

‘Waardevolle zorg’

- verslag bijeenkomst 30 maart 2011 -

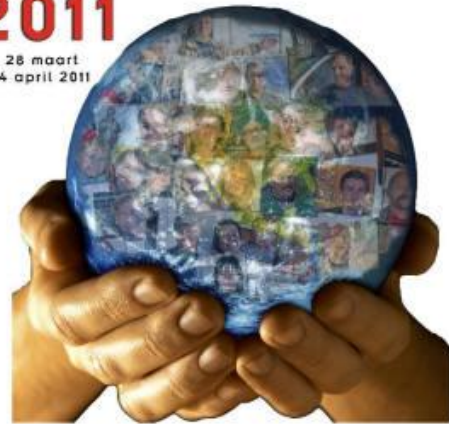
De forumleden op deze bijeenkomst vertegenwoordigen zowel zorgaanbieders als -gebruikers: **Jeroen van der Meer**, lid van de Cliëntenraad Kortdurende Zorg van GGZ-NHN; **Dienke Boertien**, Programma-coördinator HEP (Herstel, Ervaringsdeskundigheid en Participatie) bij Kenniscentrum Phrenos; **Ria von Bönninghausen**, Directeur van RIBW Westfriesland en Zaanstreek/Waterland en **Nico Adrichem**, Directeur Langdurende Zorg van GGZ-NHN.

Waardevolle Zorg?!

Week van de
Psychiatrie

2011

van 28 maart
tot 4 april 2011



**Waardevolle GGZ-zorg...
wat is dat eigenlijk?**

In de Week van de Psychiatrie 2011 – met dit jaar als thema *Waardevolle zorg* - vond op 30 maart jl. een bijeenkomst bij RCO De Hoofdzak in Hoorn plaats. Ruim dertig belangstellenden namen deel aan het debat over dit onderwerp. Wat is waardevolle GGz-zorg eigenlijk, wie bepaalt dat? Is dat de overheid, die inzet op beddenafbouw? Zijn dat de GGz-instellingen, grote zorgaanbieders, die voor hun prestaties financieel worden afgerekend? De casemanagers, die streven naar productieve uren? Of juist de cliënten, die waarde hechten aan erkenning, betrokkenheid en aandacht? Welk perspectief is leidend? Wat zijn de echte waarden in de zorg?

Week van de psychiatrie

Binnen de cliëntenbeweging is de Week van de Psychiatrie een bekend begrip. In de laatste week van maart organiseren belangen-, cliënten en familieorganisaties evenementen voor en door cliënten. Overal in het land, en steeds met een wisselend thema. Professionals doen ook steeds vaker mee, hoewel de Week toch voornamelijk bedoeld om zoveel mogelijk het zuivere geluid van cliënten te laten horen. Op één van de dagen wordt de Breingeindag georganiseerd. Doel is onderlinge informatie-uitwisseling tussen de deelnemers over het thema. In 2011 werd gediscussieerd over *waardevolle zorg* en de praktijk daarvan. Toegelicht vanuit verschillende perspectieven en uitgediept door interactieve gesprekken. Een dag die kennis, contacten en inspiratie oplevert.

In een uitgebreide introductie stellen de forumleden zich aan het ruim dertig koppen tellende publiek voor en vertellen wat zij onder waardevolle zorg verstaan. Jeroen van der Meer brengt de geringe tijd die hulpverleners hebben om goede zorg te verlenen, onder de aandacht. Hulpverleners zouden omgerekend 10 à 15 minuten per cliënt per dag hebben. 'Is dat toereikend?', vraagt hij zich hardop af. Dienke Boertien wijst op de noodzaak om vanuit de fundamentele mensenrechten ook de GGz te bezien. Bij waardevolle zorg wordt daartoe ook de beschikbare kennis en kunde ingezet zodat er een meerwaarde ontstaat voor zowel de hulpvrager, diens omgeving en de hulpverlener. Ria von Bönninghausen noemt het belang van een goede leefomgeving van de cliënt. Ieder mens is uniek; ook wensen en behoeften kunnen dus verschillen. In dat perspectief is waardevolle zorg dus het aansluiten op de behoeftigheden van de persoon in kwestie. Tot slot geeft ook Nico Adrichem zijn visie weer door te benoemen waar GGZ-NHN op inzet: vernieuwing, een respectvolle behandeling, het zoveel mogelijk voorkomen van eerste opnames, een behandeling in de samenleving (FACT) en het daarvoor benodigde teamwork van hulpverleners.

Landelijke bijeenkomst

Eleenoor Willemsen leidt de bijeenkomst in met een kort verslag van de dag daarvoor, toen hetzelfde thema aan de orde kwam tijdens de jaarlijkse landelijke bijeenkomst. Aanwezig daar waren onder meer de inmiddels gepensioneerde psychiater Detlef Petry, die zich bijzonder inzet voor de rehabilitatie van psychiatrisch patiënten. Petry gaat uit van de mens in plaats van 'de patiënt' en verdiept zich in hun persoonlijke levensverhaal. Meer daarover in zijn recent verschenen boek 'Uitbehandeld maar niet opgegeven'.

Detlef Petry

De Duitse psychiater Detlef Petry werkte vanaf de jaren zeventig tot aan zijn pensioen in 2009 in het psychiatrisch ziekenhuis Vijverdal in Maastricht. In deze kliniek verbleven zo'n 150 patiënten die door de reguliere psychiatrie waren opgegeven: zij werden platgespoten met medicijnen, belandden in de separeerkamer en werden vastgebonden.

Al snel na zijn aanstelling in 1978 ontwikkelt Petry een geheel andere behandelmethode, een die indruist tegen de heersende opvattingen van die tijd. Petry kijkt niet alleen naar de ziekteverschijnselen, maar verdiept zich in het levensverhaal van zijn patiënt. Hij bouwt een persoonlijke band met zijn patiënten op: hij praat met ze, bezoekt met hen plaatsen uit hun verleden en ontmoet familieleden.

Het sleutelwoord in Petry's benadering is 'rehabilitatie'. Zijn doel is om zijn patiënten weer deel te laten nemen aan het leven. De resultaten van zijn aanpak zijn verbluffend: terwijl zelfmoord binnen psychiatrische afdelingen regelmatig voorkomt, vindt er op Petry's afdeling de laatste tien jaar geen enkele zelfmoord (poging) plaats.

In *Uitbehandeld, maar niet opgegeven* vertelt Detlef Petry over zijn patiënten en zijn opvattingen in de psychiatrie, maar ook over zijn eigen leven: zijn jeugd in het naoorlogse Duitsland, het naziverleden van zijn vader en het moeilijke contact met zijn ouders.



DETLEF PETRY
**Uitbehandeld, maar
niet opgegeven**

Het persoonlijke verhaal van een psychiater over zijn patiënten

AKKO

Een andere spreker op deze landelijke dag was Harry Kunneman, hoogleraar sociale en politieke theorie aan de Universiteit voor Humanistiek. Volgens hem botst 'waardevolle zorg', waarin medeleven, begrip en 'aanwezigheid' voorop staan, met onze 'waarde-arme' samenleving. Oftewel: de economie van het 'dikke ik', aldus Kunneman.

Zorg vergt aandacht en tijd, en dus ook geld. Vanwege de marktwerking moet men bedrijfsmatig denken. Efficiency staat voorop. Maar, vinden beide heren, cliënten kun je niet economisch benaderen. Terwijl de hulpverlening wel door de marktwerking wordt beheerst. 'Een morele misstaat', volgens Petry. 'De cliënt is tot een product verworden. Als getechnocratiseerd, intern gericht systeem houdt de psychiatrie zich met name bezig met 'harde termen': *cliënten*, *ziekten* en *diagnostiek*. Terwijl het juist gaat om de 'zachte termen': het *welzijn* van *mensen*, hun *herstel* en *rehabilitatie*. Niet iemands beperkingen dus, maar zijn of haar mogelijkheden.

De meeste aanwezigen lijken zich te kunnen vinden in deze kritische visie. Uitgaan van de mogelijkheden, waarbij de persoon in kwestie zijn eigen herstelproces in de hand heeft. De inzet van ervaringsdeskundigen in de GGz kan daarbij enorm behulpzaam zijn. Annet Furnemont, ervaringswerker binnen het Vijfde Wijkteam in Alkmaar (FACT, GGZ-NHN), bevestigt deze methodiek, waarmee ook haar team werkt. "Het 'strength model' gaat uit van de individuele kwaliteiten, doelen en wensen. Herstelgericht dus. Wij vragen steeds: 'Wat wil je zelf, wat wil je bereiken?'". Dienke Boertien van Kenniscentrum Phrenos valt haar bij: "Om als cliënt te herstellen van je psychische aandoening, heb je tijd nodig. Zorg op maat, dat betekent ook: cliënten die tijd gunnen. Zodat zij zelf, in hun eigen tempo, aan hun herstel kunnen werken."

Bezuinigingen

Een andere kwestie: de enorme kosten van de GGz. Hoe kun je waardevolle zorg verlenen en toch de financiën minimaal houden? Bezuinigingen zijn een feit. "Zorgverzekeraar Univé wil dat cliënten niet lang worden opgenomen, en al helemaal niet als alternatief voor huisvesting. In de meeste gevallen is een opname geen ideale situatie", meent Nico Adrichem. "Maar met 24 mensen bij elkaar wil ook niemand. Zorg op maat, dat is ook: zelfstandig wonen, een betaalde baan, en daarbij de ondersteuning die nodig is." Ria von Bönninghausen is van mening dat een woonvorm met meerdere cliënten wel degelijk goed kan zijn. "Veel cliënten hebben moeite met het opbouwen van een sociaal netwerk. Als ze alleen wonen, vereenzamen ze juist."

Zorg op maat – dat ziet er voor ieder individu anders uit. Is dat haalbaar, gezien de kostendruk? Bezuinigingen gaan ver, érg ver. De voor veel mensen noodzakelijke dagbesteding bijvoorbeeld wordt beperkt. Iets dat juist getypeerd kan worden als waardevolle zorg. Immers: daar krijgen mensen nog vaak persoonlijke aandacht, en ondersteuning bij hun activiteiten. Daar hebben mensen ook hun sociale contacten, zodat ze niet wegwijnen achter de geraniums. Het risico op terugval is voor velen niet ondenkbaar. Dat leidt weer tot de vraag of de gevolgen van de huidige bezuinigingsslag op termijn juist niet veel duurder zullen uitpakken dan de kostenbesparing op korte termijn. Regeren is vooruitzien... maar met welke blik?

Protocollen

Welke visie, houding en werkwijze is maatgevend als het gaat om 'waardevolle geestelijke gezondheidszorg'? Botst de 'softe' gedachte van betrokkenheid bij cliënten en het schenken van aandacht, met het 'harde', zakelijke perspectief van beddenreductie en

kostenbeheersing? En: hoe gaan hulpverleners om met de strikt planmatige aanpak; de tijdsdruk en registratieplicht die hen van bovenaf wordt opgelegd? Zouden zij juist – zoals Detlef Petry bepleit – meer lef moeten tonen en hun hart moeten volgen, in plaats van protocollen te volgen?

Een SPV-er uit de zaal, sinds 1975 in de psychiatrie werkzaam, haalt nog een andere issue aan: “Hoe komt het dat cliënten en hulpverleners in twee gescheiden werelden leven?”

Wellicht is het antwoord op deze vraag wel gerelateerd aan het feit, dat in de GGz pas recent wordt gewerkt vanuit de herstelgedachte. Nog niet zo lang geleden vormden cliënten een één-op-één relatie met hun diagnose. Zij waren hun diagnose, als het ware. Niks geen perspectief, maar louter beperkingen. Laat staan dat het begrip ‘ervaringsdeskundigheid’ op de agenda van GGz-instellingen stond. Ontwikkelingen vanuit de cliëntenbeweging, waar mensen in opstand kwamen en zelf wilden werken aan hun eigen herstel, in plaats van gedrogeerd te worden ‘omdat ze toch niets meer konden’, werden lacherig gadeslagen door de gevestigde orde. Totdat duidelijk werd dat de herstelgerichte benadering eigenlijk een bijzonder heilzame weg is. En er *evidence* kwam voor het positieve effect dat ervaringsdeskundigen hadden op andere cliënten. Inmiddels is de ontwikkeling van het herstelgedachtegoed onomkeerbaar. De meeste GGz-instellingen hebben het verweven in hun visie, beleid en interventies. Enerzijds een fantastische ontwikkeling. Anderzijds geeft het ook te denken. Want: van wie is dat gedachtegoed eigenlijk?

Gemeenten

Een onvermijdelijk onderwerp is de door gemeenten uitgevoerde Wmo. Nog steeds zijn gemeenten relatief slecht bekend met psychiatrische cliënten. Of, zoals een cliënt het verwoordt: “De gemeente ziet ons soms als verstandelijk gehandicapten”. En dat, terwijl ze alleen maar meer taken voor deze doelgroep moeten gaan uitvoeren. “Hoe kunnen ze dan in godsnaam waardevolle zorg en ondersteuning bieden?”, roept iemand uit het publiek. Het recent uitgevoerde onderzoek ‘OGGZ-spiegel’, waarin het diensten- en ondersteuningsaanbod voor mensen met een psychische aandoening werd gespiegeld aan de ervaringen, wensen en behoeften van cliënten, levert weinig nieuwe gegevens op. Allereerst omdat er weinig animo bestond voor het invullen voor de vragenlijsten. Die waren voor cliënten te omvangrijk, en voor gemeenten teveel extra werk. De conclusie die uiteindelijk uit de wél ingevulde enquêtes getrokken kon worden, bevestigt wat we al wisten. Namelijk dat het aanbod niet optimaal matcht met wat cliënten willen, en dat zij niet tevreden zijn over hun (mogelijkheden tot) maatschappelijke participatie.

Een aanwezige wethouder erkent het euvel. Volgens hem is ook de slechte samenwerking tussen instanties daar debet aan. Organisaties rondom GGz-clieënten – zorgaanbieders, RIBW's, maar ook breder: buurthuizen, woningcorporaties, sociale diensten, etc. – werken nog steeds onnodig veel langs elkaar heen. Eleonoor haalt het concept Maatschappelijk Steunsysteem aan, dat enige jaren geleden in Westfriesland sneuvelde. Partijen bleken teveel intern gericht, en de gemeente nam de regie niet. “Een goed georganiseerd Maatschappelijk Steunsysteem, breed georganiseerd op meerdere niveaus, kan dé oplossing zijn, voor alle partijen. Als de gemeente de regie neemt, krijgt ze meer inzicht in het zorg- en welzijnsveld. Organisaties worden op een goede manier gedwongen tot samenwerking. Waar de cliënt uiteindelijk ook van profiteert, want die wordt niet meer van het kastje naar de muur gestuurd. En juist die cliënt moet centraal staan; om hém heen moet alles georganiseerd worden. Zo goed mogelijk.”

Enkele punten uit de bijeenkomst *Waardevolle zorg*:

- Cliënten weten soms helemaal niet wat in hun behandelplan staat. Het zou daarom goed zijn dit samen met hen op te stellen.
- Nog veel te vaak wordt uitgegaan van iemands beperkingen. Beter is het om te kijken naar wat iemand nog (of juist) wel kan.
- Na het stellen van een diagnose gaan mensen vaak zoeken naar bijbehorende symptomen. Mensen kunnen naar een diagnose gaan leven. Terwijl nog maar al te vaak verkeerd wordt gediagnostiseerd...
- Waardevolle zorg is zorg op maat: zo min mogelijk en zo veel als moet.
- Het is belangrijk om meer ervaringsdeskundigen in te zetten. Zij weten sneller wat er in cliënten omgaat en begrijpen hen dus vaak beter.
- Gemeentes hebben hun taal aangepast: ze spreken van 'kwetsbare burger' i.p.v. cliënt of patiënt.
- Sommige DACs worden gesloten of gaan op in wijkcentra. Dat is niet per se verkeerd... mensen met een psychische aandoening willen toch ook als gewone burgers worden beschouwd.
- Gemeenten zijn nog vaak huiverig om mensen met een 'vlekje' te huisvesten. In die zin worden kwetsbare burgers vaak gelijkgeschaard met delinquenten.
- Cliënten kunnen vaak moeilijk aan een woning komen. Terwijl ze doorgaans juist graag tussen 'gewone mensen' (whatever that means) willen wonen.