

Naar een nieuwe GGZ

Ontwikkeling van de Generieke module 'Herstelondersteuning'

In dit artikel neemt de auteur ons mee in het proces rond de ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard herstelondersteuning voor de GGZ, waar hij als geestelijk verzorger bij betrokken was. Het wordt duidelijk dat geestelijk verzorgers veel raakvlakken hebben met het hersteldenken, en de auteur roept op met onze expertise daarbij aan te sluiten.

Taco Bos

DE LAATSTE JAREN waait er een frisse wind door de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Achter termen als herstel, rehabilitatie, destigmatisering, empowerment, zelfmanagement, volwaardig burgerschap, participatie, *peer-support* en ervaringsdeskundigheid gaat een hele paradigmawisseling schuil. Deze verschuiving wordt gevoed door inzichten en ervaringen van cliënten en cliëntenorganisaties. Visionaire geesten als de Amerikaanse onderzoeker William Anthony en in ons land Wilma Boevink, Jos Döes en Jim van Os onderbouwen het herstelgedachtegoed. Men laat zich inspireren door *good practices* uit de Verenigde Staten, Nieuw-Zeeland en Italië. Is er in-

middels in de GGZ sprake van een daadwerkelijke cultuuromslag naar herstelgerichte en herstelondersteunende zorg en behandeling? Opmerkelijk is in elk geval dat institutionele pijlers van de Nederlandse GGZ in hun beleidsdocumenten volop aansluiting zoeken bij het hersteldenken. Zo publiceerde brancheorganisatie GGZ Nederland al in 2009 haar visiedocument *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap*. Ook is er inmiddels bijna geen GGZ-instelling meer die niet in haar beleidsplan of zorgvisie herstel, participatie en ambulantisering centraal stelt.

Generieke module herstelondersteuning

Aansluitend bij de hierboven geschetste ontwikkeling verscheen in 2017 een kwaliteitsstandaard herstelondersteuning. Het gaat om de Generieke module 'Herstelondersteuning'¹ van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Deze module biedt aanwijzingen voor herstelondersteuning, zowel binnen als buiten de GGZ, voor mensen met een ernstige psychische aandoening of verslaving. De module richt zich op het bevorderen van hun herstelproces en stelt dat daarbij hun leefwereld, levensverhaal, wensen en prioriteiten leidend zijn, evenals hun eigen krachten, ervaringskennis en hulpbronnen. De module beschrijft een breed scala aan herstelbevorderende activiteiten, faciliteiten, attitudes en gedragingen. In deze bij-



drage schets ik kort de voorgeschiedenis en inhoud van deze module, ga in op de betekenis ervan voor geestelijk verzorgers en sluit af met enkele kanttekeningen.

Voorgeschiedenis

Zo'n anderhalf jaar lang werkte een divers samengestelde werkgroep aan de totstandkoming van deze module. De module maakt deel uit van een pakket aan kwaliteitsstandaarden voor de GGz die het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz heeft laten opstellen. In de werkgroep voor deze module waren tal van organisaties vertegenwoordigd, waaronder het Landelijk Platform GGz, HEE!,² de Vakvereniging voor Ervaringswerkers,³ Ken-

Herstel is gericht op hervinden van persoonlijke identiteit en hernemen van regie over eigen leven

niscentrum Phrenos en beroepsverenigingen van onder andere psychiaters, psychologen en maatschappelijk werkers. Voorzitter was Jos Dröes, bekend van Stichting Rehabilitatie '92. De werkgroep werd ondersteund door drie medewerkers van het Trimbosinstituut. Vanuit het werkveld psychiatrie van de VGVZ nam ik deel aan deze werkgroep. Het was

boeiend het proces van de totstandkoming van deze module mee te maken en iets mee te krijgen van de schat aan expertise die de werkgroep in huis had. Als geestelijk verzorger heb ik voor mijn inbreng met name geput uit mijn kennis en ervaring op het gebied van spirituele begeleiding en zingevingsbegeleiding van mensen met een psychische aandoening. Ook heb ik meegedacht over het theoretische kader van de module. Voor mijn bijdrage heb ik mij een paar maal laten adviseren door collega's uit de werkveldraad en de deskundigen Martin Walton, bijzonder hoogleraar geestelijke verzorging aan de PThU, en Sjaak Körver, praktisch theoloog, supervisor en trainer, onderzoeker en stagecoördinator aan de Tilburg School of Catholic Theology. Na het gereedkomen van de concept module, voorjaar 2016, vond een proefimplementatie plaats. Daarna volgde een langdurige commentaarfase en autorisatiefase, waarbij een indrukwekkend aantal organisaties en beroepsverenigingen kans kreeg te reageren.

Herstel vergt ook iets van de sociale omgeving

Conceptueel kader

Leidend voor de module is de bekende definitie van herstel van William Anthony:⁴ 'Herstel is een individueel proces gericht op het hervinden van de persoonlijke identiteit en het hernemen van de regie over het eigen leven.' Tevens staat centraal de definitie die Machteld Huber⁵ gaf van positieve gezondheid: 'het vermogen zich aan te passen en zelf regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'. Vervolgens hanteert de module als conceptueel kader voor herstel het CHIME-model van Leamy e.a.⁶ Leamy en collega's analyseerden bijna honderd onderzoeken naar herstelprocessen van mensen met psychische aandoeningen. Hieruit kwamen vijf hoofdpijlers van herstel naar voren: verbondenheid met anderen (*connectedness*), hoop (*hope*), identiteit (*identity*), betekenis-

geving (*meaning*) en greep op het eigen leven (*empowerment*). Aansluitend wijst de module op vier door Andresen⁷ en Van der Stel en Van Gool⁸ benoemde centrale herstelprocessen in de verslavingszorg. Niet toevallig vertonen deze processen veel gelijkenis met het CHIME-model, namelijk: het vinden en handhaven van hoop, het zelf verantwoordelijkheid nemen voor gezondheid en welzijn, het vormen van een positieve identiteit en het vinden van de zin in en van het leven.

Opbouw module

De module gaat in op verschillende aspecten van herstel en herstelondersteuning. Belangrijk is de ondersteuning van persoonlijk herstel in behandeling en begeleiding. Wat professionals in dat opzicht kunnen betekenen en op welke wijze, wordt uitgebreid beschreven. Hieronder ga ik daar nader op in. Daarnaast wordt het belang van maatschappelijk herstel benadrukt. Het is duidelijk dat herstel niet gereduceerd kan worden tot alleen een individueel en psychologisch proces, maar ook iets vergt van de sociale omgeving. Dan gaat het om sociale inclusie en vermindering van stigma, discriminatie en uitsluiting. Dit biedt ruimte voor het ontwikkelen of hernemen van maatschappelijke rollen. In dit verband beveelt de module aan brugfuncties tussen hulpverleners en andere spelers in het veld te creëren, onder meer op het vlak van werk en maatschappelijke opvang. Tevens doet de module aanbevelingen aan zorginstellingen en andere organisaties om hun kwaliteitsbeleid, opleidingen en werkprocessen in te richten vanuit de hersteloptiek.

Ervaringsdeskundigheid

Een kernelement in de module is de inzet van ervaringsdeskundigheid. 'Ervaringsdeskundigen zijn het levende bewijs dat herstel mogelijk is', stelt HEE!-medewerker en werkgroep lid Marianne van Bakel. Ze noemt hen niet voor niets 'hoopverleners'. Inmiddels hebben ervaringsdeskundigen een plek verworven in veel instellingen. Als lid van ambulante teams zoals FACT-teams⁹ ondersteunen zij mensen bij hun herstel. Voor velen

vervullen zij een voorbeeldfunctie. Dat hun inbreng inmiddels in de zorg als onmisbaar wordt gezien, bewijst het besluit van de Nederlandse Zorgautoriteit om ervaringsdeskundigen sinds 1 januari 2017 op te nemen in de DBC GGz Beroepentabel. Specifiek voor ervaringsdeskundigen doet de module aanbevelingen op het vlak van opleidingen en competenties.

Rol van de zorgprofessional

In de herstelvisie is zorg een herstelondersteunend proces, waarvoor de verantwoordelijkheid primair bij de persoon zelf ligt. De gevolgen voor de rol en attitude van de professionals zijn groot. Hun inbreng is gelijkwaardiger en hun rol bescheidener dan die van de klassieke deskundige. De basishouding van de professional is die van betrokken ondersteuner of coach. Hij of zij stimuleert en honoreert het voeren van de eigen regie door de cliënt. De module doet concrete aanbevelingen voor de ontwikkeling van bijpassende competenties. In dit kader wordt gewezen op het presentiedenken van Andries Baart. Hierin zijn elementen als persoonlijke betrokkenheid, compassie, nabijheid en trouw cruciaal, alsook reflectie op het eigen denken en handelen. Ook wordt gewezen op het principe van *shared decision making*. Patiënt en hulpverlener werken nauw samen en het subjectieve perspectief van de persoon is daarbij leidend. Het zal duidelijk zijn dat deze visie op hulpverleners een andere sfeer ademt dan het geijkte medische denkmodel en het hiërarchische deskundigheidsmodel.

Zingeving en geestelijke verzorging

Herstelondersteuning stelt de persoon en diens levensverhaal en beleving centraal en niet de diagnose of het behandelaanbod. Dit zal veel geestelijk verzorgers uit het hart gegrepen zijn. Zo ook de aandacht voor maatschappelijk herstel en bestrijding van stigma en uitsluiting. Het conceptuele kader van de module bevat verrassend veel 'zingevingstaal'. Dat kader is daardoor voor geestelijk verzorgers meteen relevant en herkenbaar. Herstel en zingeving hangen nauw

met elkaar samen. Veel dagelijks cliëntencontact van geestelijk verzorgers draait precies om thema's en waarden als verbondenheid, hoop, identiteit, betekenis en kracht; de al genoemde vijfslag van het CHIME-model. Vervolgens is er het urgente appél dat de module doet op hulpverleners om een bescheiden, coachende, zo gelijkwaardig mogelijke rol op zich te nemen. Als geestelijk verzorgers zullen wij dit graag omarmen, ook al zullen ook wij op dit vlak mijns inziens vast nog het één ander te leren hebben.

Specifieke bijdrage van geestelijk verzorgers

In een aparte paragraaf van de module komen zingeving en de rol van de geestelijk verzorger expliciet aan de orde. Het is raadzaam hier de volledige tekst van de module te raadplegen. In deze paragraaf is de volgende praktijkaanbeveling te lezen: 'De geestelijk verzorger heeft specifieke expertise op het terrein van existentiële, spirituele en ultieme zingeving en kan zowel patiënten als andere professionals hierin ondersteunen. De rol van ondersteuner van persoonlijk herstel, alsook die van trainer of opleider van professionals, zal veel geestelijk verzorgers op het lijf geschreven zijn.

Herstelondersteuning stelt de persoon en diens levensverhaal centraal

Een apart aspect is het onderhouden en toerusten van een netwerk. Door contacten met plaatselijke religieuze en levensbeschouwelijke organisaties zoals kerken of moskeeën, of met een wijkcentrum, inloophuis of daklozenproject, kunnen geestelijk verzorgers een doorverwijzings- en brugfunctie vervullen. Zo kunnen zij bijdragen aan maatschappelijk herstel, reïntegratie en participatie. Ook kunnen zij bij deze organisaties stigmatisering helpen doorbreken en professionals en vrijwilligers trainen en scholen. In de geest van de module ligt het mijns inziens

in zulke gevallen voor de hand om te streven naar samenwerking met een ervaringsdeskundige.

Kanttekeningen

In de commentaarfase ontving de werkgroep van tal van organisaties enthousiaste reacties, zoals: 'een prachtige module'. Tegelijk merkten verschillende partijen op, dat de huidige financieringsstructuur niet berekend is op radicaal herstelondersteunend werken. Een voorbeeld is de DBC-systematiek. Hierin staat niet preventie of ondersteuning van eigen doelen, wensen en betekenisgeving van de cliënt centraal, maar behandeling. De DBC-systematiek leunt zwaar op het klassieke medische model, dat bijvoorbeeld een psychose veelal opvat als ziektesymptoom dat behandeling verdient. Vanuit de herstelvisie daarentegen kan het zinvol zijn te verkennen of deze ervaring, hoe verwarrend of pijnlijk misschien ook, in zichzelf niet tevens betekenisvol is als uitingsvorm, communicatiewijze, overlevingsmechanisme, of reeds zelf een poging tot herstel.

Het conceptuele kader van de module bevat verrassend veel 'zingevingstaal'

In dat licht kun je je afvragen hoe consequent beleidsmakers en zorgverzekeraars de adviezen van deze module zullen willen doorvoeren. Dit raakt ook de inzet van geestelijk verzorgers. Als je vanuit hersteloptiek naar het vak van de geestelijk verzorger kijkt, wat is dan de beste plek voor dit vak in het huidige zorgstelsel en wat de beste wijze van financiering?

Voor de module zelf maakt dit overigens niet uit. Die maakt voor inzet van geestelijk verzorgers geen onderscheid tussen *cure* of *care*, of klinisch of ambulante, maar pleit slechts voor inzet op grond van noodzaak en behoefte. Daarbij is wel relevant, dat zorg

voor zingeving natuurlijk niet exclusief is voorbehouden aan geestelijk verzorgers. In de commentaarfase merkten vaktherapeuten op dat zingeving te belangrijk is om alleen aan geestelijk verzorgers te worden overgelaten; een opmerking die ik persoonlijk alleen maar zou willen beamen. Ook andere professionals hebben volop mogelijkheden om zingevingsondersteuning te bieden. Dit stelt geestelijk verzorgers voor de opgave nog scherper in beeld te brengen waar hun toegevoegde waarde precies ligt.

Verder reikende vragen

Myrthe van der Meer beschrijft in haar roman *UP* hoe de hoofdpersoon Emma tijdens haar opname wordt geacht aan een herstelworkshop deel te nemen.¹⁰ Ze komt in aanvaring met ervaringsdeskundige Pieter. Wanneer ze botsen over het verschil tussen genezing en herstel schrijft Emma ontmoedigd: 'Ik weet wat ervaringsdeskundige en herstel betekenen, maar dat is in de echte wereld. In de psychiatrie zijn woorden vogelvrij.' En wanneer ze zich even later door Pieter beticht voelt van 'zelfstigma' merkt ze nijdig op: 'Zelfstigma. Ach ja. Dat etiketje kan er ook nog wel bij.'

Dit fragment is een voorbeeld van hoe bij het herstelverhaal wel enkele verder reikende vragen te stellen zijn. Wordt herstellen de nieuwe verplichting waaraan GGz-cliënten moeten voldoen? Hoe voorkom je dat het herstelgedachtegoed vervreemdend uitpakt en mensen een machteloos gevoel geeft? Bedoeld als humanisering van de zorg en emancipatiebevordering van mensen met een psychische aandoening, is er desalniettemin een kans dat het hersteldenken tot een normatieve ideologie wordt verheven, met alle schaduwzijden van dien.

Als geestelijk verzorger zou ik daarbij vooral aandacht willen houden voor het tragische en kwetsbare.¹¹ De grondtoon van de herstelbenadering is optimistisch, maar als geestelijk verzorgers in de psychiatrie komen wij niet alleen hoopvolle herstelverhalen tegen, maar ook veel wanhoop, diep onvermogen

en onophefbaar lijden. Voor de persoon in kwestie kan het al een bovenmenselijke opgave zijn het in zulke situaties uit te houden. Bovendien is ieder mens, ook met een psychische aandoening, sterfelijk. Hoe behulpzaam is het woord herstel bijvoorbeeld bij terminale ziekte?

Een bijzonder aspect van oog hebben voor het tragische komt naar voren in H. Mutherts dissertatie (2007).¹² Zij doet, vanuit haar ervaringen als geestelijk verzorger, op hulpverleners een appél om adequaat aandacht te besteden aan rouw en verlies bij schizofrenie. Vaak ontdekt de persoon daarna pas ruimte om zich ook te richten op positieve wensen, doelen en toekomstplannen. In mijn optiek verrijkt dit inzicht de herstelvisie en het denken over herstelondersteuning.

Conclusie

Al met al zie ik deze module als een belangrijk instrument voor een essentiële omslag in de GGz: humaner, respectvoller, en daardoor met groter effect en betere levenskwaliteit voor de mensen die het betreft. De module is voor geestelijk verzorgers te meer van belang omdat de aandacht voor zinging er zo duidelijk in benadrukt wordt. Met de nieuwe beroepsstandaard en onze brede kennis, ervaring en inzetbaarheid, is ons beroep er mijns inziens klaar voor volop haar expertise voor herstelondersteuning ter beschikking te stellen. Dat bij de module zeker vragen gesteld kunnen worden, staat voor mij niet in verhouding tot de positieve waarde ervan. Ik beveel hem ter lezing en implementatie van harte aan.

Taco Bos is geestelijk verzorger bij Pro Persona GGz, Wolfheze en Arnhem; t.bos@propersona.nl

Noten

1. Zie www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/herstelondersteuning
2. HEE is onderdeel van het Trimbos-instituut. HEE werkt met ervaringsdeskundigen en biedt o.a. cursussen Herstelondersteunende Zorg, Fotovoicé en herstelgroepen aan. Zie ook: <http://www.hee-team.nl>.
3. Ervaringsdeskundigen spelen een belangrijke rol in de omslag van de GGz naar een meer herstelgerichte sector. Er is een eigen vakvereniging; sommigen werken als betaalde kracht in GGz-instellingen.
4. W. A. Anthony (1993), Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.
5. M. Huber, (2014), *Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
6. M. Leamy, V. Bird, C. Le Boutillier, J. Williams, & M. Slade (2011), Conceptual framework for personal recovery in mental health. Systematic review and narrative synthesis, *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
7. R. Andresen, L.G. Oades, & P. Caputi (2011), *Psychological recovery. Beyond mental illness*. Chichester: Wiley-Blackwell.
8. J. van der Stel & R. van Gool (2013), *Quick scan. Resultaten scoren rond herstel*. Haarlem/Sassenheim.
9. FACT staat voor 'Flexible Assertive Community Treatment'. FACT-teams bieden intensieve psychiatrische behandeling in de thuisituatie volgens een bepaalde behandelvisie. Het concept komt uit de VS. Zie ook: M.-J. van Bolhuis & A. Ghizili (2012), FACT en geestelijke verzorging, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 15(66), 46-49; en: G. J. van der Kolm (2012), Levensbeschouwing en FACT, *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 15(68), 48-52.
10. M. van der Meer (2015). *UP. Psychiatrische roman*. Amsterdam: The House of Books, pp. 205-210.
11. Met dank aan de collega's van GGZ Centraal die in hun recente beleidsplan deze vraag opwerpen.
12. H. Muthert (2007), *Verlies en verlangen. Verliesverwerking bij schizofrenie*. Assen: van Gorcum.