

# GGZ vanuit wisselend perspectief

## *De GGZTotaal van juni*

Dat er binnen de ggz verschillende opvattingen leven over kwaliteit, behandelperspectief en allerlei andere uitgangspunten, wisten we natuurlijk. Het werd tijdens de samenstelling van dit nummer opnieuw duidelijk.

Sinds enkele weken heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie een nieuwe voorzitter. In vele opzichten anders dan zijn voorganger: Elnathan Prinsen is geen hoogleraar, hij is beduidend jonger dan zijn voorganger en vermoedelijk heeft hij ook andere standpunten. Naar dat laatste waren wij nieuwsgierig, vandaar dat Koosje de Beer hem interviewde.

“De psychiatrische zorg in Nederland is beter dan in verreweg de meeste andere landen”, hoort Koosje de Beer hem zeggen. Dat is weer eens wat anders dan de alom aanwezige kritiek die de GGZ de afgelopen jaren ten deel valt.

Heeft Prinsen gelijk? Misschien wel, maar het wordt niet door iedereen zo gevoeld. Familiebeleid bijvoorbeeld, daar is nog veel pionierswerk te verrichten, tekent Hamp Harmsen op uit de mond van Bert Stavenuiter, directeur van Ypsilon. “Bij het Hbo is er wel aandacht voor familiebeleid en participatie, maar het Mbo en de academische opleidingen hebben het soms niet eens in het curriculum staan.” Bert Stavenuiter blijft echter positief: “Het zal beter gaan worden!”

Niki Stoker lijkt het wel met Prinsen eens te zijn. Ze versleet de ene na de andere psychiater, volgde verschillende groepstherapieën, maar toen ze eenmaal als hopeloos geval ‘haar psychiater’ vond, duurde het contact ook vijftien jaar. Tot hij met pensioen ging. Tevreden blikte ze er op terug.

Een onderwerp waar veel meer aandacht voor zou moeten zijn – ook in de GGZ Totaal – is de concurrentie tussen verschillende beroepsgroepen. Hans van Essen kijkt met verbazing naar de salarisschalen van de Verpleegkundig Specialist die, louter vanwege de registratie, plotseling onmisbaar lijken te zijn geworden. In ‘Wat is een professional waard?’ vergelijkt Van Essen hun positie met een huis in de binnenstad van Amsterdam: zelfs als het een bouwval is, levert het extreem veel geld op.



Vanuit weer een heel ander perspectief kijkt Jaap van der Stel naar de GGZ. We moeten eerder ingrijpen, is zijn boodschap. Preventie bestrijkt volgens van der Stel een breed terrein: van vroegtijdige behandeling tot aan interventies op het gebied van het klimaat. Het boek waarin van der Stel zijn visie heet *Vroeger is beter*, bevordert van psychische gezondheid door preventie en vroegtijdig handelen en wordt gerecenseerd door Johan Atsma. Gisele Vranckx sluit deze editie af met haar maandelijkse gedicht. In ‘Het geeft’ zegt ze: “Ik besluit nu (...) mooier te zijn dan het evenbeeld in leugens aan mij verteld.” Als we het dan toch over een wisselend perspectief hebben.

Twee dingen nog: ons thema-magazine van juni, de zogenoemde XL, gaat in zijn geheel over ervaringsdeskundigen. Denk je dat je vanuit een bijzonder of onverwacht perspectief daar iets over te melden hebt, neem dan vooral contact op via [info@ggztotaal.nl](mailto:info@ggztotaal.nl)

En, minstens zo belangrijk: heb je een vlotte pen en wil je iets schrijven over jouw ervaring met de ggz? Doe dan mee met onze verhalenwedstrijd. Kijk vóór je inzendt wel even naar de spelregels, anders loop je het risico dat je inzending de jury niet haalt.

**“ W E D O E N H E T  
G E W O O N H E E L G O E D !  
A L L E E N D U R F T  
N I E M A N D D A T T E  
Z E G G E N ”**



DOOR: KOOSJE DE BEER

Interview met Elnathan Prinsen, kersverse voorzitter van de NVvP

Michael P., Thijs H., de metromoord in Amsterdam en de problematiek rond verwarde personen. De media berichten er uitvoering over en in het maatschappelijk debat wordt gewezen naar de geestelijke gezondheidszorg die ver beneden de maat zou zijn. “Die onrust was voor mij directe aanleiding om te solliciteren”, zegt Elnathan Prinsen, sinds april de nieuwe voorzitter van de NVvP. “Ik neem hier krachtig stelling tegen: de psychiatrische zorg in Nederland is beter dan in verreweg de meeste andere landen.”

Elnathan Prinsen werkt als psychiater in een crisisdienst-team in Deventer en is manager zorg van de divisie spoedeisende GGZ bij Dimence. “Door mijn werk in de acute psychiatrie zie ik in de praktijk de problematiek, waartegen wij aanlopen. Ik denk dat ik met deze ervaring daadwerkelijk iets kan toevoegen aan het debat”, licht hij zijn keuze voor zijn nieuwe positie verder toe. “Het voorzitterschap van de NVvP is een mooi podium om de meerwaarde van ons vak onder de aandacht te brengen.”

Met de benoeming van Prinsen breekt de ledenraad van de beroepsvereniging met het verleden door te kiezen voor een psychiater zonder hoogleraarstitel. “In de vacaturetekst stond ‘bij voorkeur een hoogleraar’, dus ik zag geen belemmering om te solliciteren”, klinkt het laconiek, om te vervolgen: “Zo boeiend vind ik deze discussie overigens niet, met 5% is het aantal psychiaters dat in de academie werkt beperkt en meerdere andere wetenschappelijke beroepsverenigingen hebben niet per se een hoogleraar als voorzitter. Ik denk dat ik eerder een lans breek door mijn leeftijd. Ik ben de jongste voorzitter tot nu toe. Daar krijg ik meer opmerkingen over.”

### **Vertrouwen in kennis en kunde**

In het interview dat ggztotaal.nl vier jaar geleden publiceerde met Damiaan Denys, psychiater, filosoof en destijds voorzitter van de NVvP, gaf deze aan grote zorgen te hebben over de toenemende administratieve lasten binnen de ggz. Volgens zijn opvolger is op dit vlak vooruitgang geboekt. “Werkgroepen houden zich hiermee bezig en vorige week is nog het rapport van de Raad van de Gezondheidszorg ‘Blijk van vertrouwen’ verschenen, waarin de raad ook stelt dat het niet nodig is om alles dicht te timmeren met controle-instrumenten. Het rapport is een warm pleidooi voor meer vertrouwen in de kennis en kunde van hulpverleners.”

En die kennis is groot in Nederland. Sterker nog: ons land is wereldwijd een koploper in psychiatrische zorg, benadrukt Prinsen. “In vergelijking met andere landen hebben wij nog steeds veel bedden en daarbij is de kwaliteit en kwantiteit van onze ambulante zorg beter dan gemiddeld. Wij zijn al bijna een eeuw bezig met het verplaatsen van ziekenhuiszorg dichter naar de patiënt toe, waar anderen hier net mee beginnen”, onderbouwt hij zijn stellingname.

Intensive Home Treatment (IHT), waardoor opnames vaak kunnen worden voorkomen, is een mooi voorbeeld, is zijn vervolg. “Bij een opname lopen mensen altijd schade op. Onderzoek toont aan dat mensen sneller herstellen als zij thuis intensief behandeld worden. Cliënten geven zelf ook de voorkeur aan deze vorm van zorg.”

### **Beeldvorming**

Prinsen bestrijdt met verve het idee dat er een relatie zou bestaan tussen ambulantisering en de recente incidenten met bijvoorbeeld Michael P. of Thijs H. “In mijn optiek heeft dit niet veel met elkaar te maken. We weten dat psychische stoornissen heel goed ambulant te behandelen zijn en dat dit niet leidt tot meer incidenten.”

Het steekt de voorzitter overduidelijk dat feiten en fictie steeds vaker naast elkaar kunnen bestaan in het maatschappelijk debat met als gevolg - in zijn ogen - onterechte kritiek op

het psychiatrisch metier. Later in het gesprek komt hij er nog een keer op terug en stelt nadrukkelijk: “Die relatie bestaat niet! In het geval van Michael P., bijvoorbeeld, was er sprake van een strafrechtelijke maatregel, waarvan het einde vast stond. Deze zaak is natuurlijk afschuwelijk en daar zijn ook zeker dingen fout gegaan. Toch blijkt uit onderzoek keer op keer dat forensisch psychiatrische zorg leidt tot minder recidive, zeker als je het vergelijkt met delinquenten die wel straf, maar deze zorg niet ontvangen. We doen het gewoon heel goed! Alleen durft niemand dat te zeggen.”

Om zijn stelling te onderstrepen verwijst Prinsen naar gegevens van het CBS, waaruit blijkt dat overlast en agressie in de wijken al langere tijd afneemt evenals het aantal meldingen naar crisisdiensten. Verder laat ook onderzoek van onder meer het Trimbos instituut zien dat er geen relatie is tussen veranderingen in de ggz en het aantal zogenoemde verwarde personen. Prinsen: “De beeldvorming in de samenleving is misschien anders, maar objectieve bronnen ondersteunen die niet. Ik weet dat de politie klaagt over het aantal verwarde mensen op straat, maar ook hier klopt de associatie niet. Van alle mensen, over wie een zogenoemde E33-melding wordt gemaakt, heeft maar een heel klein percentage een psychische stoornis. Psychische problematiek is meestal niet de oorzaak van gevoelde overlast.”

### **Oproep**

Daarbij werkt de politiek niet echt mee aan het creëren van een goed beeld in de samenleving over de psychische zorg, meent de voorzitter die in de afgelopen jaren ruime ervaring heeft opgedaan met het positioneren van de psychiatrie in het politieke speelveld als voorzitter van de Commissie Wet- en Regelgeving van de NVvP en in de VWS-taskforce ‘de juiste zorg op de juiste plek’. Politici reageren volgens Prinsen vaak alleen op incidenten en kijken te weinig naar de objectieve cijfers. “Ik begrijp dat de politiek moet reageren op de daden waarvan bijvoorbeeld Thijs H. verdacht wordt, maar de nuance verdwijnt en dat werkt averechts. Als ik een oproep aan politici mag doen, zou ik hen vragen om hulpverleners positief te bekrachtigen. Daar is alle reden voor.”

### **Kinder- en jeugdpsychiatrie**

Hoewel Prinsen dus best tevreden is over de staat van de ggz in Nederland, is hij niet wereldvreemd en ziet hij wel degelijk een aantal ontwikkelingen waar het knelt. “Vanzelfsprekend moeten we continu verbeteren en ernaar streven het goed te doen, alleen wel vanuit een positieve insteek”, licht hij toe. Een belangrijk knelpunt dat volgens hem het hoofd moet worden geboden, is de problematiek rond de kinder- en jeugdpsychiatrie. “Deze zorg is in 2015 de verantwoordelijkheid geworden van de gemeenten en dat heeft veel negatieve gevolgen gehad. Hieruit moeten we lessen trekken en bepalen of dit de route is die we moeten gaan”, stelt de kersverse voorzitter. “Wij vinden in ieder geval van niet, en zien het liefst alle specialistische gezondheidszorg in één stelsel. Waarschijnlijk is dat niet meer haalbaar, maar daarom moeten we nu wel nadenken over de vraag hoe we de jeugdzorg goed gaan borgen. Veel specialistische psychiatrische zorg is bovenregionaal georganiseerd. Dat is verstandig en doelmatig, het mag alleen niet als gevolg hebben dat een kind uit Brabant niet de juiste zorg krijgt, omdat de geschikte instelling toevallig in Amsterdam is gevestigd.” Door het lokale zorginkoopbeleid van gemeenten is dat nu soms wel het geval, vervolgt Prinsen, terwijl de NVvP hiervoor van meet af aan heeft gewaarschuwd. “Het was en is een slecht plan. Daar hebben we keer op keer op gehamerd en een consistente lijn in gevoerd.”

### **Pillendokter**

Intern signaleert Prinsen het ervaren tekort aan psychiaters in de grote ggz-instellingen als een serieus probleem. De achterliggende oorzaak ligt volgens hem in de trend dat psychiaters te weinig ruimte krijgen om in de breedte hun vak uit te oefenen. “De psychiater is van oudsher een netwerkgeneeskundige die verschillende disciplines met elkaar verbindt. Dat is in tegenspraak met het beleid van veel instellingen, waarin de psychiater de beperkte rol als ‘pillendokter’ krijgt toebedeeld”, legt hij in zijn betoog de vinger op de zere plek. Om psychiatrische expertise te borgen is het volgens de NVvP-voorzitter noodzakelijk dat de psychiater altijd bij de diagnostiek en het opstellen van het behandelplan is betrokken

in de specialistische ggz. “Nu gebeurt dat niet altijd en begint men de behandeling met lager opgeleide hulpverleners om daarna op te schalen.” Een handelswijze die, volgens hem, negatief uitpakt voor de patiënt. “Ik kom mensen tegen die al jaren in een behandeltraject zitten dat sneller had kunnen verlopen als ze tijdig door een psychiater waren gezien. Het psychiatrisch werkveld is complex en omvat verschillende gebieden, zowel somatisch als psychisch als sociaal. Een psychiater is opgeleid om breed te kijken en het is onterecht om zijn rol te reduceren tot het voorschrijven van ingewikkelde medicatie of gedwongen zorg. In mijn voorzitterschap zal ik er dan ook alles aan doen om deze trend te keren.”

# Wat is de waarde van een professional?

Over de verpleegkundig specialist en zijn  
stijgende salaris Door Hans van Essen

Sinds de herfst van 2018 heeft de Verpleegkundig Specialist een mandaat om een DBC goedgekeurd te krijgen en om de komende vijf jaar weer medicijnen voor te schrijven. In reactie daarop is overal een herindeling op gang gekomen: waar eerst salarissen in schaal 60 werden toegekend, wordt dat sindsdien steeds vaker 65.

Het roept de vraag op: op welke manier bepalen we eigenlijk wat een collega waard is? Soms lijkt de markt voor zorgprofessionals met de juiste papieren namelijk net de huizenmarkt. Recruiters gedragen zich als vastgoedcowboys en de juiste BIG registratie is net als een huis in het centrum. Woningen die elders als moeilijk verkoopbaar worden beschouwd door achterstallig onderhoud of indeling zijn door hun ligging in de stad al snel tonnen waard. Men verdringt zich, maar wie er wat verder vanaf staat kijkt hoofdschuddend toe.



## Het systeem creëert een schijnveiligheid

De beloning volgt op verantwoordelijkheid. Natuurlijk: zo simpel is het. We gebruiken de adviezen van de organisatie FWG om verantwoordelijkheid om te zetten in een beloning en de Verpleegkundig Specialist mag sinds 2018 nu eenmaal regiebehandelaar zijn. Toch wringt er iets. Want, is die verantwoordelijkheid niet vooral iets dat een papieren systeem is? We zijn met zijn allen op zoek naar zekerheid over kwalitatief goede zorg en we maken systemen die daar garantie voor bieden. Of dat nu het systeem Routine Outcome Management is, het systeem Regiebehandelaarschap of het classificatiesysteem DSM: het zijn allemaal pogingen om iets te garanderen aan ... tja, aan wie? Aan wie zijn we die verantwoording schatplichtig?

Iedereen die nu direct roept: 'Aan de patiënt!' moet nog eens goed nadenken. Ieder systeem is discutabel, sommige zijn regelrecht omstrepen. Het is in het belang van de patiënt dat zijn behandeling gevolgd wordt door meerdere behandelaren, waaronder minstens één ervaren en goed opgeleide professional. En hier wringt het specifiek bij de Verpleegkundig Specialist: wat een professional mag, moet natuurlijk samenhangen met wat een professional kan. Er zijn



echter verschillen tussen de groepen professionals die regiebehandelaar mogen zijn; niet alleen inhoudelijk – dat is juist wenselijk – maar ook in niveau. Het systeem let alleen op het vinkje, niet of de inhoud die het vertegenwoordigt ten goede komt aan de patiënt.

Wie in de lift zit, is al snel optimistisch. Het optimisme over Verpleegkundig Specialisten lijkt wat door te slaan in opportunisme. Een ondersteunend argument is snel gemaakt als de loop van de situatie je goed uitkomt; dan lijkt alles logisch. Zo hoor ik ook Verpleegkundig Specialisten wel eens argumenteren: ‘We zijn academisch opgeleid!’ ‘We voegen het beste van psychologen, artsen en verpleegkundigen samen!’ ‘Een Nurse-driven organisatie sluit het beste aan bij het herstel van de patiënt!’

### **Nauwelijks Master of Science**

De waarheid is complexer. Wie naar de inhoud kijkt in plaats van naar het handjevat waartoe regels ons verplichten, zal niet zo makkelijk een waardering kunnen geven aan een specifiek opgeleide professional. Uiteraard geldt dit eerst en vooral omdat individuele verschillen zeer groot kunnen zijn, maar daarnaast bestaat er ook geen weging die ons kan helpen om waarde toe te kennen aan het werk- en denkniveau dat een professional aan kan.

Het denkniveau van Verpleegkundig Specialisten is een gevoelig punt. Het is een gesprek dat je niet zomaar even bij het koffieapparaat aan gaat, maar dat het gesprek nog zelden gevoerd wordt wil niet zeggen dat het geen onderwerp hoeft te zijn. De opleiding die Verpleegkundig Specialisten krijgen heeft officieel de status van een academie, maar schijn bedriegt. Tot 2014 kenden we een onderscheid tussen hbo-masters en academische masters die zich uitte in het mogen dragen van verschillende titels – dat lijkt voor iedereen die zowel onderwijs op het hbo als op de academie heeft genoten een logisch onderscheid. Het verschil tussen onderwijs gericht op toepassing of onderwijs gericht op denkwijze is wezenlijk verschillend en het levert heel andere competenties op. Bepaald niet ten nadele van het niveau van werken, maar wel ten nadele van het niveau van denken.

### **Een pragmatische professional**

Het denkniveau door de aard van het onderwijs komt direct ten nadele van het vermogen tot klinisch redeneren, oftewel: afstand nemen van eigen en andermans handelen en op rationele wijze onderbouwen welke redenen er zijn voor zorg. Ik weet wel dat Verpleegkundig Specialisten veel onderwijs daarin krijgen, maar helaas: het is niet iets dat je zomaar met een vak ‘Klinisch redeneren’ kunt leren.

Dat is ook helemaal niet erg, want een Verpleegkundig Specialist is natuurlijk helemaal niet bedoeld als iemand die goed kan redeneren. Sterker nog: waar moet men in dat vakgebied over redeneren? Over verpleegkundige theorie? Die is er nauwelijks, en voor zo ver het wel bestaat zijn het evidente uitspraken die ontleend zijn aan buurdisciplines zoals de psychologie, waar die uitspraken ook echt getest worden. Nee, de Verpleegkundig Specialist is bedoeld als pragmatische professional: precies voldoende opgeleid om verantwoordelijkheid te kunnen dragen. Of zou het andersom zijn, en zou het systeem zich hebben aangepast aan de lokroep van een luide lobby?

Door de regels is de ligging van de Verpleegkundig Specialist in het centrum van de stad terecht gekomen en alle vastgoed in het centrum stijgt in waarde. Toch lijkt er iets in het fundament van het denkniveau dat afwijkt van de professionals met wie we ze nu moeten vergelijken. Het systeem maakt dat echter irrelevant: een regiebehandelaar is een regiebehandelaar, hoezeer het ook pragmatiek uitlokt.

*Hans van Essen werkt als SPV en klinisch epidemioloog bij Emerhese, het expertisecentrum autisme spectrumstoornissen van GGZ Centraal.*



# Vroeger is beter, bevorderen van psychische gezondheid door preventie en vroegtijdig handelen

Johan Atsma recenseert het boek van Jaap van der Stel \*\*\*--

Jaap van der Stel: *Vroeger is beter, bevorderen van psychische gezondheid door preventie en vroegtijdig handelen*. Uitgeverij de Tijdstroom; 191 pagina's incl. literatuurlijst; prijs: 22,50; ISBN 978 90 5898 328 2

Het aantal mensen met psychische problematiek in Nederland neemt niet af, eerder toe. In de woorden van Jaap van der Stel: "Het probleem is dat er geen vooruitgang plaatsvindt in de incidentie en prevalentie van psychische aandoeningen. Dat is een probleem voor alle mensen die meer dan gemiddeld kwetsbaar zijn voor een psychische stoornis en hun naasten." Terwijl we ook kunnen constateren dat we in Nederland gunstig afsteken in vergelijking met andere landen waar het ontwikkelingen in de GGZ betreft. Dat betreft dan, volgens Van der Stel, vooral investeringen in zorg voor mensen met een chronische aandoening. Om deze kennelijke scheefgroei te bestrijden pleit Van der Stel voor een meer preventieve aanpak die naar zijn stellige overtuiging effectiever is, onder het motto voorkomen of vroeg signaleren is beter dan genezen. Daarnaast is het noodzakelijk om oog te hebben voor sociale en culturele omstandigheden. Van der Stel vraagt zich expliciet af of we naast de objectieve gezondheid ook niet het subjectieve begrip welzijn in onze overwegingen moeten meenemen.

Van der Stel neemt ons mee in een grondig beargumenteerde beschrijving van wat hij denkt dat er moet gebeuren. Hij beschrijft in verschillende hoofdstukken wat een psychische stoornis is, hoe zich dat verhoudt tot gezondheid en welzijn, wat de omgeving daarvoor invloed op heeft tot aan het klimaat aan toe. Met dat laatste betreedt Van der Stel voor zover ik weet nog onontgonnen terrein.

Hij komt met een drieling in de oplossingen die voor handen zijn: 1. Behandeling en herstel, 2. preventieve gezondheidszorg en 3. Maatschappelijke interventies.

Voor de somatische zorg misschien niet nieuw maar voor de psychische zorg geeft hij ruim voldoende argumenten om er voor te pleiten die route in te slaan. Daarbij pleit hij overigens voor het afschaffen van de term GGZ waar het begrip 'geestelijk' nu wel zijn tijd heeft gehad. Van der Stel gebruikt dan ook consequent de term psychische gezondheidszorg.

Aan de ene kant lijkt 'Vroeger is beter' af te willen van het aloude medische model dat ook in de psychische gezondheidszorg nog steeds leidend is, door meer de nadruk te leggen op diverse andere factoren die een ziektebeeld kunnen veroorzaken en/of beïnvloeden. Tegelijkertijd wordt er door Van der Stel vooral gedacht in termen van ziekte en gezondheid, in normaal en afwijkend. Door ook bij kinderen te willen focussen op atypische ontwikkelingen bijvoorbeeld, onder het motto 'hoe eerder hoe beter', krijg ik al snel de associatie met het consultatiebureau dat ook gaat screenen op risico's voor de psychische gezondheid.

Van der Stel stelt me gerust door te pleiten voor goede concepten: "We hebben behoefte aan een filosofisch en wetenschappelijk goed

onderbouwd concept van psychische gezondheid."

De toon van zijn boek wordt uiteindelijk toch gezet als hij in het hoofdstuk 'Thema Psychische stoornis' analyses neerzet die breed georiënteerd zijn en daarmee ook goed bruikbaar in zijn pleidooi voor preventie en vroeg signalering. 'Vroeger is beter' is een grondig onderbouwd pleidooi voor preventie en verder kijken dat je neus lang is. Daarin is het een soms wat hoekig en formeel geschreven boek dat weliswaar niet met concrete oplossingen komt maar wel een aanzet geeft voor een heroriëntatie in de psychische gezondheidszorg voor een ieder die daarin werkzaam is.

Tot slot een mooi citaat:

*"We zouden een schoen kunnen definiëren vanuit het perspectief van de ontwerper of de schoenmaker. Dan gaat het over de kwaliteit van het leer, het stiksel, de maatvoering, de kleur, enzovoort. Maar er zijn meerdere perspectieven, zoals die van de gebruiker, de verkoper, de historicus of de moderecensent. Hoe schoenen een rol spelen in de zelfpresentatie, de waarde ervan of de status die er aan ontleend kan worden, zijn aparte thema's die niet automatisch voortvloeien uit de manier hoe en waarvan de schoen is gemaakt. Het is die gelaagdheid die het interessant maakt om over schoenen te spreken. Schoenen classificeren we dus ook niet alleen maar door de fysieke kenmerken te koppelen aan de manier waarop of waarvan die schoenen gemaakt zijn."*

# Mantelzorger op de afdeling

Door Hamp Harmsen

## Familiebeleid bij opname: papieren tijger of best practice?



Beleid ten aanzien van betrekken van familie is verplicht in GGZ-instellingen. De instellingen zijn ook aan hun stand verplicht de familie structureel te ondersteunen. Er is zelfs een kwaliteitsstandaard te vinden op de website van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Deze behandelnorm krijgt de ondersteuning van beroepsverenigingen, zorgverzekeraars en cliënt- en familieorganisaties.

Maar hoe werkt het in de praktijk van een klinische opname? Hebben familie en naasten een actievere rol bij de behandeling of blijkt de module een papieren tijger?

### Familiebeleid

Familiebeleid kan voor, tijdens of na een klinische opname plaatsvinden. Familie en naasten kunnen zelf aangeven wel of niet betrokken willen worden bij de behandeling. Patiënten hebben natuurlijk het laatste woord. Als zij aangeven geen betrokkenheid van naasten en familie te willen heeft het behandelteam dat te respecteren.

Elke zichzelf respecterende afdeling heeft familiebeleid uitgewerkt, heeft een aandacht functionaris en het beleid geïntegreerd in de dagelijkse handel en wandel. Het HIC werkboek beschrijft dat het van groot belang is om familie en naasten actief te betrekken bij de behandeling. Ook tijdens een crisis en zelfs bij de één op één behandeling. Om dat te faciliteren is er de mogelijkheid van 'rooming-in': een apart gedeelte op de High Care of Intensive Care is daarbij beschikbaar voor familie of naasten om bij te dragen aan de 24 uren zorg.

### Praktijk

De praktijk laat een grote variëteit zien in de uitvoering van het beleid. Mooie familiekamers die fungeren als opslag. "Familyrooms" die gebruikt worden als overdrachtsruimte of spreekruimte. Naasten en familie zijn welkom, maar alleen tijdens bezoeken. Of het tegengestelde ervan: geen behandeling zonder dat de familie en naasten betrokken zijn. Op de éne HIC wordt bij opname actief gevraagd wat de rol en betekenis van familie en naasten kan zijn tijdens de klinische opname, een andere werkt reactief en komt de familie of naaste pas in beeld tijdens het eerste ZAG (Zorg Afstemmings Gesprek). Of helemaal niet.

Idealiter is een opname op een klinische afdeling slechts een intermezzo in een ambulante behandeltraject en daarin horen familie en naasten een prominente rol te hebben die niet verandert tijdens een klinische crisisopname.

### Ypsilon

Ypsilon, de vereniging van familieleden van mensen met psychosegevoeligheid, werd in 1984 opgericht. De vereniging telt tegenwoordig zo'n 5.000 leden en heeft 45 afdelingen verspreid over het land. Ypsilon behartigt de belangen van familie en patiënt, geeft voorlichting en informatie en organiseert lotgenotencontact.

Als directeur Bert Stavenuiter, al jaar en dag het gezicht van de vereniging, de vraag voorgelegd krijgt hoe het staat met familiebeleid, komt er een spraakwaterfall aan voorbeelden hoe het wel en hoe het niet moet.

In het algemeen is hij tevreden. Met 25 jaar betrokkenheid ziet hij een duidelijke vooruitgang. Hij wijst op de nieuwe Wet verplichte GGZ die er aankomt. Daarin is het nodige over familie participatie opgenomen. Volgens Bert Stavenuiter mocht dat ook wel. Hij schopt al heel lang en heel vaak tegen de Wet BOPZ. Maar wat op papier staat betekent niet automatisch een verbetering in de praktijk. Volgens Bert is het 'wat' nu vastgelegd maar het 'hoe' heeft nog aandacht. En zeker op afdelingen is het 'wat' nog niet ingedaald en geborgd in het reguliere werkproces. "Neem bijvoorbeeld het rapport 'Zorg voor veiligheid' van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OVV) over de veiligheid van mensen met een ernstige psychische aandoening en hun omgeving. Daarin staan legio voorbeelden hoe het niet moet".



De directeur van Ypsilon schetst een casus die misschien illustratief is voor de stand van zaken op sommige afdelingen: “Moeder en zoon wonen samen. Zoon is al eens psychotisch geweest en glijdt weer af. Moeder moet heel hard trekken aan de hulpverlening en wanneer het eigenlijk te laat is (kalf is dan spreekwoordelijk verdrongen) wordt de zoon opgenomen. Na een tergende en uitputtende periode van mantelzorg neemt moeder de volgende dag contact op met de afdeling om te informeren hoe het gaat met haar zoon. Ze krijgt geen antwoord, er mag geen informatie gedeeld worden.”

Volgens Bert Stavenuiter is ook onderwijs ook nog een punt van zorg. Bij het hoger beroepsonderwijs is er al wel aandacht voor familiebeleid en participatie, al is er nog veel pionierswerk te verrichten. Het MBO en de academische opleidingen daarentegen hebben het soms niet eens in het curriculum staan. Bert Stavenuiter blijft echter positief, het zal beter worden!

### **Naar de geest en de letter**

Lidija Mesic is Manager Acute Zorg bij GGNet en runt onder andere de High & Intensive Care in Doetinchem. Volgens Mesic werken ze zowel naar de geest als de letter van het HIC gedachtengoed. Ze vertelt dat ze onlangs een 15 jarige patiënte hadden opgenomen. Niks bijzonders, zo lijkt het, alleen verbleef moeder ook op de afdeling tijdens de opname. Tijdens de hele opname!  
De reden: gezien de leeftijd van de patiënte werd moeder

benaderd met de vraag of zij haar dochter zou willen bijstaan tijdens de behandeling. Letterlijk, middels aanwezigheid op de afdeling en begeleiding van haar dochter. Er werd een extra bed geplaatst op de kamer van de dochter en nagenoeg de gehele opname bleef moeder aanwezig als gast. Moeder nam enkele taken over die anders door de verpleging werden gedaan. Ze stuurde op de algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en nam een deel van de verzorging over. Achteraf typeert Lidija haar als mantelzorger op de afdeling.

Op de Doetinchemse HIC wordt ook gewerkt met familiekeuzekaarten. Vragen die gesteld kunnen worden tijdens het opname gesprek zijn: ‘welke ondersteuning heeft u als familie nodig?’; ‘Welke ondersteuning kunt u bieden aan de patiënt en de behandeling?’; ‘Wat kunt/wilt u doen bij opname/crisis?’; Het is een vast onderdeel van de opname procedure. En het hoeft niet altijd rooming-in te zijn. Wil de familie worden ingezet bij een ziekenhuisbezoek? Of af en toe een stukje wandelen? Alles mag, niks moet! Als familie niet beschikbaar is tijdens het opnamegesprek gaat het telefonisch. Het betrekken en bevragen van familie en naasten is onderdeel van het reguliere werkproces, aldus Lidija. Als familie en of naasten actief betrokken willen worden probeert de afdeling het mogelijk te maken. Ze kunnen blijven slapen, mee-eten en op de afdeling verblijven. De praktijk leert dat familie zich niet actief mengt met de populatie patiënten. Ze kiezen ervoor om op de kamer te blijven of naar buiten te gaan. En mee-eten is eerder uitzon-

dering dan regelmaat.

Om dóór te ontwikkelen en te leren hangen er op de afdeling twee schermen waar feedbackvragen op staan. Vragen die ook aan familie en naasten gesteld worden. Familie en patiënten kunnen die beantwoorden en de uitkomsten van de input gebruikt het behandelteam om verbeteringen door te voeren. En die communiceren ze weer terug. Een verbeter‘loop’ dus. De feedback van betrokken familie is waardevol. Die is over het algemeen content met de manier van begeleiden en bejegenen door het team. Wel geven familie en naasten aan moeite te hebben met de grote van het team en de steeds wisselende gezichten.  
Wat als standaard elke patiënt een verzorger meeneemt? Zijn er dan wel genoeg maaltijden? Volgens Lidija is dat een echt luxeprobleem. En die kosten wegen niet op tegen de voordelen ervan.

### **Conclusie: rijp en groen**

Er is een kwaliteitsstandaard die richting geeft aan het betrekken van familie en naasten. De praktijk laat nog grote verschillen zien. Er zijn afdelingen zoals in Doetinchem, waar familiebeleid is ingebed in het dagelijks reilen en zeilen. Op andere afdelingen is het vooral afhankelijk van personen. Als het aan familie en naasten ligt hebben zij een actieve rol en plek in de behandeling. Er is nog een wereld te winnen!

# Psychiaters

*Niki Stoker heeft er meerdere versleten*



Op de één of andere manier kwam ik op mijn zestiende bij een 'wat dacht je er zelf van'- psychiater terecht. Maar liefst twee keer per week keek hij me diep in de ogen. De stiltes die vielen maakten lawaai in mijn hoofd. Om ze te vullen slaakte ik de ene onzin na de andere uit. En hij zei: "hum, hum." En elke keer weer, precies op tijd, al zat ik midden in een zin: "Maar voor vandaag gaan we stoppen", alsof ook hij dolblij was dat het er weer op zat. Psychoanalyse, weet ik nu. Ik heb het geloof ik een jaar volgehouden. Daarna versleet ik de ene na de andere psychiater. Er bleek geen eer aan mij te behalen.

Zo kwam ik eens in een groepstherapie terecht. Bij voorbaat vreselijk want ik ben alles behalve een groepsmens. 'Wie wil er vandaag werken?' werd aan het begin van een sessie gevraagd. Mij niet gezien. Dus luisterde ik naar oeverloze verhalen over slaande vaders, afstandelijke moeders en foute buurmannen. Ik schrok me te pletter toen een man zijn agressie mocht uiten op een kussen. Nee, dit was het niet voor mij. Ik was geen centje minder ongelukkig geworden.

Toch belandde ik enige tijd later in weer een andere groepstherapie. Hier voelde ik me snel thuis. De andere groepsleden waren net zulke puinhoopjes als ik. Dat scheidde. Oergezellig was het daar en ik was voor een half jaar iedere ochtend van de straat. Heel belangrijk omdat ik me dood verveelde in die tijd. We hadden de grootste lol tijdens de dagelijkse lunch. Maar om nou te zeggen dat ik daar veel heb geleerd over mijn ongelukkig zijn, nee. Toen ik na een half jaar klaar was met de therapie, kwam de keiharde werkelijkheid in flink tempo op me af. Daar zat ik dan weer te roken en koffie te drinken. Ik voelde me nog steeds datzelfde verdrietige meisje van zestien.

Maar, op mijn achtentwintigste kwam mijn ridder in nood. Mijn 'speld in een hooiberg'- psychiater'. En móói dat ie was! 'Zo een wil ik ook', was één van mijn eerste gedachten. Tijdens de tweede sessie (hij wilde goddank met me in zee) vertelde hij de betekenis van mijn naam: Overwinning. Dat zou ik waar gaan maken, met hem, tijdens de vijftien jaar die volgde. Veel later vertelde hij me dat ik als hopeloos geval bij hem binnen kwam. Ten dode opgeschreven door de GGZ. Hij liet me steeds in mijn waarde en bleef altijd in me geloven.

Nooit belde hij af. Hij was er altijd voor mij en liet me niet in de steek. Dat bleek helend. Soms zat hij onbedaarlijk te gapen en één keer ben ik zachtjes weggeslopen omdat hij in slaap was gevallen.

Na vijftien jaar nam ik afscheid van hem, op mijn verzoek. Precies op het moment dat hij zich in een andere stad zou gaan vestigen. Het was klaar. Samen hadden we het geflikt. Zonder ooit de vraag: "Wat dacht je er zelf van?" te hoeven stellen.



Het geeft

Ik besluit nu, ja nu  
Beter te zijn dan de nep versie  
Aan mij opgedrongen

Mooier te zijn dan  
Het evenbeeld in  
Leugens aan mij verteld

Sterker te zijn dan  
de zwakste schakel  
uit het verleden

Mijn mond te openen  
in het heden  
opdat ik niet meer verdwijn

Want die pijn geef ik op  
na mijn zijn te hebben  
Verzwegen  
Ja nu

(C) Gisele Vranckx