog steeds tussen wal en schip.

Wanneer cliënten binnen de GGZ tussen wal en schip raken komt dit vaak door een combinatie van factoren zoals:

- Complexe zorgbehoeften waarbij cliënten met meerdere beperkingen zorg krijgen vanuit verschillende instanties en dat de afstemming tussen deze instanties niet goed verloopt.
- Wettelijke en financiële scheidslijnen waarbij de zorg vanuit verschillende wetten geregeld wordt en al deze wetten hun eigen criteria en financieringsstructuren hebben, dit kan leiden tot hiaten in de zorg.
- Gebrek aan samenwerking tussen verschillende instanties en zorgverleners.
- Administratieve lasten die ervoor zorgen dat zorgverleners minder tijd hebben voor directe cliëntenzorg.
- Invoeringsproblemen bij bijvoorbeeld het overgaan naar een nieuw zorgstelsel (Vilans, z.d.).

“Cliënten hebben zorg nodig vanuit verschillende instanties.”

Met deze eerder genoemde factoren zien we vaak dat het gaat om bepaalde groepen cliënten die tussen wal en schip raken zoals jongvolwassenen met GGZ-problematiek. Cliënten die net 18 jaar zijn geworden vallen vaak tussen jeugdzorg en de volwassenenzorg in. De overgang tussen de jeugdzorg en volwassenenzorg verloopt dan niet altijd goed door bijvoorbeeld een gebrek aan samenwerking en wettelijke en financiële scheidslijnen, waardoor cliënten zonder passende zorg komen te zitten. Zo ook cliënten met ge-

combineerde problematiek zoals verslavings- en psychische problemen. Deze cliënten hebben zorg nodig vanuit verschillende instanties zoals de reguliere verslavingszorg en de GGZ.

Aangezien beide instanties hun eigen expertise hebben op het gebied van verslaving en psychiatrie is het voor de cliënt van belang dat er een goede samenwerking en goed overleg plaatsvindt. Wanneer beide instanties de geboden zorg niet geregeld met elkaar evalueren of het niet eens zijn wie hoofdevantwoordelijke is kan dit, door een gebrekkige samenwerking, leiden tot een slechte coördinatie en hiaten in de zorg. Dan nog de cliënten niet te vergeten die zorg mijden zoals mensen die dak- en thuisloos zijn. Dit is een groep met vaak complexe zorgbehoeften en zij komen in aanraking met verschillende zorg- en hulpverleningsinstanties. Denkend bijvoorbeeld aan de OGGZ, politie en justitie.

Dit gaat om mensen die voor overlast op straat kunnen zorgen waarbij vaak onduidelijk is bij welke instantie nu de verantwoordelijkheid ligt. Moet de politie iemand van straat halen omdat deze overlast bezorgt, net zoals ze zouden doen bij iedere andere burger, of heeft de GGZ of de verslavingszorg hier een verantwoordelijkheid in en moet deze verplichte zorg opleggen (Zorg voor beter, z.d.). Deze voorbeelden illustreren hoe verschillende factoren kunnen bijdragen aan het probleem dat cliënten tussen wal en schip raken.

“Als SPV speel je een cruciale rol in het verbeteren van de zorg.”

Tegen welke grenzen loop je aan als hulpverlener in de zorg bij cliënten die tussen wal en schip raken?

Als SPV kun je in de samenwerking met verschillende instanties tegen diverse grenzen aanlopen. Bijvoorbeeld op het gebied van wet- en regelgeving bij juridische en regulerende beperkingen waarbij formele en informele regels elkaar kunnen tegenspreken. Privacy- en gegevensbescherming die de uitwisseling van essentiële informatie kunnen vertragen of beperken. Denkend aan financiering en verantwoordelijkheid wat kan leiden tot onduidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor bepaalde aspecten van de zorg.

Culturele en organisatorische verschillen die de samenwerking kunnen bemoeilijken en discussies kunnen geven over de aansprakelijkheid. Het is daarom van belang dat verschillende zorginstanties onderling en met elkaar duidelijke afspraken maken en regelmatig communiceren om deze grenzen te overwinnen (Zorg voor Beter, z.d.).

Als SPV speel je een cruciale rol in het verbeteren van de zorg voor cliënten die tussen wal en schip raken. Je bent als SPV vaak een schakel tussen verschillende instanties waarbij je de zorg coördineert en zorg draagt voor een goede samenwerking om een geïntegreerde aanpak te bieden. Als SPV heb je een holistische benadering waarbij je rekening houdt met verschillende factoren zoals familie, werk en de sociale context. Tijdens crisis-situaties moet je snel en adequaat handelen waarbij je directe hulp biedt en de juiste instanties inschakelt. Je biedt emotionele en praktische ondersteuning aan cliënten en hun naasten. Daarnaast heb je een belangrijke rol in het signaleren en eventueel doorverwijzen voor de juiste zorg en geef je educatie en voorlichting aan cliënten, naasten en andere instanties (Zorginstituut Nederland, 2019).

“Doel is om de samenwerking tussen verschillende instanties te verbeteren.”

Het roer moet om

Zoals eerder genoemd is het niet van de laatste tijd dat cliënten tussen wal en schip raken. Wel is hiervoor de aandacht in de samenleving in de afgelopen tijd toegenomen. Zo is in 2019 een belangrijke stap gezet met de oprichting van meld- en adviespunten voor niet acute zorg. Ook wel meldpunten zorgwekkend gedrag genoemd waar zowel burgers en professionals hun zorgen kunnen uiten over anderen. Deze meldpunten vormen een laagdrempelig loket waar advies ingewonnen kan worden en zijn bedoeld om mensen die tijdelijk de grip op hun leven dreigen te verliezen, te helpen voordat de situatie verergert (GGD GHOR Nederland, 2024).



Daarnaast is een belangrijke mijlpaal dat in september 2022 het Integraal Zorgakkoord is ondertekend. In dit akkoord staan afspraken tussen de overheid en verschillende zorginstanties om de zorg betaalbaar, toegankelijke en van goede kwaliteit te houden. Eén van de doelen is om de samenwerking tussen verschillende instanties te verbeteren. Deze initiatieven laten zien dat er al enkele jaren actief wordt gewerkt om de zorg van kwetsbare groepen te verbeteren (Rijksoverheid, 2024). Nu is alleen het oprichten van een meldpunt of ondertekenen van een plan niet voldoende om te voorkomen dat cliënten tussen wal en schip raken.

Om daadwerkelijk te voorkomen dat cliënten in de GGZ tussen wal en schip raken moeten er verschillende stappen en veranderingen doorgevoerd worden in de zorg zoals:

- Een betere samenwerking waarbij multidisciplinaire teams gezamenlijke zorgplannen maken.
- Betere communicatie tussen zorgverleners, cliënten en naasten door gebruik te maken van een zorg coördinator die als aanspreekpunt dient.
- Een holistische benadering waarbij tegelijkertijd naar de medische, sociale en psychologische kant wordt gekeken.
- Flexibele zorgpakketten die aangepast kunnen worden aan de specifieke (zorg) behoeften van de cliënt.
- Escalatiesystemen waarbij regionale en bovenregionale hulp ingeroepen kan worden.
- Regelmatig evalueren ten aanzien van beleid, zorgpraktijken, samenwerking en andere zaken zodat knelpunten vroegtijdig opgemerkt en aangepakt kunnen worden.

Daarnaast is het belangrijk om te zorgen voor continue opleiding en trainingen van zorgverleners om hen te voorzien van de juiste kennis en tools (Zorginstituut Nederland, 2019).

Welke initiatieven zijn er al als het gaat om betere zorg te leveren?

Zoals eerder geschreven zijn er de laatste tijd nieuwe ontwikkelingen binnen de GGZ waarbij er meer transdiagnostisch gewerkt wordt. Binnen de GGZ instelling Dimence word al meer op deze manier gewerkt. Er wordt gekeken naar wat de cliënt nodig heeft en hier wordt de zorg op ingezet. Het kan bijvoorbeeld voorkomen dat een cliënt in zorg is bij de afdeling angst en stemming maar daarbij ook problemen ervaart met het reguleren van zijn agressie. Dan kan de cliënt aangemeld worden voor een deelbehandeling bij de afdeling Transfore. Dit heeft als voordeel dat cliënten niet steeds opnieuw ergens worden aangemeld en daar weer de hele intake procedure moeten volgen. Ook is het een voordeel dat de regiebehandelaar en de zorgcoördinator (SPV) niet verandert en dat deze het overzicht behouden. Een ander groot voordeel van transdiagnostisch werken is dat problemen/klachten tegelijkertijd worden behandeld.

Een ander mooi initiatief is de meld- en triagefunctie van GGZ-Drenthe voor personen met verward gedrag (ZonMw, z.d.). Het doel is zo goed mogelijk adequate hulp te bieden door goede triage te doen en toe te leiden naar de best passende instelling. Hiermee wordt ook voorkomen dat cliënten steeds naar een andere instelling moet gaan.

Het vervolg van Jan

Wat Jan nodig had was een geïntegreerde aanpak waarbij zorgverleners samenwerken om een consistent en doorlopende behandeling te bieden. Bij de laatste GGZ-instelling waar hij werd aangemeld kreeg hij een sociaal psychiatrisch verpleegkundige toegewezen die zijn zorgtraject coördineerde en hem ondersteunde bij het zoeken naar passende zorg. Dit heeft ervoor gezorgd dat Jan de zorg kreeg die hij nodig heeft. Jan voelde zich gezien en gehoord, eindelijk een behandelaar die verder keek dan de diagnose of enkel de problematiek. Jan werd opgenomen binnen

de verslavingspsychiatrie waar hij een detox van alcohol onderging en aansluitend een basisprogramma van 6 weken volgde waarbij hij veel over zichzelf leerde tijdens groeps- en individuele behandelingen. Hij kreeg inzicht in zijn stemmingsklachten en patronen en leerde hoe hij hier op een andere manier mee om kan gaan.

Ook werd er gekeken naar wat er nodig is aan zorg en ondersteuning, voor als Jan weer thuis is. Hij vond dagbesteding en na een paar maanden ging hij weer een aantal uur per week werken. Daarnaast had hij wekelijks gesprekken met zijn SPV die thuis langskwam en er was ondersteuning vanuit de WMO. Door het vrijwilligerswerk en later het werk kreeg hij vrienden waarmee hij leuke activiteiten ondernam. Jan voelde zich veel beter en keek weer positief naar de toekomst.

“Als SPV is het belangrijk dat je hierin het voortouw neemt.”

Conclusie

Net zo lang als dat de cliënten al tussen wal en schip raken wordt er door de overheid en verschillende instanties verbetering beloofd en gezegd “dit mag niet meer gebeuren”. De huidige beweging van het transdiagnostisch werken lijkt na al die tijd een eerste inzet te worden ter voorkoming van cliënten die tussen wal en schip raken. Toch is het de realiteit van de dag dat er elke dag nog cliënten door uiteenlopende oorzaken tussen wal en schip raken. We zijn er nog steeds niet! Wij zijn van mening dat iedere hulpverlener bij zichzelf moet beginnen. Stop met hokjes

denken en diagnoses plakken, start met het echt zien en horen van je cliënten. Vanuit het expertise gebied van de SPV is het belangrijk om te kijken naar de gehele context van je cliënt. Daarnaast is goed overleg en samenwerken binnen en buiten je eigen organisatie een essentieel iets. Als SPV is het belangrijk dat je hierin het voortouw neemt om deze samenwerkingen aan te gaan en als een soort spin in het web alles te coördineren waarbij je wel oog houdt voor de doelen en eigen regie van de cliënt. Daarnaast vinden wij het belangrijk dat je als SPV staat voor je cliënten die tussen wal en schip dreigen te raken.

Ga in overleg met de vakgroep van de instelling om te kijken of je meer draagvlak kan krijgen voor dit onderwerp.

Verder zou het goed zijn wanneer AKWA GGZ zich meer richt op het transdiagnostisch werken en zijn protocollen en standaarden hierop aanpast. In de toekomst mogen er geen grenzen meer zijn als het gaat om het bieden van zorg. Dat iedereen samenwerkt en we gebruik maken van elkaars expertise of zelfs dat er afdelingen zijn waarbij alle problematiek en de hulpvragen behandeld zou kunnen worden.

Bronnen

- Akwa GGZ. (2024). *Omdat we het samen steeds beter willen doen*. Geraadpleegd op 11 september 2024, van <https://akwaggz.nl/>
- Cultureel Woordenboek. (z.d.). *tussen wal en schip raken*. Geraadpleegd op 5 september 2024, van <https://www.cultureelwoordenboek.nl>
- Gemeente.nu. (2015). *Verwarde patiënt valt tussen wal en schip*. Redactie Gemeente.nu Geraadpleegd op 7 september 2024, van <https://www.gemeente.nu>
- GGD GHOR Nederland. (2024). *Meldpunten niet-acute zorg*. Geraadpleegd op 11 september 2024, van <https://ggdghor.nl>
- GZ-Psychologie. (2023). *Mensen met complexe psychische problematiek vallen tussen wal en schip*. Geraadpleegd op 7 september 2024, van <https://www.gzpsychologie.nl>
- Hartjes, M. (2023, 10 maart). *Aspirine*. ComicHouse. Geraadpleegd op 7 september 2024, van <https://comichouse.nl/aspirine/>
- Hogrefe. (2024). *Transdiagnostisch, wat is dat?* Geraadpleegd op 7 september 2024, van <https://www.hogrefe.com>
- Psycholoog.nl. (2024). *De kracht van de transdiagnostische aanpak*. Geraadpleegd op 7 september 2024, van <https://psycholoog.nl/>
- Rijksoverheid. (2024). *Integraal Zorgakkoord. Samenwerken aan gezonde zorg*. September 2022. Geraadpleegd op 11 september 2024, van <https://www.rijksoverheid.nl>
- Vilans. (z.d.). *Grenzen verkennen in samenspel tussen in- en formele zorg*. Geraadpleegd op 19 augustus 2024, van <https://www.vilans.nl>
- ZonMw. (z.d.). *Versterking meld- en triagefunctie GGZ Drenthe*. ZonMw Projects. Geraadpleegd op 19 augustus 2024, van <https://projecten.zonmw.nl>
- Zorginstituut Nederland. (2019). *Onderzoek op zoek naar passende zorg: Problemen die GGZ-patiënten ervaren*. Geraadpleegd van <https://www.zorginstituutnederland.nl>
- Zorg voor Beter. (z.d.). *Handreiking samenwerken formele en informele zorg*. Geraadpleegd op 19 augustus 2024, van <https://www.zorgvoorbeter.nl>



De Persoonlijke Verhalen zorgen voor **Inclusieve Zorg**

*De rol van de SPV bij het overwinnen
van grenzen voor vluchtelingen binnen
en buiten het AZC.*

*Mark Schippers
(Dimence) en
Julio Peres
(GGZ-centraal)
beiden SPV i.o.*

Voor ons betekent een inclusieve samenleving een samenleving waarin er gelijke kansen en mogelijkheden zijn voor iedereen, ongeacht sekse, culturele- etnische achtergrond, psychische beperkingen en ziekte. Het betekent ook een samenleving waarin iedereen een bijdrage kan leveren en waar gelijkheid, respect en vertrouwen belangrijke waarden zijn. In onze dagelijkse praktijk merken wij regelmatig dat Inclusiviteit enkel een begrip is dat in theorie bestaat. In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) bijvoorbeeld worden er patiënten met allerlei verschillende etnische en culturele achtergronden behandeld, terwijl de hulpverleners grotendeels bestaan uit “witte” Nederlanders. Dit kan ertoe leiden dat er onvoldoende rekening wordt gehouden met de culturele en etnische achtergrond van een patiënt wat kan zorgen voor een interventie en/of benadering die niet aansluit bij de behoeften.

Met dit artikel willen wij je inzicht proberen te geven tegen welke grenzen mensen met een etnische achtergrond, en dan met name vluchtelingen in het AZC, aan kunnen lopen als het gaat om behandeling aan te gaan binnen de GGZ. Daarnaast beschrijven we wat belangrijk is voor jou als Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV) hoe om te gaan met deze grenzen in de benadering/behandeling om zo de best passende zorg te kunnen leveren.

Eerste vluchtelingen in Nederland

Vanaf de eerste wereldoorlog heeft Nederland al te maken met vluchtelingen. In die tijd vluchtten Belgen naar Nederland en in de aanloop naar de tweede wereldoorlog vluchtten Joodse mensen uit Duitsland naar ons land. Door de koloniale oorlog en de onafhankelijkheid van Indonesië kwamen er tussen 1946 en 1968 rond de 350.000 mensen naar Nederland (Reparaz et al., hoofdstuk2). Dit waren de Indische Nederlanders. De tweede groep die vanuit Indonesië naar Nederland kwam waren de Molukkers. Dit waren vooral soldaten die tijdens de oorlog met Indonesië aan Nederlandse kant hadden gevochten (Reparaz et al., p. 23). Vanaf midden 1950 was er een tekort aan medewerkers in verschillende arbeidssectoren zoals de scheepsbouw en textielindustrie. De overheid is vanaf 1960 gastarbeiders gaan werven vanuit verschillende landen, eerst uit Italië en Spanje en later uit Turkije en Marokko (Reparaz et al., p.23).

Verdrag van Genève

Vanaf het einde van de tweede wereldoorlog is de onvrijwillige migratiestroom op gang gekomen. Het was mogelijk, door het in 1951 ondertekende Verdrag van Genève, te vluchten naar een ander land als gevolg van de Tweede Wereldoorlog (Reparaz et al., p.30). Inmiddels zijn er honderdvijftig landen aangesloten bij dit verdrag en het is van toepassing op iedere persoon die als vluchteling wordt gezien.

Volgens het Verdrag van Genève is een vluchteling iemand: *die uit gegronde vrees voor vervolging wegens zijn ras, godsdienst, nationaliteit, behoren tot een sociale groep, zijn politieke overtuigingen, zich bevindt buiten het land waarvan hij de nationaliteit bezit, en die de bescherming van dat land niet kan of, uit hoofde van bovenbedoelde vrees, niet wil invoeren, of die, indien hij geen nationaliteit bezit en verblijft buiten het land waar hij vroeger zijn gewone verblijfplaats had, daarheen niet kan of, uit hoofde van bovenbedoelde vrees, niet wil terugkeren.* (art. 1a sub 2, Internationaal verdrag betreffende de status van vluchtelingen). (Reparaz et al., p.30).

“Mensen die vluchten voor oorlog of geweld hebben recht op bescherming”

Het politieke klimaat ten aanzien van migratie/vluchtelingen

Het asiel-migratie beleid in zowel Nederland als in Europa is complex. Het wordt beïnvloed door zowel nationale als Europese regelgeving waar ieder land dat deel uitmaakt van de Europese unie (EU) zich aan moet houden (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2024). Maar ook is het complex omdat er verschillende meningen zijn binnen de politieke partijen en in de samenleving. Met de groei van de aanhang van de huidige regeringspartijen is er sprake van polarisatie in de samenleving. De weerstand tegen het vestigen van nieuwe asielzoekers centra maar ook de groeiende discriminatie van migranten zijn hier het gevolg van. Dit gaat ten koste van de inclusiviteit in de samenleving. Het kan er voor zorgen dat migranten zich onveilig voelen en hun eventuele psychische klachten toenemen als ze zich gaan vestigen in een woonwijk nadat ze de asielprocedure hebben doorlopen en een nieuw leven kunnen gaan opbouwen in Nederland.

Door de toename van asielaanvragen gaan sommige landen hun asielbeleid aanscherpen ten aanzien van grenscontroles en het beperken van opvangcapaciteit. Het nieuwe kabinet wil onder andere een asielstop invoeren. Dit is door de internationale verdragen en het Europees recht afgewezen. Nederland wordt verplicht om mensen de kans te geven om asiel aan te kunnen vragen. Mensen die vluchten voor oorlog of geweld hebben recht op bescherming (Ministerie van Algemene Zaken, 2024). Desondanks bestaat op dit moment (zomer 2024) nog wel de kans dat de regering op het punt van instroom van asielzoekers een uitzonderingspositie binnen Europa gaat bepleiten.

Huidige cijfers

Het centraal orgaan opvangasielzoekers (COA) beschikt over 281 opvang locaties. Er zijn 86 reguliere opvanglocaties, 189 nood opvanglocaties en 6 locaties uitgebreid met een nood-

opvang. In de (peildatum 17 juni 2024) reguliere opvang verblijven 34.050 mensen, in de noodopvang 28.612 en buiten het COA 6.960. (Capaciteit en Bezetting, z.d.)

Als we uitgaan dat we al sinds de eerste wereldoorlog in Nederland te maken hebben met vluchtelingen die een andere etnische achtergrond hebben, dan kun je je afvragen waarom er al niet veel eerder aandacht is geweest om de samenleving meer inclusiever te maken en dat er meer aandacht is voor elkaars achtergrond, narratief/verhaal, denkwijzen en behoeften.

Wat is inclusie(viteit)?

Van Dale definieert inclusie(viteit) als de 'toestand dat iedereen gelijke rechten en plichten heeft en volwaardig kan deelnemen aan het maatschappelijk leven'. Inclusie kun je het best omschrijven met termen als: Je welkom voelen, geaccepteerd worden, waardering krijgen, een goed leven hebben, sociale rollen vervullen, iets nuttigs kunnen doen en eigen keuzes kunnen maken.

Ook wordt er gezegd dat inclusie een recht is, het recht om mee te doen aan de samenleving. Het recht hebben op zorg en ondersteuning en het recht hebben om de eigen regie te behouden is een belangrijk goed. Het erbij horen en mee kunnen doen aan de samenleving geeft ook een positief effect op de gezondheid en de kwaliteit van leven van mensen (ZonMw, 2024a).

Helaas zien we dat mensen om verschillende redenen nog worden uitgesloten om deel te nemen aan de samenleving, denk aan etnische achtergrond, leeftijd, geaardheid, het hebben van een beperking. Maar denk ook mensen die in armoede leven of laaggeletterd zijn (*Inclusie en Diversiteit*, z.d.). Er is veel aandacht om de samenleving meer inclusief te maken. Zo doet het kennisplatform inclusief samenleven (KIS), onderzoeken en geeft aanbevelingen hoe bijvoorbeeld situaties voor mensen met een migratieachtergrond te verbeteren (*Vluchtelingen, KIS*, z.d.).

Samenhang van inclusie, diversiteit en participatie

Inclusie, diversiteit en participatie zijn drie termen die vaak met elkaar worden samengevoegd, maar hoe houden ze verband met elkaar? Inclusie gaat over hoe je omgaat met verschillen tussen mensen. In een inclusieve samenleving mogen die verschillen er zijn en worden ze gerespecteerd. Inclusie gaat dus over hoe je met diversiteit omgaat (ZonMw, 2024b).

Diversiteit gaat over de mix van verschillen tussen mensen. Denk aan zichtbare verschillen zoals leeftijd, sekse - gender, huidskleur of een beperking. Maar het kan ook gaan om onzichtbare verschillen, zoals cultuur, seksuele voorkeur, politieke overtuiging, je belastbaarheid of je persoonlijkheid (ZonMw, 2024b).

Participatie betekent letterlijk 'actieve deelname' en is een belangrijk onderdeel van inclusie. Het gaat er vanuit dat iedereen mee kan doen en van waarde is. Daarbij is het belangrijk om te kijken op welke manier je mensen deel kunt laten nemen aan de samenleving (ZonMw, 2024b).

Welke grenzen komt een vluchteling tegen

Iemand die vertrekt uit zijn eigen land doet dit niet zomaar, het heeft altijd een reden. Vaak heeft het te maken met oorlog in het land van herkomst, conflicten, politieke vervolgingen, geweld en mensenrechtenschending. Als iemand dan de moeilijke keuze heeft gemaakt om weg te gaan krijgen ze al met verschillende grenzen te maken. Als eerste de verschillende



landgrenzen en bij aankomst in het AZC met de vele regels die als grenzen kunnen aanvoelen. Het vertrek uit eigen land gaat altijd gepaard met stress en spanning. Ook het verblijf in het AZC en de asielpcedure kan zorgen voor extra stress (Pluck et al., 2022).

Zoals eerder geschreven heeft iedereen recht op zorg en ondersteuning. Maar niet altijd lukt het ook om de juiste zorg en ondersteuning te bieden. Dit kan komen door verschillende barrières/grenzen, er is sprake van een geringere toegang tot zorg doordat ze de weg naar de zorg niet goed weten te vinden, het zorgsysteem is anders georganiseerd dan ze gewend zijn. Verder zijn ze niet snel geneigd om de psychische problemen bespreekbaar te maken uit schaamte, hierbij spelen de culturele opvattingen over psychische gezondheid mee. Ook bemoeilijkt de taalbarrière de toegang tot psychologische hulp. Tenslotte speelt ook het gebrek aan vertrouwen mee om minder snel hulp te zoeken. Maar ook hulpverleners hebben weinig kennis over de populatie en weten niet altijd hoe ze behandeling kunnen vormgeven (Pluck et al., 2022).

Psychische klachten onder vluchtelingen

Vluchtelingen hebben vaak te maken met psychische klachten die kunnen voortkomen uit hun traumatische ervaringen, de onzekerheid van hun situatie en de culturele verschillen die ze tegenkomen. Van de vluchtelingen heeft 25% te kampen met een PTSS, 30% heeft een depressie, ongeveer 11% heeft een angststoornis en 1,5% een psychose. Echter is het gebruik van GGZ zorg laag bij vluchtelingen maar de behoefte is groot. (Van de Vliet K Dockx BGC Sabbe N Destoop S van Den Ameele, 2022).

De rol van de SPV binnen het vluchtelingenteam GGz Centraal

Binnen de verschillende GGZ instellingen zijn er al transculturele afdelingen en vluchtelingenteams die psychiatrische diagnostiek en behandeling aan asielzoekers en vluchtelingen met vermoeden van psychiatrische problematiek bieden. Veelal gebeurt dit binnen het AZC zelf in het gezondheidscentrum.

Om meer inzicht te krijgen welke rol je als SPV hebt om vluchtelingen met psychische en psychiatrische klachten een zo goed mogelijke behandeling te geven en tegen welke grenzen ze aanlopen, hebben wij Lia Huijzen psychiater en Geert Koetsier SPV en teamleider van het vluchtelingenprogramma/team- noord van GGZ-centraal geïnterviewd.

Het vluchtelingenprogramma bestaat uit een multidisciplinair team, zij behandelen vluchtelingen met psychische en psychiatrische klachten vanaf de leeftijd van 6 jaar. Het gaat vaak om mensen met ernstige, langdurige psychiatrische stoornissen die daardoor beperkt worden in hun functioneren. (*Vluchtelingenteam Noord | Lelystad, 2023*)

De problematiek die ze tegen komen is divers en kan verschillende oorzaken hebben:

- ze hebben vaak (heftige) traumatische ervaringen meegemaakt;
- ze zijn onworteld van de eigen cultuur;
- ze zitten in een juridische procedure wat kan zorgen voor veel stress;
- ze missen succesfactoren, wat kan zorgen voor depressieve gevoelens;
- ze hebben een andere ziektebeleving, hierbij kan schaamte mee spelen. Ze praten niet zomaar over psychische klachten;
- er is sprake van genderdysforie waardoor ze gevlucht zijn;
- ze spreken een andere taal;
- ze zijn vaak alleenstaand en/of komen uit een gebroken gezin;
- ze zijn onbekend met de Nederlandse maatschappij en de ggz;
- er is ontoereikende kennis van de westerse gezondheidszorg (*Vluchtelingenteam Noord, Lelystad, 2023*).

De behandelingen die binnen het vluchtelingenteam worden gegeven zijn zeer divers, ze doen diagnostiek, crisisinterventies, geven behandeling en begeleiding. Het doel van de behandeling is gericht op herstel, inzicht geven in de klachten, bevorderen van de zelfregie en de zelfredzaamheid vergroten.

Hierbij gebruiken ze verschillende therapievormen zoals psycho-educatie, non-verbale therapievormen, autonomiebevordering, farmacotherapie en aandacht voor het steunnetwerk. (*Vluchtelingenteam Noord | Lelystad, 2023*)

Wat is belangrijk in de benadering en behandeling van vluchtelingen (het interview samengevat).

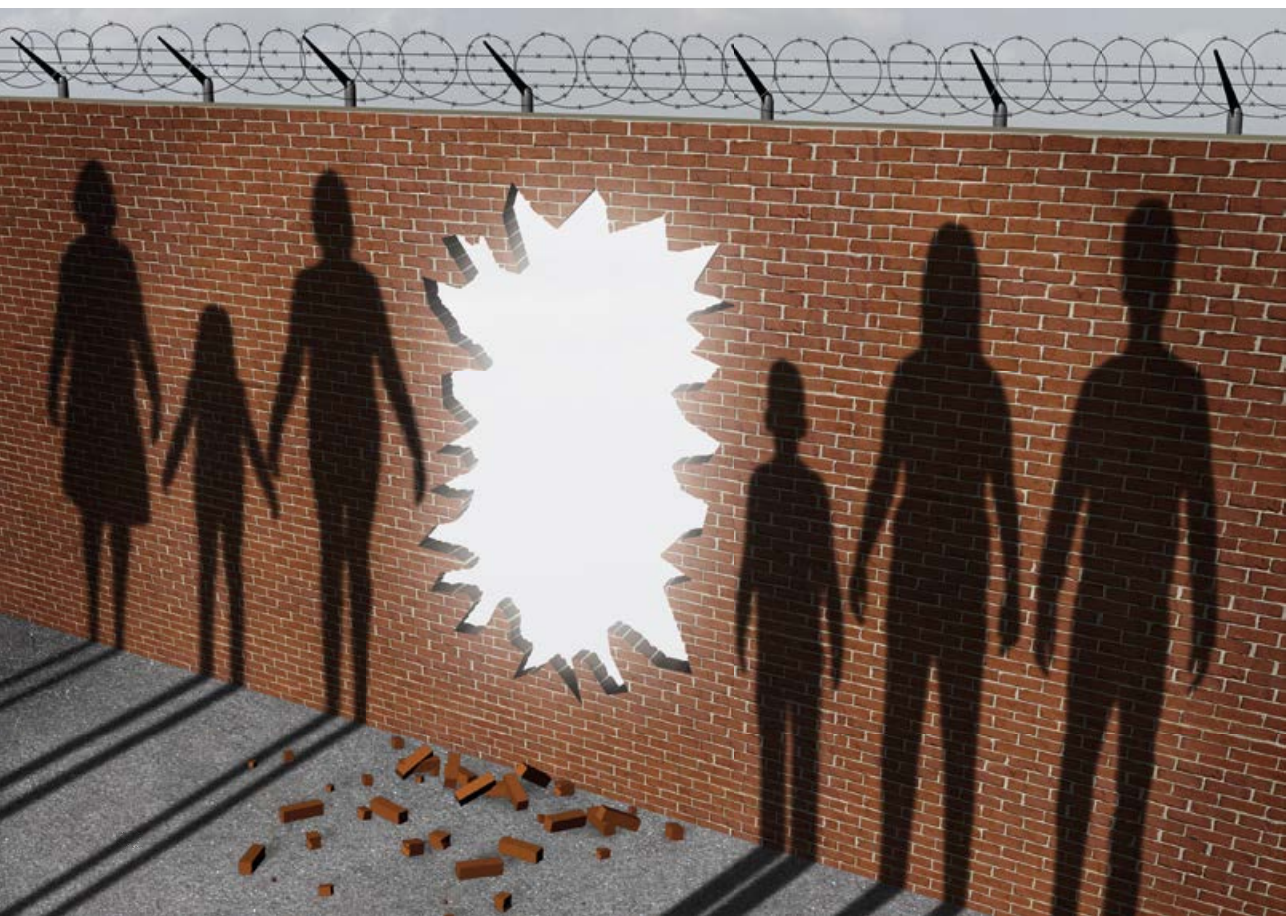
Lia is psychiater met specialisaties in transculturele psychiatrie en crisisinterventies en ze werkt ook binnen de gebiedsteams. Geert werkt als SPV en teamleider bedrijfsvoering. Samen hebben ze een gedeelde visie op hoe ze hun patiënten het beste kunnen ondersteunen bij hun psychische klachten in een omgeving vol diversiteit en complexiteit.

“Je kunt veel leren van andere culturen, kijk daarom niet alleen door de psychiatrische bril maar meer door de menselijke bril”

Inclusiviteit is een vanzelfsprekend onderdeel van hun werk waar ze niet altijd bewust bij stil staan. “*We zien de hele wereld,*” zegt Lia. Patiënten komen uit alle hoeken van de wereld. De verhalen die zij horen gaan over religie, geloofsovertuiging, spiritualiteit, vrijheid van meningsuiting of seksuele voorkeur. Lia en Geert benadrukken dat het belangrijk is om niet alleen te focussen op classificaties of DSM-taal, maar om juist de persoon achter de klachten te zien. Ook wel het cultuursensitief werken genoemd, waarbij men een respectvolle nieuwsgierige houding heeft naar de beleving, betekenis en context van klachten en problemen. Dit betekent een persoonsgerichte aanpak, waarbij rekening wordt gehouden met de unieke achtergrond en ervaringen van de patiënt. Je kunt veel leren van andere culturen, daarom is het goed om niet alleen door de psychiatrische bril te kijken maar meer door de menselijke bril.

Geert werkt als SPV in de AZC’s van Dronten en Luttelgeest. Hij ziet zichzelf als een verlengstuk van de psychiater en werkt met mensen van verschillende culturele achtergronden en met diverse psychische klachten zoals depressies, angsten, trauma’s en problemen gericht op genderidentiteiten. Hoewel hij tijdens zijn werk niet expliciet stilstaat bij inclusiviteit, neemt hij deze vanzelfsprekendheid wel mee in zijn benadering.

Tijdens de gesprekken is het volgens Geert eerst belangrijk om patiënten vertrouwen te geven, want dat is nu nog minimaal. Het is de basis om eerst vertrouwen terug te winnen. Je moet cultuursensitief werken, aandacht hebben voor de cultuur maar ook voor de normen en waarden. Hiervoor heb je tijd nodig en dat kan binnen het behandelteam.



“Je moet naast de patiënt blijven staan, tijd nemen en samen kijken wat nodig is”

De klachten waarmee patiënten bij Geert komen, zijn divers en vaak diep geworteld in hun culturele en religieuze achtergrond. Hier gaat het ook om normen en waarden. Of het nu gaat om geloofsovertuigingen, seksuele voorkeuren, of vrijheid van meningsuiting, Geert ziet de kracht in de pijn van zijn patiënten. Door hierover te praten en de pijn uit te vergroten kun je het her-etiketteren. Vluchtelingen hebben veel veerkracht en incasseringsvermogen dus door er over in gesprek te gaan helpt Geert hen hun veerkracht te herontdekken. Daarbij is het ook belangrijk om klachten te normaliseren, een onderdeel van de behandeling is ook het leren verdragen van klachten. Geert benadrukt dat het essentieel is om in gesprekken en behandeling alternatieven te bieden als reguliere behandeling niet helpt. Je moet naast de patiënt blijven staan, tijd nemen en samen kijken wat nodig is.

Geert legt uit dat praten over psychische klachten nog steeds een groot stigma met zich meebrengt, dat geldt in heel Nederland maar zeker ook binnen de AZC's. Het stigma maakt het voor sommige mensen moeilijk om de drempel naar de GGZ over te stappen. Daarom is het belangrijk om goede educatie te geven en rekening te houden met culturele gevoeligheden.

Een belangrijk aspect van de zorg voor vluchtelingen is het aandacht hebben voor hiërarchische verschillen. In andere culturen heeft bijvoorbeeld een arts een belangrijk aanzien, patiënten doen vaak wat de arts voorschrijft. Lia en Geert streven ernaar om als team gelijkwaardig op te treden en dit ook uit te stralen naar hun patiënten. Educatie over psychische klachten en verwachtingenmanagement spelen hierbij een grote rol. Samen met hun patiënten werken ze aan een plan gebaseerd op gelijkwaardigheid en wederzijds respect.

Beiden zijn zich bewust van de culturele verschillen en de mogelijke valkuilen die dit met zich meebrengt. Het team waarin ze werken is een afspiegeling van de diverse populatie waarmee ze werken, wat helpt bij het menselijker maken van het werk en het opbouwen van vertrouwen bij de patiënten. Doordat er verschillende culturen zijn binnen het AZC is het voor het team continu aanpassen aan deze diversiteit en in spelen op de verhalen van de patiënten, met oprechte interesse en vanuit een holistische benadering.

Lia en Geert vertelden dat veiligheid voor zowel het team als voor de vluchtelingen een onderwerp is dat aandacht heeft. Vluchtelingen vanuit verschillende culturen wonen samen op het AZC waarbij er onderling onenigheid kan voorkomen. Hierbij spelen de culturele achtergrond en normen en waarden een belangrijke rol. Bedreigingen komen voor binnen het AZC, bijvoorbeeld vluchtelingen die homoseksueel zijn. Op het AZC zijn er uit veiligheid daarom aparte bungalows waar mensen verblijven met een andere seksuele voorkeur. Alleen de behandelaars zijn hiervan op de hoogte. Dus als iemand in het AZC komt dan stopt de onveiligheid niet per definitie, en dit kan confronterend zijn voor vluchtelingen.

“Van elkaar leren maakt het makkelijker en al doende leert men.”

Als we het hebben over grenzen binnen het AZC dan zien Lia en Geert vooral barrières als het gaat om het overdragen van een patiënt aan een ander team/afdeling, nadat deze de procedure heeft doorlopen en een eigen woning krijgt buiten het AZC. Hier ervaren ze schotten tussen de verschillende afdelingen, ze krijgen dan veel vragen. Er is veel onwetendheid waardoor de andere behandelaren er tegen op zien om de behandeling over te nemen. Geert zegt “Wat je niet kent is per definitie spannend”.

Het is dus belangrijk om aandacht te geven aan deze onwetendheid door voorlichting te geven, gezamenlijk op te trekken als iemand van het AZC overgaat naar een eigen woning. Door deze aanpak en door collega's mee te nemen in hun leerproces, hopen Lia en Geert dat de schotten tussen verschillende teams worden weggenomen en dat cultuursensitief werken eigen wordt. “Van elkaar leren maakt het makkelijker,” zegt Geert, “en al doende leert men.”

Conclusie

Vluchtelingen kunnen dus tegen verschillende grenzen aanlopen als het gaat om het aangaan van een behandeling gericht op psychische en psychiatrische klachten, ze weten niet goed waar ze hulp kunnen krijgen, de taalbarrière kan een belemmering zijn, de schaamte naar naasten toe over bijvoorbeeld hun geaardheid maar ook de onwetendheid van hulpverleners zorgt voor grenzen die de zorg kunnen belemmeren. We concluderen ook dat de zorg voor mensen met een vluchtelingenachtergrond op veel plekken in het land al goed op weg is, mede dankzij specialistische teams met uitgebreide kennis, zoals besproken in ons interview met Lia en Geert. Maar er blijven verbeterpunten, vooral door een tekort aan gedeelde kennis buiten deze teams. Door betere scholing, samenwerking en aandacht voor cultuurgevoelige zorg, kunnen we de zorg voor deze doelgroep verder optimaliseren.

Om meer inclusief te kunnen werken zijn wij van mening dat het belangrijk is om meer aandacht te geven, binnen de reguliere GGZ, aan de culturele en etnische achtergrond van een patiënt. Zij krijgen niet altijd de juiste zorg die zij nodig hebben zo bleek ook uit het eerder genoemde interview.

Mensen met een andere culturele opvoeding beleven psychische klachten anders. Het verblijf in een AZC kan zorgen voor extra klachten omdat onder andere het wachten onzekerheid geeft en als je al psychische klachten hebt dan wordt dit alleen maar versterkt. Als iemand vanuit het AZC naar een woning in de wijk gaat zijn wij van mening dat je als SPV een belangrijke rol hebt om dit goed te begeleiden. Zeker gezien de politieke, sociale en maatschappelijke invloeden. Als je opmerkt dat dit speelt dan zou het actief samenwerken in de wijk met buurtbewoners, de verschillende instanties die aanwezig zijn of zelfs met de gemeente een start zijn om tot een inclusieve samenleving te komen. Maak hierbij ook gebruik van de expertise van je collega's binnen de vluchtelingenteams of transculturele afdelingen.

Aanbevelingen

Als SPV heb je een belangrijke rol in het toewerken naar een inclusieve samenleving. Om goede zorg te kunnen bieden zou het goed zijn om je als SPV te verdiepen in andere culturen, vooral in normen en waarden en hoe er wordt gekeken naar psychische en psychiatrische klachten en problematiek. In de GGZ standaard diversiteit (GGZ Standaarden, z.d.) staan helpende interventies die bijdragen aan het bieden van goede zorg. Start eerst met het opbouwen van een vertrouwensrelatie, doe dit door meer tijd te nemen als je een patiënt op gesprek hebt vanuit een andere cultuur. Hierbij is het belangrijk om rekening te houden met eventuele schaamte. Werk vanuit de presentie methode en holistische gedachten. Neem het Cultural Formulation Interview (CFI) af als integraal onderdeel van de intake. Zo komen bestaande ideeën over geestelijke gezondheid en de behandeling daarvan aan bod. Inventariseer verwachtingen, hulpvragen en wees transparant over de verwachtingen. Zorg dat de patiënt de eigen regie behoudt maar werk herstelgericht. Betrek de familie en andere naasten, zij hebben vaak een belangrijke rol. Door aandacht te hebben voor invloeden vanuit het systeem en de maatschappij op het psychisch functioneren werk je mee aan een inclusieve samenleving. Het werken vanuit een systemisch perspectief kan helpend zijn en kijken naar de hele context geeft inzicht in de klachten en krachten. Geef psycho educatie en heb aandacht voor copingvaardigheden en benadruk actief de gezonde kant - zorg voor empowerment van de patiënt. (GGZ Standaarden, z.d.).

De best passende zorg is altijd afgestemd op de behoefte van de patiënt en de klachten. Het kan gaan om ondersteuning bij praktische zaken tot aan behandeling gericht op bijvoorbeeld angstklachten, trauma verwerking en aanleren van copingvaardigheden.

Ook zien wij samenwerken met collega's, ketenpartners zoals wijkteams en gemeenten als een belangrijk iets als het gaat om werken met patiënten vanuit een andere cultuur. Zoals Lia en Geert aangaven, je moet van elkaar leren. Mocht het zo zijn dat je een patiënt aangemeld krijgt vanuit bijvoorbeeld het AZC zoek dan actief contact en ga je al invoegen in de casus om zo te leren en vertrouwen op te bouwen.

Naast dat jij als SPV en ook de collega die verwijst, een verantwoordelijkheid hebben om hierin iets te ondernemen, zien we duidelijk ook een verantwoordelijkheid bij de GGZ instellingen en zelfs op scholen die beroepsopleidingen in de zorg geven. Vanuit de instellingen zou er meer aandacht moeten zijn in de vorm van gerichte voorlichting en trainingen zodat iedere zorgverlener nog beter om kan gaan met de zorgbehoeften van vluchtelingen. Deze voorlichting en trainingen zouden gegeven kunnen worden door collega's die al met deze doelgroep werken. Maar ook zeker vanuit beroepsopleidingen zou er meer scholing gegeven moeten worden over psychische problematiek in andere culturen en de zorg voor vluchtelingen. Zo blijkt uit een onderzoek van Evgin en Muz (2020).

Kortom: Als je meer aandacht hebt voor de culturele en etnische achtergrond van een patiënt dan draag je bij aan een inclusieve samenleving en zorgen we er samen voor dat we betere zorg kunnen leveren afgestemd op de behoefte van de persoon en rekening houden met zijn of haar achtergrond. Daardoor zullen zowel de vluchteling als de SPV ook minder grenzen ervaren.

Bronnen

- *Capaciteit en bezetting*. (z.d.). Geraadpleegd op 18 mei 2024, van <https://www.coa.nl/nl/lijst/capaciteit-en-bezetting>
- Evgin, D., & Muz, G. (2020). Nursing students learning to care for refugee patients: a qualitative study†. *International Nursing Review*, 68(3), 341–348. <https://doi.org/10.1111/inr.12641>
- *GGZ standaarden*. (z.d.). Geraadpleegd op 2 mei 2024, van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/diversiteit/introductie>
- *Inclusie en diversiteit*. (z.d.). Movisie. Geraadpleegd op 2 mei 2024, van <https://www.movisie.nl/publicatie/essay-inclusie-diversiteit-wat-waarom-hoe>
- Ministerie van Algemene Zaken. (2024, 15 april). *Aanpak vluchtelingenproblematiek*. Geraadpleegd op 2 mei 2024, van Asielbeleid | Rijksoverheid.nl. <https://www.rijksoverheid.nl>. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/asielbeleid/aanpak-vluchtelingenproblematiek>
- Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2024, 17 juni). *Migratie*. Geraadpleegd op 4 mei 2024, van Rijksoverheid.nl. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/migratie>
- Pluck, F., Ettema, R., & Vermetten, E. (2022). Threats and Interventions on Wellbeing in Asylum Seekers in the Netherlands: A Scoping Review. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.829522>
- Reparaz, L. R., Ardjosemito-jethoe, S., & Rousseau, E. (z.d.). *Diversiteit in de samenleving: Concepten, voorbeelden uit de praktijk en methoden voor de diversiteitsbewuste professional*. koninklijke van Gorcum, assen.
- Van de Vliet K Dockx BGC Sabbe N Destoop S van Den Ameele, L. C. L. (2022, 7 september).
- *Barrières in de ggz voor asielzoekers in hoge-inkomenslanden*. Geraadpleegd op 3 april 2024, van https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-13037_Barrieres-in-de-ggz-voor-asielzoekers-in-hoge-inkomenslanden
- *Vluchtelingen* | KIS. (z.d.). KIS. Geraadpleegd op 20 april 2024, van <https://www.kis.nl/themas/vluchtelingen>
- *Vluchtelingenteam Noord* | Lelystad. (2023, 14 augustus). GGz Centraal. Geraadpleegd op 3 april 2024, van <https://www.ggzcentraal.nl/locatie/meerzicht-behandeling-volwassenen-ouderen/vluchtelingenteam-noord/>
- ZonMw. (2024a, juni 18). *Inclusieve samenleving*. Geraadpleegd op 2 mei 2024, van <https://www.zonmw.nl/nl/inclusieve-samenleving#section-657>

Zin in de GGZⁱ

Pim Rodenburg,
SPV (met pensioen)

Toen ik begin jaren 80 in de GGZ ging werken vroeg ik me af: “Hangt de somberheid van mensen af van hun psychologische voorgeschiedenis, of is het meer medisch-biologisch, of zijn het vooral de sociale omstandigheden waardoor mensen moeite met het leven hebben. Of speelt naast deze drie ook de moeite om betekenis, zin aan het leven te geven, mee?”. Gedurende de ruim 45 jaar die ik in de GGZ werkte, heb ik in werk en opleidingⁱⁱ steeds gezocht naar het recht doen aan ieder van deze vier facetten van problematiek. Gezien de aandacht die er veelal is voor de bio-psycho-sociale kanten van de problematiek, wordt in dit artikel de kant van zingeving onder de aandacht gebrachtⁱⁱⁱ.

Eerst wordt een verkenning gedaan rond het woord ‘zin’. Waar gaat het dan over? Horen vragen rond zin wel in de GGZ? Vervolgens wordt een schets gegeven van een vijftal zinervaringskaders. Dan wordt een aantal pijlers geschetst die bij kunnen dragen aan een zinvol leven. Om ten slotte uit te komen bij de GGZ standaard: Zingeving in de psychische hulpverlening (2023).

Zin – waar gaat het dan over?

Als opmaat twee citaten. Als eerste Freud die stelde: “Op het moment dat iemand naar de zin en de waarde van het leven vraagt, is diegene ziek.” Ziet Freud dat goed? De filosoof Camus schreef: “Er bestaat slechts één serieus filosofisch probleem en dat is zelfdoding. Oordelen of het leven wel of niet de moeite waard is, is antwoord geven op de fundamentele vraag van de filosofie”. Is deze opvatting van Camus adequaat? Hun opvattingen lijken tegengesteld te zijn, maar hebben ze het wel over hetzelfde.

Welke betekenissen liggen er in de term ‘zin’? Dat wordt nu eerst verkend. We kunnen zeggen: ‘ik heb zin om te zwemmen’ of ‘ik heb zin in een borrel’. Zin in deze betekenis gaat om verlangen, lust, trek, het gaat veelal om iets waar je een plezierige ervaring van verwacht.

Wanneer iemand zegt: “ik hoop dat jullie dit straks een zinvol artikel gevonden hebben”, dan wordt bedoeld dat het waardevol, nuttig of helpend is. Een ander accent van betekenis klinkt door wanneer we iets ‘zinnig’ noemen, dan bedoelen we dat het redelijk, aannemelijk of verstandig klinkt. Zoals: ‘dat vind ik een zinnig antwoord’.

Een vierde insteek is dat zin verwijst naar betekenis, naar inhoud, naar waarden. Hier denken we veelal aan wanneer we het over zingevingvragen hebben. De insteek van deze bijdrage is te beseffen dat deze verschillende betekenissen samenhangen. Zin is een motiverende ervaring. We spreken van zingeving en van zin ervaring, van zin zoeken en zin vinden, zin hebben en zin verlies. Voor velen is zin meestal vanzelfsprekend. Je stelt geen ingewikkelde filosofische vragen. Je doet je werk, je trekt op met mensen om je heen, je neemt deel aan activiteiten, je leeft je leven. Betekenis, ervaring, samenhang en nut zijn ‘vanzelfsprekend’ aanwezig.

Wanneer de vanzelfsprekendheid wegvalt

De vraag naar zin komt meer expliciet naar voren wanneer de vanzelfsprekendheid wegvalt.

→ Waarom gebeurt dit? Waarom overkomt dit mij? Bijvoorbeeld bij een ingrijpende gebeurtenis.

- Hoe leef ik hiermee? Bij verlies of bij schuld, bijvoorbeeld iemand die een ander iets aandeed.
- Waarom moet ik dit verdragen? Bijvoorbeeld bij ziekte of onrecht.

Er zijn er velen voor wie de vanzelfsprekendheid van het leven ontbreekt. Denk bijvoorbeeld aan de jongeren die zich terug trekken op hun kamer. Velen worstelen met de vraag: “Waarom leef ik? Wat maakt mijn leven waardevol? Wie zit er op mij te wachten? Wat stel ik eigenlijk voor?”

Zijn al deze mensen met Freud ziek? Zijn ze met Camus bezig met de fundamentele filosofische vraag? Vanuit ieders eigen ervaringen en vanuit de gesprekken met onze cliënten is duidelijk dat deze vragen gewoon diep menselijk zijn.

Zin in de GGZ

In de GGZ richten we ons op ziekte, op stoornissen, we bieden Geestelijke Gezondheidszorg. Als hulpverleners spreken we in onze aanpak veelal van een holistische visie en van meervoudige gelaagdheid van problematiek (Hutschemaekers, 2004). Daarbij gaat het om:

1. de klachten: de symptomen die de cliënten hebben (de stoornis).
2. de tekortkomingen in het functioneren die cliënten ervaren (de persoonlijkheid).
3. de problemen die cliënten met hun omgeving ervaren (het sociaal psychiatrische perspectief) en 4. de moeite met keuzes in hun leven, niet goed weten hoe verder te gaan (zingevingdimensie).

Dit wordt geïllustreerd aan de hand van de volgende casus.

Een man wordt aangemeld met depressieve klachten (de stoornis). Vroeger thuis heeft hij geleerd hoge eisen te stellen aan zichzelf (persoonlijkheid). Er blijkt sprake van een langer lopend conflict op zijn werk (context). Het leidt ertoe dat hij zichzelf nu voelt uitgegangeerd (zinloosheid).

Wat zou dan de beste insteek zijn. Moet hij pillen en Cognitieve Gedrags Therapie (CGT) (klachtgericht)? Moet hij schematherapie (persoonsgericht)? Moet de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV) op zijn werk gaan bemiddelen (context gericht)? Moet de demoralisatie worden aangepakt en zo mogelijk het vertrouwen in de eigen mogelijkheden hersteld worden (zingevinggericht)?

Hier is geen eenduidig antwoord wat de beste aanpak is. Echter bij iedere insteek zal de samenhang van factoren mee genomen moeten worden. Het maakt helder dat zingevingsvragen verweven zijn met de problemen waarvoor cliënten bij ons aan kloppen. Vrijwel iedere hulpverlener zal dit in meer of mindere mate herkennen. Dit beter herkennen en er adequaat op in te gaan is de insteek van dit artikel.

Zingevingskaders

Binnen het concept zingeving worden een aantal zingevingskaders onderscheiden. De kaders zijn niet sterk afgegrensd, maar overlappen elkaar. Ze zijn ontleend aan de Franse filosoof Luc Ferry (2012).



1. Een eerste kader is een kosmologische visie op de wereld.

Hier gaat het erom dat iemand zijn leven ziet als deel van het grotere geheel. De ervaring en de overtuiging deel uit te maken van een samenhang geeft zin. De film 'The Lion King' met het lied 'The Circle of Life' sprak velen sterk aan en appelleert hieraan. Er zijn veel mensen die hun leven zien als deel van de natuur, ze willen leven in verbinding met de natuur. Weer anderen ontlenen veel betekenis en zin aan astrologie, ze zien hun bestaan als verbonden met de stand van hemellichamen.

2. Een tweede kader is een gelovige kijk op de wereld.

God, Allah, Krishna heeft de wereld geschapen en als mens ben je in die wereld geplaatst om jouw rol daar te vervullen. Voor iemand kan dat betekenen dat hij het als taak ziet hard te werken en welvaart te bereiken. Anderen verstaan juist hun gegeven taak als zorgvuldig beheren van de schepping en liefdevol met anderen om gaan. Voor weer anderen gaat het om te leven naar geboden die door God gegeven zijn. Iemand anders kan het vooral als zijn taak zien om dankbaarheid te uiten en rituelen te volbrengen.

3. Een derde kader is een humanistische zienswijze.

Hier zien mensen een zinvol leven in het bijdragen aan een betere samenleving. Voor de één vertaalt zich dat vooral door zich in te zetten voor vrijheid, groei en mogelijkheden. Een ander ziet het juist als taak bij te dragen aan meer gelijkheid, rechtvaardigheid en kansen. Voor weer een ander gaat het vooral om klaar staan voor een ander, om bij te dragen aan een beetje geluk of een beetje leefbaarheid voor die ander.

4. Een vierde kader is dat van identiteit.

Hier gaat het om het versterken van de

eigenheid, erkenning van de eigen groep of opkomen voor de eigen rechten. Het kan gaan om de eigen seksualiteit en/of gender (denk aan de LHBTIQ+ beweging), de eigen kleur (bijvoorbeeld 'Black Lives Matters'), het patiënt zijn met een bepaalde aandoening (cliënten organisaties), maar ook het lid zijn van verenigingen, clubs of een politieke partij.

5. Tenslotte schetst Ferry als een zich ontwikkelend kader dat van liefde/verbondenheid.

Mensen zijn meer gericht op de kleine kring om hen heen. Leven voor het gezin, optrekken met een kleine groep gelijkgestemde vrienden, taken als mantelzorger, taalmaatje voor een asielzoeker of afval ruimen in de eigen straat. Een verbondenheid zonder richtinggevende idealen of een extern zingevingskader.

Deze kaders kunnen helpen om in gesprek met een cliënt in diens verhaal te beluisteren, wat er belangrijk of richtinggevend is in iemands leven is. Of juist het gemis eraan, wellicht door het verlies aan geloof in een kader (bijvoorbeeld na een ingrijpend verlies niet meer kunnen geloven in God) of door nare ervaringen afstand nemen van een identiteitsbeweging. Wanneer men zulke kaders in iemands verhaal hoort kan men daarbij aansluiten. Dit 'aansluiten' kan motiveren om de thematiek binnen de behandeling verder op te pakken. De erkenning van zinverlies kan ook ruimte geven juist om op zoek te gaan naar activiteiten en doelen waarvoor men zich wel in kan zetten. Waarmee men zich wel weet te verbinden.^{iv}

Pijlers voor zingeving'

Waar en hoe krijgen de zingevingskaders die beschreven zijn vorm? Waar kan men op letten? Welke insteek, welke benadering kan de ervaring van zin versterken? Waaraan kun je als hulpverlener werken wanneer je de ervaring van zinvolheid wilt versterken?

Emily Esfahani Smith (2017) schetst hiervoor een aantal kaders. Deze kaders zijn tamelijk vanzelfsprekend voor een SPV en naar verwachting zullen SPV-en op deze manier impliciet aandacht aan zin en betekenis geven. Iedere pijler wordt voorzien van een voorbeeld uit de praktijk van de auteur.

1. Erbij horen.

Het is een behoefte die iedereen zal herkennen. SPV kennen vaak cliënten die zo uit het leven gerold zijn, dat ze het gevoel hebben er niet meer bij te horen. Soms durven ze een ander niet meer te vertrouwen. Soms kunnen ze door hun ervaringen niet geloven dat ze welkom zijn bij anderen en soms missen ze de vaardigheid om zich te verbinden. Daarnaast denkt iemand soms zo negatief over zichzelf dat hij zich terugtrekt.

Casus:

Een man had in zijn psychose zijn ziel aan de duivel aangeboden in ruil voor rust. De psychotische beleving verdween met een opname, medicatie en begeleiding, maar de overtuiging, de waan bleef. "Wie wilde nu met zo iemand omgaan?" waren min of meer zijn gedachten en hij trok zich terug. Hij was bereid om middels CGT zijn gedachten uit te pluizen, het gaf iets ruimte, maar geen wezenlijke verandering. Er werd hem voorgesteld in gesprek te gaan met de dominee die de uitvaart van zijn moeder geleid had. Hij was daar eerder positief over. Hij ging akkoord en vond het ook prettig wanneer de hulpverlener de dominee vooraf vertelde wat er speelde. Dit maakte het voor hem gemakkelijker.

Er volgde een serie gesprekken met de dominee. Hij ging inzien dat zijn gelovige interpretatie (ik heb mijn ziel verkocht, dus ik ben verdoemd, dus ik kan anderen niet onder ogen komen) niet klopte. Maar de overtuiging bleef nog. Wel ging hij vanaf toen meer optrekken met een vriend en ook met zijn zus. Via een vriendin van zijn zus werd hij aangemoedigd een

paar dagdelen per week vrijwilligers werk te gaan doen. Met dat hij zich weer meer kon verbinden, ging de overtuiging verder naar de achtergrond.

2. Een (levens)doel hebben.

In de behandeling staan hulpverleners met de cliënt stil bij doelen. Veelal gaat het dan om klachtenreductie, zelfinzicht, zelfbeeld en verbetering van de copingstrategieën. Wat is het doel van die verbetering of acceptatie voor de cliënt? Hulpverleners gaan er vaak vanuit dat het achterliggende doel vanzelfsprekend is. Regelmatig is dat het niet. Oog en oor voor hebben voor wat in het leven van de cliënt doelen zijn, kan de cliënt helpen meer in zijn kracht te komen staan.

Casus:

Een cliënt met een bipolaire stoornis en alcoholmisbruik heeft bij herhaling twijfelend bij een spoorwegovergang gestaan. Zijn verhaal klinkt als een mislukt leven: echtscheiding, kinderen amper zien, werk kwijt en problemen met zijn moeder en broer. Door naar hem te luisteren voelde hij zich enigszins gehoord en ontstond enig vertrouwen. We bespraken de invloed van het alcohol gebruik en het beperken ervan. Het instellen op passende medicatie vroeg veel aandacht. Begeleiding voor het vinden van een andere woning werd in gang gezet. Door het bespreken van de manier van het contact met zijn ex en de kinderen verbeterd het contact. En toch.....

Hij had al tevergeefs geprobeerd werk op te pakken. Hij deed een poosje vrijwilligerswerk voor een vereniging, maar dat gaf geen voldoening. Hij wilde iets voor anderen betekenen. Toen vond hij een vacature voor vrijwilliger bij stervensbegeleiding van mensen die alleen staan. Dit gaf hem veel voldoening. Het hoeft niet om iets spectaculairs te gaan. Maar het oog en oor hebben voor iets anders dan alleen 'dagbesteding' invullen, kan tot onverwachte en waardevolle perspectieven leiden.

3. In een verhaal horen.

Door gebeurtenissen, het ziektebeeld en/of door gevolgen van het ziektebeeld 'valt iemand uit zijn levensverhaal'. De persoon herkent zichzelf en zijn toestand nauwelijks meer. Er is een nieuwe samenhang nodig, een andere kijk op zichzelf en de omstandigheden.

Psychologisch wordt dan bijvoorbeeld reframing toegepast, ook wel herkaderen genoemd. Het is een strategie om een bepaalde probleemsituatie op een andere manier te (laten) bekijken en te benoemen. Daardoor kan het bijbehorende gevoel veranderen. Er kan dan een andere betekenis ontstaan voor een situatie die op zich niet verandert. De insteek van de narratieve therapie, die uit gaat van iemands 'verhaal', kan helpen anders naar het eigen leven en de mogelijkheden te kijken. We horen de verhalen van onze cliënten en kijken met een sociaal-psychiatrische bril naar wat ermee te doen. Hier geldt eveneens de uitnodiging om oor te hebben voor de kant van zin- en betekenisgeving.

Casus:

Een jonge vrouw ondernam net voor Pasen een ernstige suïcidepoging. Een groot aantal ingrijpende factoren speelden een rol. Misbruik in het verleden. Een belastende moeder-dochter band. Een negatief zelfbeeld met destructief gedrag. Haar verhaal werd aangehoord. Er werd gewerkt aan haar zelfbeeld. Er vonden gesprekken plaats met moeder en met vriend erbij en er werd medicatie ingezet. De jonge vrouw werkte zorgvuldig aan haar huiswerkopdrachten en ging steeds meer andere keuzes maken. Zo besloot ze uit huis te gaan en te stoppen met haar opleiding. Bijna een jaar later was ze goed op weg. Ze bleef zich echter steeds schuldig voelen over hoe ze haar vriend en ouders had belast met haar gedrag. Ze zag erg tegen Pasen op. Er werd met haar stil gestaan bij het verhaal van Pasen. Gememoreerd werd dat Jezus zijn dood niet het einde betekende, maar juist een nieuw begin introduceerde.

Onderstreept werd dat ook de jonge vrouw zelf gedurende het afgelopen jaar haar leven opnieuw vorm had gegeven. Het was blijkbaar nodig om zo diep te gaan – een suïcidepoging – om een nieuwe start te kunnen maken. Deze reframing, theologisch niet helemaal juist, hielp haar het schuldgevoel verder los te laten. Tijdens de evaluatie bij haar afscheid, kwam ze hier expliciet op terug.

4. De ervaring van verbonden te zijn met iets overstijgends.

Zoals al eerder aangegeven, bij zinervaring gaat het om het zich verbonden voelen met iets dat de persoon als individu overstijgt. Dat kan een gezin zijn, familie of vrienden. Het kan een levenstaak zijn. Maar ook een gelovig of spiritueel kader zijn. Dit wordt ook transcendentie genoemd; de ervaring van jezelf overstijgen en je verbonden voelen met iets groters en betekenisvol.

Casus:

Het betreft een vrouw van middelbare leeftijd met ernstige recidiverende depressies. Op jonge leeftijd was ze ingetreden in het klooster. Het kloosterleven paste niet bij haar. Teleurgesteld trad ze uit. Later trouwde ze en kreeg een kind. Toen haar man een hork bleek te zijn, is ze gescheiden. Haar zoon voedde ze alleen op. Inmiddels is deze volwassen.

Waar ze een ander kon helpen, stond ze voor die ander klaar. Maar verder hield ze haar wereldje klein. Ze voelde zich zo verloren. En met God kon ze niet zo veel meer. Tijdens de vele gesprekken over haar geschiedenis, lukte het lange tijd niet iets te vinden waar ze zich mee verbonden voelde. Tot ze vertelde hoe mooi ze de zang in het klooster vond. Door de frustraties rondom haar uitreding, kon ze die muziek niet meer aanhoren. Een kerkkoor voorstellen was helemaal tegen het zere been. Op initiatief van de SPV kreeg ze liederen van Huub Oosterhuis te horen. Het raakte haar en ze werd erdoor geëmotioneerd. Omdat de liederen haar zo aanspraken, nam haar zoon vervolgens veel

liederen voor haar op. Vervolgens vertelde ze: “De depressies gaan helaas niet weg. Maar als ik deze liederen aanzet, kan ik het beter volhouden. Dan voel ik me minder verloren.”

Uit deze voorbeelden blijkt dat de gesprekken vaak niet expliciet over zingeving hoeven te gaan. Het gaat vooral om de alertheid van de hulpverlener om in te gaan op thema's die iemands leven meer zinvol maken. En daarmee diens gezondheid bevorderen. Het samen met de cliënt zoeken naar wat van betekenis is of kan zijn in diens leven draagt bij aan een als waardevol ervaren leven. Bovendien zou het bij kunnen dragen aan de kwaliteit van leven van de zorgverlener zelf.

GGZ standaard zingeving en psychische problemen

Tot slot kort iets over de GGZ standaard *Zingeving in de psychische hulpverlening* (2023). De GGZ standaarden zullen de meeste hulpverleners bekend zijn. Ze zijn opgesteld door deskundige hulpverleners samen met cliënten uit cliëntenorganisaties. Ze maken formele richtlijnen voor iedereen toeganke-

lijk door het formuleren in heldere en concrete taal. De GGZ standaarden hebben een overzichtelijke opbouw en een praktische zoekfunctie. Zo ook die over zingeving in de psychische hulpverlening.

Zingeving is in deze standaard gedefinieerd als: ‘het proces waarin mensen richting geven aan hun leven op basis van wat voor hen het meest belangrijk of betekenisvol is’. Het advies is om bij de intake en bij het begin van de behandeling al te benoemen dat vragen over zin aan bod mogen komen. Dit maakt het eventueel bespreekbaar maken laagdrempelig.

Het gaat ook volgens de GGZ standaard niet om een apart item, maar om alert zijn op wat tijdens een gesprek ter sprake komt en het stellen van reflectieve vragen in een gesprek. Denk in gesprekken aan vragen als: Wat houdt je bezig? Wat voor gedachten of vragen zijn voor jou belangrijk? Of vragen waarin wordt teruggekeken. Waar had je steun aan in eerdere moeilijke situaties? Wat was eerder belangrijk voor je om voor te leven? Hoe is dat nu? Daarnaast vragen gericht op



personen om iemand heen. Wie zou je bij je willen hebben? Met wie voel je je verbonden of wie is steunend voor je?

De GGZ standaard Zingeving in de psychische hulpverlening kent een aantal werkkaarten. Er is een samenvatting voor cliënten op thuisarts.nl (Ik zit niet lekker in mijn vel en denk na over wat mijn leven zin geeft) en voor hulpverleners is er de mogelijkheid een Webinar ‘zingeving’ te volgen via AKWA GGZ.

Organisaties die actief zijn rond GGZ en zingeving

Eleos is een Christelijke GGZ instelling (o.a. in de regio Drachten, Ede en ook De Hoop verslavingszorg valt onder hen) www.eleos.nl. Zij bieden tevens deelbehandeling en begeleide woonvoorzieningen. KSGV verzorgt diverse uitgaven op het gebied van zingeving en GGZ: www.ksgv.nl. Aan de universiteit voor humanistiek heeft psychiater Arjen Braam (Altrecht) een leerstoel. <https://www.uvh.nl/contact/vind-een-medewerker/arjan-braam>. *Tijdschrift van de Christelijke Vereniging voor Psychiaters, Psychologen en Psychotherapeuten (CVPPP)* www.psyche geloof.nl

Conclusie

Zingevingsvragen spelen een rol binnen psychische problematiek. Aandacht hiervoor en hier adequaat op ingaan is belangrijk voor het herstel van de cliënt. Dit vraagt van de SPV alertheid voor het zingevingskader waaruit de cliënt leeft. Daarvanuit kan gewerkt worden aan onderwerpen als: erbij horen, een (levens)doel hebben, in een verhaal passen of verbinding met wat het persoonlijke overstijgt. Voor de SPV biedt de GGZ standaard Zingeving in de psychische hulpverlening een toegankelijke beschrijving voor het (belang van het) herkennen van zingevingproblematiek. Daarin worden veel praktische handvatten aangereikt.

Referenties

- Esfahani Smith, E. (2017). *De kracht van betekenis*. Utrecht: Ten Have Ferry, L. (2012). *Over de liefde: een filosofie voor de 21-ste eeuw*. Amsterdam: Arbeidspers
- GGZ standaarden. (2023). *Zingeving in de psychische hulpverlening*. AKWA GGZ
- Hutschemaekers, G. (2004). *Vragen naar zin: het perspectief van de GGZ-cliënt*. Tilburg: Kenniscentrum voor Levensbeschouwing en Geestelijke Volksgezondheid

ⁱ Dit artikel was oorspronkelijk een lezing in het kader van een mini-symposium ivm mijn pensionering. Ik werkte bij Pro persona in een ambulante team voor een diverse cliëntdoelgroepen.

ⁱⁱ Na mijn B-opleiding deed ik midden jaren 80 de opleiding maatschappelijk werk en daarbinnen de leerroute theologie en maatschappij. In de jaren 90 volgde ik aan de UvT de studie zingeving en hulpverlening. Ik werkte in APZ, op een PAAZ, in een crisiscentrum en in verschillende ambulante settings.

ⁱⁱⁱ Vanuit de herstel beweging en bijvoorbeeld positieve gezondheid (Hubers) is – gelukkig – de laatste jaren meer aandacht voor het belang van aandacht voor zingeving/zinervaring.

^{iv} Dit sluit aan bij de insteek van ACT om waarden bespreekbaar te maken.

^v Hier is een overeenkomst met het CHIME-model (Leary 2011), zoals in herstel beweging bekend. Chime staat voor: Connections, Hope, Identity, Meaning, Empowerment.

Van angst

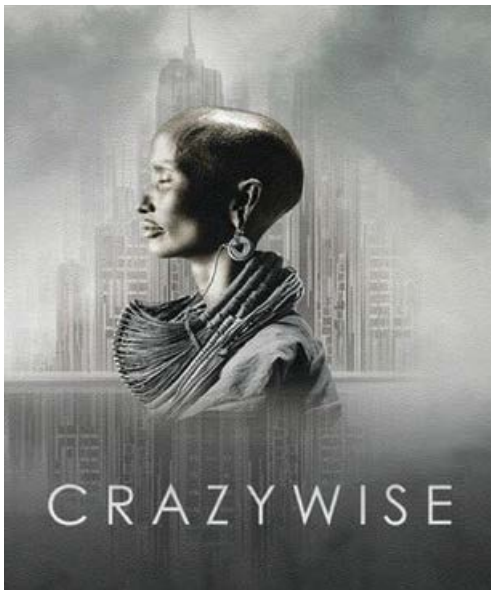


naar vertrouwen

...de Crazywise Conference in de Cultuurkoepel Heiloo

Frans van der Lem

Medio september 2024 is de redactie te gast geweest bij deze bijzondere bijeenkomst, een alternatieve conferentie voor de geestelijke gezondheidszorg. Sinds de start in 2014 is het inmiddels de achtste editie van dit evenement. De Cultuurkoepel is het oorspronkelijke religieuze centrum op Landgoed Willibrordus. Het rondvormige gebouw ademt nog steeds een spirituele sfeer uit. Door de ronde vorm en de opstelling van het meubilair worden bezoekers uitgedaagd elkaar aan te kijken. Dat bevordert de saamhorigheid. Hetgeen aansluit bij de doelstelling van deze dag.



Crazywise Conference is een tweejaarlijks terugkerend evenement van een beweging met dezelfde naam. Het betreft mensen met psychose-ervaringen, hun naasten en betrokkenen. Met de conferentie wil de organisatie een brug slaan tussen bestaande visies en nieuwe inzichten, tussen professionals én ervaringsdeskundigen. Centraal hierbij staat een andere kijk op psychose en vergelijkbare onalledaagse vormen van bewustzijn. Psychose wordt niet alleen benaderd als ziektesymptoom, maar ook gezien als een kans om te komen tot persoonlijke groei en transformatie. De beweging ontleent zijn naam aan de documentaire 'Crazywise'. De film, met indertijd een emotioneel aangrijpende première in 2016, vormt een belangrijke inspiratiebron.

De beweging bevordert onderlinge ontmoetingen. Door middel van het uitwisselen van ervaringen en ideeën over psychotische belevingen wil het een bijdrage leveren aan eigen herstel. Maatschappij-breed stimuleert de beweging een menswaardige manier van omgaan met mensen die psychotische ervaringen hebben meegemaakt.

Het thema van deze zonnige najaarsconferentie luidde: “*Van angst naar vertrouwen*”. In het kader van psychoses is deze titel toepasselijk. Maar op de dag zelf is nauwelijks een spoor van angst te bemerken. De bezoekers gaan veelal openhartig met elkaar om.



Het vertrouwen is er vrijwel onmiddellijk. De bijzondere omgeving waarin de bijeenkomst plaatsvindt, het gebedshuis waarin veel gemediteerd en gezongen werd, draagt daarin zeker zijn steentje aan bij. Bij het binnenkomen bespeelt een muzikante met heldere klanken de handpan, als een welluidende cymbaal met meerdere toonhoogten. Wanneer de serene muziek over de bezoekers neerdaalt, raken zij als vanzelfsprekend naar binnen gekeerd. In het centrum van de ruimte staan, als bij een altaartje, enkele gebruiksvoorwerpen en bloemen opgesteld. Ook een kaars. Deze wordt aangestoken wanneer alle binnengekomen bezoekers hebben plaatsgenomen in meerdere grote kringen rondom. Dan klinken er meditatieve pianoklanken van de opgestelde zwarte vleugel. Ze versterken de contemplatieve sfeer.

Hierna worden door het organiserend comité twee ervaren ggz-hulpverleners voorgesteld als dagvoorzitter. De een is hoogleraar psychiatrie, geïnspireerd door niet-westerse culturen en spiritualiteit. De ander is een ervaren psychiatrisch verpleegkundige, POH-GGZ en Winti-consulent. In de rol van dagvoorzitter zullen zij deze dag niet veel aan bod komen. Het organiserend comité heeft een toepasselijk programma uitgewerkt met een helder tijdschema.

De eerste plenaire voordracht sluit volledig aan bij de doelstellingen van Crazywise. De spreker is vrouw, psychiater, medisch antropoloog en onderzoeker transculturele psychiatrie. Zij houdt een heldere voordracht met betrekking tot psychotische ervaringen onder (leerling) traditionele genezers in Zuid-Afrika. Haar onderzoek laat zien dat ervaringen die in de Westerse psychiatrie als psychose worden gezien, in de Zoeloe-cultuur kunnen worden opgevat als aspecten van een roeping om traditionele genezer te worden. De beste manier om met deze verschijnselen om te gaan volgens de Zoeloe-cultuur, is het volgen van een intensief traject tot traditioneel genezer. Het verhaal van de spreker wordt warm onthaald. De conclusies met een luid applaus beloofd.

Vervolgens pitchten een aantal workshophouders, steeds in een paar minuten, hun te houden workshop. De deelnemers kunnen daarop hun keuze baseren. Na een koffiepauze zwermt de menigte uiteen en verspreidt zich over de verschillende ruimtes waar, zowel binnenshuis als in de open lucht, in kleiner verband lezingen en trainingen worden gehouden. Het betreft een verscheidenheid aan benaderingen, zoals een meditatieve stiltewandeling, het overwinnen van angsten, praten met stemmen, herstel van zelfregie en communiceren vanuit presentie.

De keuze van de redactie valt deze ochtend op 'Reguleer je zenuwstelsel'. Een groep van ongeveer twintig personen volgt aandachtig de beeldende instructies van de docente. Illustratief, aan de hand van een anatomisch model van het ruggenmergkanaal, legt zij uit hoe psychische trauma's zich kunnen nestelen in ons zenuwstelsel. Zij maakt daarin onderscheid tussen de tweeledige rol van het autonome zenuwstelsel. Het activerende deel vergelijkt zij met de mannelijke daadkracht. Het ontspannende en integrerende deel met de vrouwelijke energie. Lichamelijke beweging, maar vooral trillingen van geluidsgolven, kunnen de harmonie binnen het zenuwstelsel positief beïnvloeden. Blokkades in het zenuwstelsel als gevolg van traumatische gebeurtenissen zouden daardoor behandeld kunnen. Er kan dan een nieuw psychisch evenwicht ontstaan, los van eerder doorgemaakte ingrijpende psychische ervaringen.

Na deze informatieve en constructieve ochtend waaieren de deelnemers weer uit over de centrale ruimte. Onderweg naar de uitstekend verzorgde lunch, brengt menigeen nog een bezoek aan een of meerdere boekenstandjes. De kraampjes omarmen als het ware het gemêleerde gezelschap op deze feestelijke dag. Ze staan opgesteld als buitenste cirkel tegen de bakstenen buitenmuur. Sommige standhouders presenteren gedichten, tekeningen en schilderijen. Anderen hebben aan de hand van driedimensionale objecten vormgegeven aan eigen door-gemaakte psychotische ervaringen. Zij nodigen de deelnemers uit, om tijdens hun workshop dezelfde techniek te oefenen en hun emoties in te verwerken. En eveneens een dergelijk object te fabriceren.

Een gepassioneerde jonge schrijver presenteert in één van de standjes vol trots zijn boek *'Het waait wel weer over'*. Hierin heeft hij op openhartige wijze zijn levensverhaal opgetekend. Hoe zijn ontwikkeling stagneerde. Hoe een psychose die impasse openbrak. Weer zin gaf aan zijn bestaan, vreugde in het leven. Spontaan signeert hij zijn boek. Terwijl hij het mij aanreikt, zegt hij tegen me "Ik hoop dat het u inspireert."

Na de lunchpauze appelleert de muzikante met haar klinkende handpan de bezoekers om opnieuw plaats te nemen in de centrale ruimte. Met haar sonore klanken leidt zij de spreker in voor de tweede plenaire voordracht. Een politiek activistische Ugandese bisschop. Gepassioneerd en met veel humor neemt hij het gezelschap van een paar honderd luisteraars mee in

zijn inspirerende verhaal. Men hangt aan zijn lippen. Zijn levendige presentatie en beeldende Engelstalige bewoordingen vormen een universele boodschap in een universele taal. Het gaat over gemeenschappelijkheid en saamhorigheid. Wij zijn allemaal een bezielde lichaam. Wij zijn aan elkaar gelijk. Het draait om verbinding en vertrouwen, de tegenhanger van angst. Angst voor vertrouwen vertaalt zich in behoefte aan controle. Controle leidt tot verdeeldheid en toenemende angst. Toch is er maar één werkelijke waarde in het bestaan: VERTROUWEN. Laat niet personen, ideeën of organisaties domineren, maar geef voorrang aan GEZAMENLIJKHEID. Maak van het leven een feest door deze gepaard te laten gaan met eerlijkheid, vriendelijkheid, blijheid en HOOP. Dan creëren wij met elkaar een bezielde samenleving waarin eenieder met elkaar verbonden is, zo ook de mensheid met moeder aarde. De verbinding tussen de inspirerende bisschop en de aandachtig luisterende bezoekers is zichtbaar en voelbaar. Het vertaalt zich in een behoefte om op dergelijke wijze met elkaar verder te communiceren. Alsnog de draad oppakken aan de hand van de vooraf geplande dagagenda voelt als een doorbreking van waar we op dat moment mee bezig zijn: VERTROUWEN, GEZAMENLIJKHEID, HOOP. Diep onder de indruk van het gesprokene, kijken de bezoekers nog enkele minuten zwijgend voor zich uit.

Met enige vertraging pitchten de workshophouders vervolgens hun programma van die middag. Sommigen verwijzen naar hun verhaal van die ochtend. De beide standhouders van de kunstzinnige driedimensionale objecten ter verwerking van emoties, houden het kort: "Kom bij ons!" Een uitgebreider verhaal volgt in de uitnodiging aan eenieder die zich daartoe geroepen voelt om zich aan te sluiten bij een 'healing community', een alternatieve vorm van groepswonen, gericht op psychisch herstel.

Onze voorkeur gaat uit naar de muzikante met haar cymbaal-achtige muziek. Zij biedt een klankreis. In een veilige, rustgevende omgeving, neemt de muzikante de deelnemers mee op een reis waarbij men zich laat onderdompelen in magische klanken en vibraties van diverse instrumenten en haar stem. De klanken zouden de hersengolven veranderen, van een actieve bèta-staat naar een meer ontspannen alfa- of theta-staat, waardoor men een diepe ontspanning kan gaan ervaren. De workshop wordt gegeven in de voormalige kloosterkapel, een intieme gebedsruimte waar voorheen de kloosterlingen zich individueel ter gebed en bezinning terugtrokken. De spirituele kracht was nog bijna concreet voelbaar en versterkte de intentie van deze dag: VERTROUWEN, GEZAMENLIJKHEID, HOOP.

Teruggekomen in de centrale ruimte, waar iedereen na afloop van de diverse workshops elkaar weer tegenkomt, verstoort het rumoer de opgebouwde meditatieve stemming. Een bezoek aan de voormalige kloostertuin brengt redding. De rustgevende binnentuin, omgeven door de monumentale kerk en kloostergebouwen, herstelt de aangename verstillings. Ter afronding van deze inspirerende dag begeven wij ons naar de centrale ruimte voor een laatste gemeenschappelijk bijeenzijn. De inmiddels vertrouwde muzikante met klinkende instrumenten heeft plaatsgenomen in het centrum en zingt nu prachtige liederen. Wanneer de melodieuze klanken vervolgens zijn weggeëbd, blijft het nog enige tijd stil.

Het organiserend comité be vraagt vervolgens de aanwezigen of men nog iets zou willen toevoegen. De algemene reactie betreft dankbaarheid voor de inspiratie die deze dag heeft opgeleverd. Wanneer we het gebouw verlaten, worden we via onze ooghoeken gewaar dat een grote groep deelnemers zich in een kring opnieuw bijeenvoegt. Ze willen het warme bad nog niet verlaten.

... het Presentiefestival 2024

Frans van der Lem **Vanwege het twintigjarig bestaan van de stichting Presentie is er groots feest gevierd in de Prodentfabriek te Amersfoort. Op 24 september 2024 vormden de voormalige fabriekshallen, waar voorheen tandpasta en schoensmeer werden geproduceerd, de decoratie van het Presentie-jubileum.**

Vanuit de geschiedenis heeft de redactie van SP goede redenen om dit feest onder andere samen met Andries Baart mee te vieren. We hebben een lang bestaande gemeenschappelijke geschiedenis. Een van de eerste ontmoetingen dateert van 1998, tijdens het symposium 'Voorbij het product' over nieuwe verhoudingen tussen cliënten, professionals en managers in zorg en welzijnswerk. Kees Onderwater, toen nog eindredacteur van ons tijdschrift, presenteert dan het COMPRO-project over 'Horizontale communicatie over psychosen'. Gerard Lohuis, onze huidige eindredacteur houdt dan een pleidooi voor 'Transsectorale samenwerking in de thuis- en stratzorg'. Andries Baart richt zich dan al wel op 'normatieve professionaliteit, met existentiële vragen en morele beslissingen' vooral in de pastorale zorg. Dat betreft dan nog zijn onderzoek binnen het buurtpastoraat dat in 2001 leidt tot "Een theorie van de Presentie"

In 2002 organiseerde Andries Baart, mede samen met Ben Venneman, een meerdaagse training betreffende de presentiebenadering speciaal voor Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen. In 2008 beschrijft hij in 'Verpleegkunde en Presentie' samen met Mieke Grypdonck 'De ongekende presentiekwaliteiten van de SPV'. 'De presentie bevat de taal, concepten en het perspectief om de verborgen kwaliteiten van deze verpleegkundigen tevoorschijn te halen, te waarderen en in zekere zin te rehabiliteren.

Het thema voor de jubileumdag in 2024: VERHALEN

Eigenlijk draait hij bij de Presentie sowieso om verhalen. Middels verhalen kunnen mensen zich presenteren. Verhalen vertellen is een vorm van communiceren.

We leven met en van verhalen. Verhalen vertellen is een manier waarop we onze ervaringen delen, begrijpen en verwerken.

In zorg, onderwijs en welzijn worden volop verhalen verteld. Verhalen hoeven niet persé woordelijk voorgedragen te worden. Ze kunnen ook tot uitdrukking komen in spelen, muziek, dans, schilderen, gedichten en voordrachten. Van al deze vormen werd op deze feestelijke dag uitbundig gebruik gemaakt.

Om concreet vorm te geven aan de festiviteiten, werden er naast enkele plenaire voordrachten diverse workshops georganiseerd. Men ging bijvoorbeeld aan de slag met verhalen over betrokkenheid, geduld, vertrouwen, nieuwsgierigheid en vriendschap. Presentie zouden we ook in beeld kunnen brengen. Zoals beeld jouw verhaal uit in klei. Of in dans.

Een bordspel, overeenkomstig een ganzenbord, bleek behulpzaam zijn bij dilemma's en worstelingen in het werk. Maar hielp tevens om thuis te geraken in de terminologie van de presentie. Gezamenlijk kon er eveneens gewerkt worden aan een 'woordenboek', zelfs in dichtvorm. Op een speelse manier, ook met behulp van een kaartspel, kon men zich de kenmerkende termen van de presentie eigen maken.

In haar twintigjarig bestaan ontwikkelde Stichting Presentie een bijzondere verzameling aan eigen woorden: aanklampbaar zijn, bekommernis, betrokkenheid, morele intuïtie, praktische wijsheid, van latende modus tot verdunde ernst, van klein kijken tot finaliseren.

Het werkwoord 'finaliseren' gaat bijvoorbeeld over de ruime betekenis van het doel van zorg. Door de vragen te stellen komt men daar dichterbij. Waar zijn we op uit met onze zorg? Hoe dragen wij daaraan bij? Hoe ervaart de ander dat eigenlijk? En wat staat ons mogelijk anders te doen? Het vertellen van verhalen kunnen we leren. Door het vertellen van verhalen structureren wij onze gedachten. Daarmee kunnen wij hetgeen wij geleerd hebben op anderen overbrengen. Wij stellen ons daarmee ook bloot aan anderen.

Door verhalen te vertellen leggen wij tevens rekenschap af aan de ander. Inmiddels is er een werkwijze ontwikkeld om betekenisvolle verhalen op te halen, te verrijken en in een onderzoekend gesprek te bespreken ten behoeve van het realiseren, organiseren, verbeteren en verantwoorden van goede zorg. Want 'het goede' is heel persoonlijk is. Pas in de praktijk blijkt wat die ander nodig heeft.



Narratief werken helpt zo mee aan het realiseren, organiseren en verantwoorden van goede zorg doordat je met verhalen aan anderen inzicht kan geven in je werk. Verhalen kunnen bovendien stem geven aan hen die anders niet gehoord worden, aan kwetsbaren in onze samenleving en daardoor bijdragen aan een veelzijdig maatschappelijk debat.

De apotheose van het presentiefestival werd gevormd door de plenaire presentatie door Andries Baart over de gouden randen en donkere kanten van verhalen. Verhalen zijn onontkoombaar voor zorg. Wanneer zijn verhalen helpend? En wanneer kunnen verhalen gevaar en bedreigingen vormen? Dat gebeurt bijvoorbeeld wanneer verhalen worden 'losgezongen' van de werkelijkheid, essentiële zaken buiten schot worden gehouden, of worden ingezet om het maatschappelijke debat een bepaalde richting op te duwen? Dan kunnen verhalen ons juist klein en angstig maken!

Verhalen kunnen verteld worden met woorden, zo gaat het meestal. Verhalen kunnen verteld worden zoals ze bedacht zijn en bewust in elkaar gezet worden, maar ook stilzwijgend zoals de ruïnes van Aleppo het verhaal vertellen van de oorlog, of onze polders het verhaal van de strijd tegen het water. Verhalen kunnen een duidelijke clou hebben, een goed beschreven afloop. Maar sommige verhalen laten de betekenis over aan de toehoorder over. Ze tonen iets. Ze bieden fragmenten. Het is aan de ander te zeggen wat het kan betekenen.

Na het verschijnen in 2001 van *'Een theorie van de presentie'* heeft zich inmiddels een omvangrijke bibliotheek ontwikkeld met verhalen over de presentiebenadering, niet alleen in boeken, maar ook in een kaartspel en een bordspel. Prachtige hulpmiddelen ter ontluiken van: **'De ongekende presentiekwaliteiten van de SPV'**



Cathelijne Verboeket-Crul

“Het leven loslaten. Een verpleegkundige, haar patiënten en het stervensproces, thuis en in het hospice” (2024)

Uitgeverij de Arbeiderspers

EAN 978 90 295 5071 0

208 pagina's · Prijs € 21,99

Door Simone van Erp

Cathelijne Verboeket-Crul combineert patiëntenzorg met wetenschappelijk onderzoek en dat is terug te lezen in haar eerste boek. Ze neemt ons mee in de ontmoetingen met patiënten die zij, als verpleegkundig specialist, behandelde tijdens de laatste fase van hun leven. Deze ontmoetingen tekent ze treffend en inlevend op. Ze mijmert over bepaalde dilemma's of moeilijkheden waar ze op het sterfbed in het hospice of bij de patiënt thuis, tegen aanloopt. Ze maakt deze bespreekbaar met collega's, gaat op zoek naar wat hierover al bekend is en daar waar nodig en mogelijk is, begint zij haar eigen (wetenschappelijk) onderzoek.

De opgetekende ontmoetingen zijn thematisch verdeeld over tien hoofdstukken. Een aantal daarvan zijn voor de hand liggend: euthanasie, stoppen met eten en drinken of zingeving en spiritualiteit. Een meer vernieuwend hoofdstuk gaat over sterven in een natuurlijke slaaphouding, waarnaar de schrijfster ook onderzoek heeft gedaan. Ook de hoofdstukken over seksualiteit en over levenseinde-ervaringen vallen op. Er bestaat nog grote onbekendheid bij hulpverleners over deze levenseinde-ervaringen. De informatieve kaders aan het einde van de meeste hoofdstukken verrijken de lezer met achtergrondinformatie zoals historie of cijfers omtrent het betreffende onderwerp.

Sterven zoals je slaapt

In het hoofdstuk over sterven zoals je slaapt citeert de auteur de bekende Cicely Saunders (1918-2005): verpleegkundige, arts en grondlegger van de hospicebeweging. Zij beschreef eind jaren 60 al dat akelige of mooie beelden van stervenden van grote invloed zijn op naasten. *'How people die remains in the memory of those who live on'*, is één van haar bekendste uitspraken. Dat zorgverleners zich hiervan bewust dienen te zijn, omdat zij er invloed op kunnen hebben, blijkt uit Verboeket-Cruls volgende ervaring. Een dame die in het hospice stervende was, werd op het laatste moment op haar zij gedraaid door Verboeket-Crul, zoals ook haar natuurlijke slaaphouding was. De zoon van mevrouw, waarmee dit in overeenstemming was gebeurd, vertelt weken na haar overlijden dat de laatste aanblik van zijn moeder, door deze zijligging, vredig en vertrouwd was. Hij had niet verwacht dat deze vertrouwde aanblik hem zoveel troost zou geven en is daar erg dankbaar voor.

Levenseinde ervaringen

Ervaringen die kunnen helpen bij het loslaten van het leven, door bijvoorbeeld angst te verminderen, zijn levenseinde-ervaringen. Dit zijn krachtige, persoonlijke ervaringen die een grote betekenis hebben voor degene die deze visioenen of dromen ervaart. Zo kan de stervende een overleden dierbare zien, of een religieuze of spirituele figuur. Verboeket-Crul vertelt over een 83-jarige vrouw die opeens wekenlang elke nacht een doodsangst ervaart, doordat herinneringen aan haar ervaringen in het jappenkamp zich plotseling levendig en gedetailleerd aandienen in de nacht. De verpleegkundigen in het hospice proberen de angst met medicijnen, bedlampjes, rustgevende muziek en gesprekken met de geestelijk verzorger te verminderen, maar tevergeefs. Dan openbaart zich aan het bed van de vrouw een engelachtige verschijning. De vrouw ervaart zijn aanwezigheid en energie als licht en liefdevol en gerustgesteld door zijn aanwezigheid valt ze in slaap. Wat de verpleegkundigen niet lukte, lukt dankzij deze levenseinde-ervaring wel. Deze neemt de dame haar doodsangst af.

Er is sprake van een onbekendheid bij zorgverleners rondom dit fenomeen waardoor patiënten een barrière ervaren om hierover te spreken. Toch ervaart 50-60% van de hospicepatiënten een sterfbedvisioen of -droom, zo schrijft Verboeket-Crul. Ook andere opmerkelijke ervaringen die samenhangen met sterven en de dood, licht zij toe, zoals de Nabij-de-Dood-Ervaring (NDE), terminale helderheid en peri- en postmortale ervaringen.

Seksualiteit op het sterfbed

In het hoofdstuk over seksualiteit en intimiteit brengt Verboeket-Crul vanuit persoonlijke ervaring de handelingsverlegenheid ter sprake rondom deze thema's op het sterfbed. Ze merkt op dat verpleegkundigen schroom ervaren om seks ter sprake te brengen. Ze start vervolgens een dossierstudie om te onderzoeken hoe vaak collega's iets over dit onderwerp in de zorgdossiers noteren. Dat blijkt zelden te gebeuren. Het vermijden van gesprekken over seks en intimiteit heeft volgens haar tot gevolg dat vragen, problemen en eventuele oplossingen op dit gebied onbesproken blijven. Dit kan de kwaliteit van leven, of in dit geval sterven, negatief beïnvloeden. Opnieuw dus een onderwerp waar de zorgverlener zich van bewust dient te zijn, óók op het sterfbed.

Door het optekenen van haar ervaringen met stervenden, biedt Verboeket-Crul met *Het leven loslaten* een mooi overzicht van facetten die een rol kunnen spelen in het sterfproces en bij het afscheid nemen. Ondanks de zware thematiek leest het boek als een roman, mede door de gedetailleerde dialogen tussen patiënt en auteur. Het boek is tevens informatief en zal menig SPV informatie verstrekken over alles wat komt kijken bij het stervensproces. Het laat de (sociaal-psychiatrisch) verpleegkundige weer eens inzien in welke mate deze invloed kan hebben op de stervenservaring van de patiënt en op hoe de naasten dit proces en het afscheid met hun dierbare ervaren. Een gegeven dat natuurlijk niet enkel opgaat voor zorg in het hospice, maar toepasbaar is op de gehele patiëntenzorg. Wat dit boek relevant maakt voor elke verpleegkundige.



Micha de Winter

“Verbeter de wereld, begin bij de opvoeding - Vanachter de voordeur naar democratie en verbinding” (2011)

Uitgeverij SWP

EAN 978 90 885 0187 6

157 pagina's · Prijs € 21,99

Door Gerard Lohuis

De Winter wil wegblijven van de ivoren toren van de wetenschap. Hij ziet zijn plek *midden in de maatschappij*. De 73-jarige pedagoog heeft een missie waarvan de wortels ergens in zijn jeugd zullen liggen. Beide ouders, zo schrijft journalist Fokke Obbema in de Volkskrant, verloren in de oorlogsjaren allebei hun jeugdliefdes, de nazi's hadden hen vermoord (Fokkema, 4 oktober 2024, *De Volkskrant*). Na de oorlog kozen ze voor elkaar. Zoon Harry werd bekend door radio en tv en Micha had een narratief om de wereld een beetje humaner te maken. Micha is een man met een missie. Het had hem bijna zijn universitaire loopbaan gekost omdat hij niets moet hebben van kwantitatief onderzoek. “*Totdat 'nog hogere autoriteiten' aan de universiteit hem te hulp schieten en een aparte leerstoel voor hem creëren. Tot zijn pensionering mag De Winter dan zijn eigen weg blijven volgen*”, aldus Obbema in de Volkskrant. Pas de laatste jaren is de Winter in staat de rode draad in zijn leven te zien: “Wat mij heeft gedreven, en nog steeds drijft, is niet alleen de hoop op een betere wereld. Het is ook de angst dat mensen in beesten kunnen veranderen.”

Zo werkt de Winter in de praktijk. Hij zoekt jongeren op, dompelt zich onder in hun leefwereld om van binnenuit te begrijpen wat hen drijft. Hij heeft het niet zo op met de gedachte of de mens van nature goed of kwaad is. Beide wortels zitten in ons en de context bepaalt wat er naar boven komt, aldus de Winter. Met de standaardaanpak bij geradicaliseerde jongeren heeft hij niet veel op. Met een soort van puntenstelsel hun gedrag bijstellen leidt er toe dat de onderliggende problemen niet begrepen worden. En dat is waar de Winter naar op zoek is Betekenisgeving. (Fokkema, 4 oktober 2024, *De Volkskrant*). Het gaat bij opvoeding, onderwijs en jeugdbeleid om meer dan gedrag. De auteur vindt dat kinderen en jongeren moeten leren wat het betekent om te leven in een democratische samenleving, waarin mensen het recht hebben op hun eigen identiteit, maar waarin ze dat ook aan anderen moeten gunnen. Weg van het wij-zij-denken dat aan de ene kant een gevoel van (groeps)verbondenheid geeft maar tegelijkertijd dehumanisering en uitsluiting met zich meebrengt. Hier is een bevlogen, gepassioneerde wetenschapper bezig die erop wil wijzen dat socialisatie een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van burgers is. Hij keert zich niet af van polarisatie wanneer dit

laat zien waar het schuurt. Polarisatie kan aanzetten tot verandering zo lang de toon niet te fel wordt en men elkaar niet gaat aanvallen waardoor er geen onderhandelingsruimte meer is (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2009). De Winter onderbouwt dit door het begrip *vrijheid* van Isaiah Berlin aan te halen. Negatieve vrijheid gaat over de ruimte die iemand mag nemen om te doen wat hij wil. Positieve vrijheid is de behoefte van mensen om zelf richting aan het eigen leven te geven. Deze twee vrijheden kunnen met elkaar botsen wanneer van buitenaf, bijvoorbeeld door de overheid, wordt opgelegd hoe het leven geleefd dient te worden. En te snel achter de voordeur gaat meekijken. Volgens de Winter wordt vanuit angst of bezorgdheid de negatieve vrijheid te zeer ingeperkt en krijgt de positieve vrijheid te weinig ruimte: een vorm van pedagogische verwaarlozing. Van daaruit volgt de oproep dat er meer met jongeren moet worden gesproken over hun idealen, over hun identiteit en hoe ze de samenleving ervaren.

De Winter vervolgt met de praktijk van alledag in wat hij *The survival of the fittest* noemt. In de geschiedenis hebben twee stromingen het jeugdbeleid vormgegeven. Het sociaal darwinisme en het sociaal-hygiënisme. Bij het sociaal darwinisme speelt de evolutie een rol bij maatschappelijke ontwikkelingen. De sociaal-hygiënisten kijken veel meer naar de wisselwerking tussen het probleem en het maatschappelijke leven om problemen niet aan het individu toe te schrijven maar aan het publieke gebeuren. De sociaal darwinist wil bij het individu ingrijpen en de sociaal hygiënist in het publieke domein. Wie het boek *Het Pauperparadijs* van Susanne Jansen leest, waarin de mensen in de ernstigste staat van armoede voor hun bestwil naar heropvoedingskampen werden verbannen om voor hun bestwil omgevormd te worden tot zelfredzame burgers, begrijpt het sociaal darwinistische denken. Lees Tim's Jongers *Armoede uitgelegd aan mensen die geld hebben* waarin het sociaal hygiënistisch denken voorop staat. Van binnenuit begrijpen welk verhaal de burger heeft en hoe dat binnen de samenleving tot stand komt en in stand wordt gehouden. Zo werd vroegtijdige kindersterfte niet opgelost door individueel mensen te helpen maar door betere hygiëne, voorlichting en andere sociale voorzieningen.

Geleidelijk aan wordt de visie van *Verbeter de wereld, begin bij opvoeding* duidelijker uitgewerkt. Het moet niet alleen gaan over inperken van negatieve vrijheid maar het bevorderen van positieve vrijheid. Natuurlijk moeten er grenzen worden gesteld wanneer individuen ontsporen en hoort het bij onze humane verplichting om kinderen te beschermen en ze een zo goed mogelijke opvoeding te garanderen, maar het is te veel een individueel project geworden. Wanneer het misgaat worden ouders voorgesteld als slechte of problematische figuren, al dan niet behept met een psychische stoornis. De gedachte dat 'slechte omgevingen' slecht gedrag zouden kunnen uitlokken of bevorderen, kan bij beleidsmakers niet op veel bijstand rekenen. Deze gedachte komt voort uit een wereld waarbij sprake is van afname van gemeenschapsnetwerken en waarin buurtcontacten niet meer vanzelfsprekend zijn. Het idee dat er in de openbare ruimten meer mogelijkheden moeten komen om elkaar te ontmoeten om de publieke familiariteit te bevorderen, zou hierbij zo'n sociaal hygiënistische interventie kunnen zijn. Het is een stap op weg naar de *vitale pedagogische civil society*. Daar draait de kern van het boek om. Opvoeden is niet alleen een individuele taak van de ouders, maar eveneens een maatschappelijke taak waarin het kind moet leren omgaan met vrijheid voor zichzelf, maar ook de ander diezelfde vrijheid moet gunnen. Dat kan volgens Martha Nussbaum (*Cultivating Humanity*, 1997), die wordt aangehaald, wanneer er in opvoeding en onderwijs drie soorten capaciteiten tot ontwikkeling worden gebracht.

In de eerste plaats het vermogen tot kritisch zelfonderzoek en kritisch denken over de eigen cultuur. Ten tweede moet het kind leren dat het altijd in relatie met anderen verbonden is en als derde dient het kind het vermogen te leren zich in de ander te verplaatsen (empathie). Het is een pleidooi voor een humane manier van omgaan met elkaar, gericht op eenheid, gelijkwaardigheid en democratische gezindheid.

De Winter heeft naast het humaner willen maken van de wereld vanuit deze grondgedachten nog een andere missie. Hij gaat in de laatste hoofdstukken van het boek op zoek naar het kwaad als pedagogisch probleem. Hieruit blijkt dat het willen begrijpen wat zijn ouders hebben meegemaakt, het trauma van de oorlog, hem aanzet tot het onderzoeken wat het slechtste in de mens naar boven haalt. In een vlammend betoog laat hij zien hoe haat, dehumanisering en morele uitsluiting de voorbode zijn van intens collectief geweld tegen individuen en bevolkingsgroepen. Hier kan gemakkelijk de link worden gelegd met de populistische ideologieën die bepaalde bevolkingsgroepen dehumaniseren (buitenlandse vrouwen met hoofddoek neerzetten als kopvoddentaks: de buitenlandse vrouw draagt geen kleding maar voddens, heeft geen hoofd maar een kop). Hij concludeert dat er een normatief kader bestaat: *De Universele Rechten van de Mens* vormen, hoe fragiel ook, een overkoepelend normatief raamwerk waarin mensen het recht hebben om in alle opzichten verschillend te zijn. Het onderwijs en de opvoeding hebben de morele verplichting om een bijdrage te leveren aan verschijnselen die tegen deze universele rechten ingaan. De Winter laat Frans de Waal, Hannah Arendt en Paolo Freire met hun ideeën voorbijkomen.

De Winter is met zijn boek uit 2011 actueler dan ooit. Net zoals in de sociale psychiatrie gekeken wordt naar de context, de samenleving, van waaruit mensen in de problemen kunnen komen, zo ziet de Winter een verband tussen sociale en maatschappelijke invloeden waarbij kinderen moeten leren omgaan met anderen in een democratische wereld. Zoals de opvoeding bestaat uit een proces waarbij het kind zijn 'individuele ik' ontwikkelt en tegelijkertijd in symbiose met anderen wil blijven (en hun individuatie respecteert), zo moeten kinderen de ruimte krijgen de positieve vrijheid te benutten, zonder daarbij de vrijheid van anderen te schaden. Het boek helpt ons om de invloed van opvoeding beter te begrijpen en reikt handvatten aan om in te grijpen wanneer een jongere ontspoot.

Geen regie

Louanne ging voor het eerst onderuit toen ze 19 jaar oud was. Ik trof haar aan, liggend op het plein, met twee agenten boven op haar. Ze schreeuwde, vloekte en wenste de agenten een enkele reis naar de hel. Ze was zwaar onder invloed van alcohol en totaal uitgeput door de dagenlang durende ontgroening bij een studentencollectief. Het bleek dat ze nachtenlang niet geslapen had en dat ze zich overeind had gehouden door continu onder invloed te zijn van alcohol en drugs. Het was een tragisch gezicht, bijna onmenselijk. Ze werd kortdurend opgenomen. Vier dagen later was ze weer thuis en dankbaar dat er was ingegrepen. Ze wist op dat moment nog niet wat de toekomst voor haar in petto had.

Vier maanden later meldt Louanne zich voor hulp. Ze is niet vooruit te branden. Na haar korte opname had ze zich lange tijd goed gevoeld. Tegelijkertijd was er iets bij haar geraakt. Haar vader was op z'n vijfendertigste voor het eerst opgenomen vanwege een manische ontsporing. Als gemeenteambtenaar had hij onbevoegd allerlei documenten verstrekt aan mensen, zonder daar kosten voor in rekening te brengen. Binnen een week was duidelijk dat hij thuis zichzelf niet in de hand had. Hij deed allerlei aankopen voor zichzelf en sliep nog geen twee uur per nacht. Het eindigde anderhalve week later door een gedwongen opname. Na een korte behandeling werd duidelijk dat haar vader een manisch-depressieve stoornis had. Louanne is bang dat ze deze erfelijke aandoening heeft overgenomen. In de familie heeft een broer van vader dezelfde aandoening en heeft twee jaar geleden besloten om een einde aan zijn leven te maken. Ze voelt zich nu zo gedeprimeerd dat het haar niet lukt om op de Kunstacademie iets te presteren.

Ze is niet blij wanneer de psychiater in mijn team bevestigt waar ze zo bang voor is. Ze volgt het medicatie-advies op en merkt dat ze daardoor alle inspiratie om iets creatiefs te maken, kwijtraakt. We spreken diverse keren met elkaar over dit gruwelijk dilemma: als ze medicatie neemt, is haar manisch-depressieve beeld onder controle. Helaas lukt het haar dan niet om kunst te maken, iets wat ze het liefst doet omdat het voor haar van grote betekenis is. Dan weer is ze boos en wil ze met me de strijd aangaan omdat we niets beter kunnen doen dan haar pillen te geven. Dan weer is ze verdrietig omdat ze 'die klote ziekte' heeft. Ze vindt geen bestaan waarin ze zelf de regie voert. Dat doet de ziekte.

Soms wil ze geen contact. Dat is het teken dat ze is gestopt met de medicatie en na enkele maanden in een toestand raakt waarin ze over onuitputtelijke energie beschikt. Ze verdraagt het dat ik dan bij haar kom, maar weigert bij voorbaat alle hulp. Totdat ze na verloop van tijd knikt en weer medicatie neemt. Ze weet dat ze de komende tijd alle inspiratie om te leven kwijtraakt aan de medicatie die haar helpt om weer greep op haar leven te krijgen. Het is een grenzeloos bestaan en de hoop is dat de toekomst haar helpt te accepteren dat ze er moet mee leren omgaan.

Gerard Lohuis

John too bad

John is geen beroerde vent. Aardig zelfs. Een kerel waar je een plezierige avond in de kroeg mee kon doorbrengen om het leven niet al te serieus te nemen. Niet vreemd wanneer je hebt gezien hoe je eigen vader diverse dames mee naar huis bracht, je eigen moeder zich graag door andere mannen het hof liet maken en hoe kleine John vooral niet om te veel aandacht moest vragen. Waar de een jaren later na zo'n jeugd nog wel eens een trauma heeft te verwerken, een ander er door in een depressie raakt, daar had Johnny het leed voortdurend omgezet in 'lol maken'. Als een soort Spartaans verzet had hij als kind al een manier gevonden om de gemiste aandacht om te zetten in een onverantwoorde levensstijl.

“Mijn eerste misstap was proletarisch eten halen bij de kruidenier op de hoek. Wanneer je ouders niet voor eten zorgen, kun je het toch beter zelf doen”. Het hielp hem ook aan vriendjes want hij had altijd iets uit de snoepzak te delen op het schoolplein. En bij John thuis mocht alles zo lang zijn ouders geen last van hem hadden. “Het criminele kruimelwerk volgde toen ik in de gaten kreeg dat ik er ook wel eens goed uit wilde zien. Thuis was er nooit geld, dus kleine John wist hier wel raad mee”. Hij vertelt het met grootste gemak alsof het stelen van auto's niet iets anders was geweest dan een manier om een Rolex, strak pak met glimmende schoenen en een riant woning 'officieel te kopen'. Voor hem waren er twee manieren om iets aan te schaffen: op de proletarische, creatieve manier van John en de officiële manier. Dat laatste vond hij slecht bij zijn cv staan want betalen is niet nodig om iets te krijgen.

Het had hem geen windeieren gelegd. Sterker nog, zijn levensstijl werd omkleed met gladde praatjes en een levendig aanpassingsvermogen waarbij hij de ander het gevoel gaf dat deze voor John erg belangrijk was. Altijd voor korte duur. Iets van een relatie aangaan of een vriendschap opbouwen was niet meer als een functioneel middel om te overleven. Hij vond het allemaal niet zo erg zo lang er maar gelachen werd en hij plezier had in het leven.

De reden waarom hij tegenover me zit, laat zich raden. Het plezier is weg en iedereen die hem kent, gaat hem uit de weg. De behendigheid om 'iets creatief te bemachtigen' gaat hem door zijn ouder worden niet meer zo gemakkelijk af. “Ik heb nu al zo'n dertigduizend schuld. Snap jij dat nou? Ze willen me onder curatele stellen”. Zesenzestig is hij nu. Mentaal nog een ondeugende jongen van tien maar fysiek een wrak. Langzamerhand gaat John de prijs betalen voor een al te eigen levensstijl die hij zich als jongetje heeft aangeleerd. “Ik wil dat jij me helpt om weer de oude John te worden”. Zijn stijl is inderdaad innemend maar zit nu op een doodlopende weg. Hij knipoogt en hoopt dat er pillen zijn die hem kunnen 'opvrolijken'.

Gerard Lohuis

KAL kwartiermaken

52

SOCIALE OVERBODIGHEID

S BAART AANDACHT ETUDES IN PRES

IES BAART DE ZORGVAL CHRISTA CARBO

Andries Baart

Aannemelijke zorg

Menslievende zorg

VERPLEEGKUNDE EN PRESENTIE

Andries Baart Miel

MINDER HARD - MEER HART!

VAN TELLEN NAAR VERTELLEN, EN TERUG

Andries Baart en Fra

De patiënt terug van weggeweest

Andries Baart, Fr

*Een theorie
van de presentie*

Verder met kwartiermaken

Kal, Poest en V

