

A wide-angle photograph of a lush green field filled with numerous small yellow flowers, likely dandelions, stretching to a flat horizon under a clear, bright blue sky. The field is densely packed with the plants, and the perspective is from a low angle, looking across the expanse.

Goede praktijken van herstelondersteunende zorg

Een uitgave van de Werkplaats Herstelondersteuning

Goede praktijken

van herstelondersteunende zorg

Dienke Boertien
Kristien Harmsen

Werkplaats Herstelondersteuning

Inhoud

Voorwoord 3

Inleiding 5

I Wat is herstelondersteunende zorg? 7

Herstel 8

Vier ijkpunten voor Herstelondersteuning 9

Pijlers voor herstelondersteuning 10

Waarom is herstelondersteuning zo moeilijk? 11

Verworven inzicht 13

2

II Herstelondersteuning in de praktijk 15

Triple C: een wereld van verschil in een ZZP7 kliniek van Altrecht 16

HIC: High Intensive Care bij GGz Breburg 20

ART: Active Recovery Triad bij GGz Breburg 23

De Halte van GGZ Eindhoven 25

GGZ Noord-Holland-Noord en de inzet van ervaringsdeskundigheid 29

Kwintes en Presentie 33

Het Kwaliteitskompas van Kwintes 36

Freedom First bij Lister 38

De vijf B's van Lister 42

MET ggz en Wijkgericht Werken 45

Peer-supported Open Dialogue bij Altrecht, GGzE, Lister, MET ggz 51

Voorwoord

De zoektocht naar passende vormen van herstelondersteunende zorg is een reis op zich. Vragen over de wil om bij te dragen aan het concept herstel waren er niet zozeer. Integendeel, stuk voor stuk waren alle betrokkenen binnen de Werkplaats Herstelondersteuning zeer gedreven en bevlogen om het goede te willen doen. Wel waren er veel vragen over wat 'het goede' is. In deze brochure worden voorbeelden beschreven van ervaringen, modellen en concepten die uiting geven aan 'het goede' en daarmee bijdragen aan het individuele herstelproces van mensen.

Opvallend in de beschreven praktijken is dat het in vrijwel alle initiatieven gaat om een cruciale andere vorm van kennis opdoen, delen en toepassen. Niet zozeer de kennis over diagnoses, behandelmethodieken of organisatiemodellen maar vooral ervaringskennis lijkt een belangrijke sleutel te zijn om in verbinding te komen met het innerlijke van het unieke individu. Dat geldt voor zowel hulpvragers als hulpverleners.

Dichter bij de bron komen waar de cliënt zijn of haar kracht, inspiratie of zingeving uit haalt, vraagt van hulpverleners om ook dichter bij de eigen bron te komen, zich los van diagnoses open te stellen voor het unieke van die cliënt en zichzelf. Dat betekent samen risico's durven nemen en vrije ruimte voelen om te onderzoeken, te vallen en op te staan. Er is niet één route waarlangs herstelondersteuning vorm krijgt, maar er zijn meerdere wegen. Wel zijn er checkpoints die je op de goede weg kunnen houden. Die staan beschreven in vier ijkpunten: eigen regie in de zorg, gebruikmaken van ervaringskennis, toegang tot goede zorg en verbinding met de maatschappij. De pijlers van herstelondersteuning zijn uitgewerkt in twee elementen: a) de beschikbaarheid van een zelfhulpomgeving waarin mensen met behulp van peer support werken aan eigen herstel en b) de beschikbaarheid van professionele zorg die aansluit bij die persoonlijke ontwikkeling. Een goede balans van deze twee elementen is helpend bij herstelondersteunende zorg.

Door te reizen kom je in aanraking met andere culturen, landschappen, geuren en heb je bijzondere ontmoetingen. Een ervaring die inspirerend en spannend kan zijn, zo heb ik de bijeenkomsten van de Werkplaats Herstelondersteuning ervaren. Een uitdagende zoektocht waarin ik soms de weg kwijt was, maar dat was ook goed. Daar begon voor mij de vrije ruimte die ik nodig had om anders naar het begrip herstel te kijken. Met deze brochure willen wij u graag een handreiking geven om op reis te gaan, een reis waarvan de eindbestemming nog niet vaststaat.

Lucretia d'Fonseca

Lid dagelijks bestuur Werkplaats Herstelondersteuning.

Inleiding

‘Hoe geven wij herstelondersteuning vorm in onze organisaties en wat zijn daarvoor de noodzakelijke voorwaarden?’

Dit is de centrale vraag die ten grondslag ligt aan de Werkplaats Herstelondersteuning waar sinds 2012 acht zorginstellingen en Kenniscentrum Phrenos antwoorden voor zoeken.

De psychiatrie heeft het concept herstel nationaal en internationaal omarmd maar de opvattingen van wat herstel is blijken verre van eenduidig, evenals de implicaties ervan voor de praktijk van een herstelondersteunende zorg (Van Weeghel e.a. 2019 in review). Om hierin meer richting te vinden wilden we binnen de Werkplaats Herstelondersteuning zoeken en leren hoe we van de mooie woorden op papier kunnen komen naar een praktijk die werkelijk het individuele herstel van mensen kan ondersteunen. Alle leden hadden hierbij een sterk gevoel van urgentie. Want te veel herstelverhalen getuigen van een psychiatrische zorg die beschadigt in plaats van helpt. Te vaak voelen mensen zich nog niet gehoord maar gereduceerd tot een diagnose. Te vaak wordt het afwijzen van een voorgestelde behandeling nog geduid als een gebrek aan ziekte-inzicht of als een symptoom van ziekte. Reden genoeg om te zoeken naar hoe die kloof tussen vraag en aanbod gedicht kan worden door een praktijk van herstelondersteuning.

5

Om hier zicht op te krijgen organiseerden we bijeenkomsten waarbij telkens een paar leden een eigen project voorlegden, dat een fundamentele verandering naar herstelondersteuning beoogde. Alle projecten stonden zagezegd met de voeten in de klei. We hebben vier ijkpunten benoemd om de focus op het onderscheidende van herstel te houden, zichtbaar te maken in welke aspecten van herstelondersteuning een betreffend project voorzag en waar mogelijk nog hiaten zaten (zie hoofdstuk I).

Zo onderzocht Altrecht hoe je met Triple C je zwaarste zorgafdeling in een gesloten setting herstelondersteunend kan maken. Lister verkende welke competenties medewerkers nodig hebben om herstel te ondersteunen en hoe je die kan leren. GGZ Noord-Holland-Noord stelde zich de vraag hoe je ervaringsdeskundigheid goed en breed beschikbaar kan maken binnen je aanbod. Kwintes deelde ervaringen over hoe je vanuit de presentie-benadering de oude cultuur van een woonafdeling kan transformeren naar herstelondersteuning. GGZ Breburg ging met ons het gesprek aan over de onderliggende competenties die nodig zijn om ervoor te zorgen dat Active Recovery Triad (ART) en High Intensive Care (HIC) herstel daadwerkelijk ondersteunen. GGZ Eindhoven deelde ervaringen over een ervaringsdeskundig gerund respijthuis. MET ggz legde de successen en dilemma's voor die gepaard gaan met het integreren van herstelondersteuning in het leven in de wijk. RIBW K/AM nam deel aan de Werkplaats met Vitaal Verder. Zij geven er de voorkeur aan de beschrijving van hun praktijk niet op te nemen in deze uitgave.

Over de 'Goede praktijken' leest u meer in hoofdstuk II van deze brochure. We wagen het om ze Goede Praktijken te noemen. Niet zozeer omdat onderzoek dit heeft aangetoond, want dat is niet het geval. Maar wel omdat al deze praktijken bereid waren om hun zoeken en vragen te delen en in kritische en open reflectie met elkaar te bespreken. De wederkerige en vragende uitwisseling heeft iedereen de ruimte gegeven om de praktijk verder te ontwikkelen. Die openheid en bereidheid lijkt een belangrijke voorwaarde en kenmerk van de ontwikkeling van een goede praktijk.

6

Soms leidden de bijeenkomsten tot themabijeenkomsten: wat verstaan we allemaal onder ervaringskennis, wat is de reikwijdte van het begrip eigen regie en hoe verhoudt zich dat tot de ethiek van autonomie? Wat gebeurt er als de medewerkers van al die partijen in de wijk echt vrijgespeeld worden om te doen wat zij vinden dat er moet gebeuren? Uitkomsten van een onderzoek van organisatiebureau Twynstra Gudde in opdracht van Lister legde bloot hoezeer medewerkers een balans nodig hebben tussen ruimte voor eigen verantwoordelijkheid en houvast van regels van de organisatie. Een werkbijeenkomst waar we het boek van Jim van Os, *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ* bestudeerd hebben en de documentaire *Open Dialogue* van Daniel Mackler bekeken, heeft ertoe geleid dat in 2017 Altrecht, Lister, GGZ Eindhoven en Met ggz zijn gestart met Peer-supported Open Dialogue (POD). Hierover leest u meer in hoofdstuk II.

De grote diversiteit van de projecten en thema's bood de kans om vanuit diverse perspectieven naar herstelondersteuning te kijken. Door alle variatie werd het fundament voor een praktijk van herstelondersteuning telkens wat helderder. Het heeft mede de input geleverd voor hoofdstuk I dat los van de concrete projecten dit fundament beschrijft. In dit hoofdstuk keren we eerst terug naar het begrip herstel zoals oorspronkelijk benoemd vanuit de eigen ervaringen van mensen. Vervolgens belichten we de vier ijkpunten voor herstelondersteuning die hielpen om inzichtelijk te maken op welke aspecten het project primair bijdroeg aan herstelondersteunende zorg waar mogelijk nog hiaten zaten. Al zoekend en lerend werd steeds helderder welke pijlers noodzakelijk zijn om ervoor te zorgen dat die vier ijkpunten in een persoonlijk proces van herstel samen kunnen komen. En ten slotte doen we een poging om te benoemen waarom herstelondersteuning blijvend moeilijk is, inspanning vraagt.

Deze uitgave heeft niet de pretentie om het finale antwoord te geven op het wat en hoe van herstelondersteuning. We hopen dat het bijdraagt aan het vinden en houden van richting bij de verdere ontwikkeling van herstelondersteuning in brede zin.

Hoofdstuk I

Wat is herstelondersteunende zorg?

Herstel

Vanaf de jaren negentig heeft het herstelbegrip in de psychiatrische zorg gaandeweg terrein gewonnen. Patricia Deegan deed met haar publicaties over haar eigen herstelproces een sterk appél op de noodzaak de psychiatrische zorg af te stemmen op deze persoonlijke herstelprocessen.

“

Recovery is the urge, the wrestle, and the resurrection. Recovery is a matter of rising on lopped limbs to new life. As professionals we would like nothing more than to somehow manufacture the spirit of recovery and give it to each of our program participants. But this is impossible. We cannot force recovery to happen in our rehabilitation programs. Essential aspects of the recovery process are a matter of grace and, therefore, cannot be willed. However, we can create environments in which the recovery process can be nurtured like a tender and precious seedling.

Patricia Deegan (1988). *Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation*. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 4, pag. 14.

”

8

In Nederland introduceerde Wilma Boevink als eerste het begrip herstel binnen de ggz. Zij ontwikkelde vanaf de jaren negentig samen met zorggebruikers werkvormen om over eigen herstel na te denken. In deze eerste herstelwerkgroepen ontstonden ook werkvormen om de bestaande zorg om te vormen naar een herstelondersteunende zorg.

“

Mijn opnames in het psychiatrisch ziekenhuis hebben mij in diverse opzichten beschadigd, hoe onbedoeld dat misschien ook was. Als ik eraan terugdenk hoe onwaardig het soms was om psychiatrisch patiënt te zijn, dan wankelt het zelfrespect dat ik in de loop der jaren heb weten te bevechten. Als ik mij de vernedering herinner die de patiëntrol ook met zich meebracht, dan vergeet ik in mijn woede dat ik me dat niet meer laat gebeuren..

Wilma Boevink (2017) *HEE! Over Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid in de psychiatrie*. Utrecht: Trimbos-instituut, pag. 17.

”

Sinds de introductie van het begrip herstel is de discussie over wat herstel is en hoe herstelondersteuning eruit moet zien niet meer verstomd. Een scoping review naar de stand van zaken rondom herstel en herstelondersteuning in de internationale wetenschappelijke literatuur geeft een goed beeld van alle aspecten in deze discussie (Van Weeghel et al. 2018 in review).

In Nederland is met verschillende indelingen van herstel gepoogd om herstelondersteunende zorg van richting te voorzien. Een inmiddels vrij reguliere indeling in herstel van gezondheid, van rollen en van persoon (Dröes & Plooy 2010) neemt de kern van bovenstaande citaten ernstig. De indeling maakt expliciet dat er naast aanwijsbare aspecten als gezondheid en rollen een persoon is die meer is dan de som van die beide. Wat de indeling echter niet duidelijk maakt is hoe de drie aspecten zich tot elkaar verhouden. Bovendien zijn alle aspecten voor veel interpretaties vatbaar. Er lijkt met name bij herstel van gezondheid een spanning te kunnen bestaan tussen de meer algemeen geldende opvattingen die ten grondslag liggen aan de zorg en het effectief handelen daarin enerzijds, en de ervaring van gezondheid van de persoon in kwestie anderzijds. Ook andere indelingen in herstel maken nog niet duidelijk hoe dat leidt tot een dagelijkse praktijk die dienend is aan het persoonlijke herstel.

In de bijeenkomsten van de Werkplaats is geprobeerd om telkens weer terug te keren naar die kern van herstel en te zoeken naar hoe de zorg daar op aan kan sluiten.

Vier ijkpunten voor herstelondersteuning

Bij de start van de Werkplaats Herstelondersteuning zijn vier criteria benoemd als hulpmiddel om het hele spectrum van herstelondersteuning in het oog te houden bij alle projecten en thema's. De criteria zijn vastgesteld aan de hand van bestaande inzichten over herstelondersteuning (Boevink e.a. 2009; Dröes & Plooy 2010) en de inbreng van ervaringsdeskundigen Martijn Kole en Marianne van Bakel. Ze helpen om te laten zien op welke dimensies van herstel een project nadruk legt en waar nog hiaten zitten.

1. Eigen regie in de zorg

Om persoonlijk herstel vorm te kunnen geven kan het niet anders dan dat iemand uiteindelijk zelf kiest en beslist welke steun en zorg daarbij past. Dat vraagt kennis van de mogelijkheden en ruimte om uit te proberen.

2. Gebruikmaken van ervaringskennis

Om dat te kunnen doen is ontwikkeling van ervaringskennis onmisbaar. De ervaringsdeskundige kan vanuit eigen ervaringen met ontwrichting en herstel bij dit proces ondersteunen. Herstelondersteunende zorg sluit met haar professionele kennis aan bij de ervaringskennis van haar cliënten en voorkomt daarmee onnodig overnemen van verantwoordelijkheid.

3. Toegang tot goede zorg

Herstelondersteunende zorg is flexibel in haar aanbod. Wanneer een ingeslagen zorgpad bij nader inzien niet goed werkt, zoek je naar een ander aanbod. De beschikbaarheid van bewezen effectieve interventies is daarbij een voorwaarde. Deze flexibele aansluiting vraagt van hulpverleners veel aandacht. Het vraagt van de instellingen dat zij hun werknemers daarbij ondersteunen en de vrijheid geven om vanuit eigen regie te handelen.

4. Verbinding met de maatschappij

Herstellen doe je niet uitsluitend in de psychiatrie maar ook in de samenleving, je eigen omgeving. Het gaat er ook om dat je je eigen plek (her)vindt in de wereld. Wanneer je last hebt van een psychische aandoening en maatschappelijke rollen kunt behouden – vrienden, familie, werk – raak je niet geïsoleerd binnen de psychiatrie.¹ Er ligt ook een preventieve taak voor de zorg om te voorkomen dat mensen maatschappelijke rollen verliezen. Zorgverleners moeten ruimte laten voor eigen regie en het nemen van risico's die bij het leven horen.

10

De ijkpunten brengen per project heel goed in beeld op welk ijkpunt het betreffende project (primair) aansluit en hoe dit al dan niet eraan bijdraagt dat ook de andere ijkpunten tot ontwikkeling komen. Wanneer een project aansluit bij het ontwikkelen en benutten van ervaringskennis (GGZ-NHN) kan dit tevens leiden tot verbinding met de maatschappij omdat mensen beter weten wat ze willen. Zo helpen ze om de verbinding tussen de verschillende dimensies van herstel te leggen.

Pijlers voor herstelondersteuning

Binnen de projecten bleef men fijn slijpen om de kern van herstelondersteuning beter te pakken te krijgen, hiaten op de vier ijkpunten te adresseren. Sommige ijkpunten bleken om verdieping en uitwisseling van verschillende perspectieven te vragen: wat is eigen regie? Wat is ervaringskennis? Met name de verdieping op deze twee thema's hebben ertoe geleid om na de eerste drie jaar Werkplaats te concluderen dat de omvorming naar herstelondersteunende zorg rust op twee pijlers:

1. De beschikbaarheid van een *zelfhulpomgeving* waar mensen zelf met behulp van peer support kunnen zoeken naar hoe zij hun herstel en ontwikkeling verder vorm willen geven. Zelfhulp biedt de mogelijkheid om naast en los van diagnoses en behandeldoelen de reikwijdte en complexiteit van de eigen ervaring te verkennen, daarover uit te wisselen met anderen, en om daarin ruimte te vinden voor het vergroten van het eigen welbevinden. Het domein van de eigen ervaring is zo veel meer dan dat wat

¹ Schizophrenia in Later Life: Studies on prevalence, phenomenology and care needs Paul David Meesters, 2011, Vrije Universiteit Amsterdam

zich in woorden laat vangen. Door los van vooropgestelde doelen en uitgangspunten vrije ruimte te maken voor die verkenning kunnen onverwachte inzichten en inspiratie zich aandienen. Zelfhulp kan bijdragen aan het herstellen van welbevinden, het hervinden van hoop en empowerment (Cook 2012), het kunnen opkomen voor jezelf in relatie met zorg (Jonikas 2013), afname van zorgvraag en zorgkosten (Cook 2013). De peer-run cursus Herstellen doe je Zelf draagt bij aan empowerment, hoop en zelfvertrouwen (Van Gestel 2011). Onderzoek naar het HEE programma toont eveneens aan dat deelnemers meer veerkracht ontwikkelen, minder zelfgerapporteerde klachten hebben, minder zorgbehoefte en een kleinere kans op verblijf in een instelling hebben (Boevink 2017).²

2. Tegelijkertijd is er een *professionele* zorg nodig die de vaardigheden in huis heeft om aan te sluiten bij deze persoonlijke ontwikkeling. Een dergelijke herstelondersteunende zorg is per definitie een zoekende praktijk. Er is geen gouden sleuteltje; de oplossing is het steeds weer open zoeken naar die aansluiting. De professionele kennis moet zich flexibel voegen naar dat wat het persoonlijke proces van herstel ondersteunt. Dat vraagt ook van de professional een goed gevoel voor het persoonlijke. Dat is per definitie alleen maar te ontwikkelen vanuit de eigen ervaringswereld. Dus ook de professional moet zijn eigen ervaringskennis verkennen en ontwikkelen om van daaruit de professionele kennis in voortdurende afstemming met de ander in te kunnen zetten.

11

Op grond van deze twee pijlers kunnen de hulpvrager en de hulpverlener samen in het individuele herstelproces onderzoeken wat de vier ijkpunten voor iemand betekenen in een persoonlijk proces en hoe de zorg daarop af te stemmen. De kern van herstelondersteuning draait om het werkelijk centraal kunnen stellen van de cliënt en om verbinding te kunnen maken met de unieke mens die hulp vraagt. Onderliggend is de overtuiging dat ieder mens zichzelf kan hervinden, meer heelheid kan vinden en (van tijd tot tijd) een voedende verbinding met de wereld om hem heen kan ervaren. Deze overtuiging verwijst naar een dimensie in de mens die je misschien wel de dimensie van de zinervaring of spiritualiteit kan noemen: dat wat in ons – ongeacht de omstandigheden – geraakt kan worden, ervaring van zin geeft en inspiratie voor nieuwe zin en betekenis kan geven (Velleman 2018).

Waarom is herstelondersteuning zo moeilijk?

De zorg - rehabilitatie, sociale, psychologische, medische behandeling en begeleiding - leunt sterk op sociologische, historische en wetenschappelijke kennis. Vandaaruit worden antwoorden geformuleerd van algemene aard over 'de mens' en 'de samenleving'. Hoe

² Dit inzicht heeft o.a. geleid tot een themawerkgroep Herstelacademies en tot de publicatie *Herstelacademie, vrijplaats voor eigen ontwikkeling*. (2017). Utrecht: Werkplaats Herstelondersteuning,

werkt het brein, het lichaam, de psyche, hoe werken sociale relaties, hoe werkt onze samenleving? Om vervolgens te kijken naar hoe die kennis van toepassing is op het individu met een hulpvraag.

En daar waar die twee dimensies bij elkaar komen – het unieke individu met de hoogst individuele ervaringen van lijden, hoop, verwachtingen (nooit geïsoleerd maar in de context) – en deze meer algemene kennis, daar schuurt het vaak in de ggz. De algemene kennis past nooit een-op-een op de hoogst individuele hulpvraag. En de hoogst individuele ‘hulpvraag’ is ook nog eens zelden helder te verwoorden en vaststaand, maar omgeven met tegenstrijdigheden en wisselende emoties. Maar tegelijk is er ook altijd het diepe besef van het zelf: ‘weten dat jij jij bent’. En dit zelf kan als het wankelt, ook heel gemakkelijk gekwetst worden doordat het zich niet gehoord, niet begrepen voelt. En mogelijk zo zichzelf steeds minder gaat begrijpen en steeds minder goed de afstemming vindt met de wereld, met de zorg en vice versa.

12

Binnen veel projecten van de Werkplaats merkten mensen aan den lijve dat een van de moeilijkste opgaven is om bij de hoop, de pijn, de wanhoop en het lijden van de ander te kunnen zijn op een manier die ruimte voor iets als herstel schept. Hoe blijf je trouw aan de uitgangspunten van Triple C – bijvoorbeeld zoeken naar de invulling van een betekenisvolle dag – als een cliënt (vooralsnog) onnavolgbaar boos, verdrietig, in de war is. Hoe voorkom je dat je als hulpverlener net zo boos, verdrietig of in de war raakt? Hoe blijf je present (Kwintes) bij de hoop en de hopeloosheid van de ander zonder die ander over te nemen?

Als het gaat om het onderscheidende van herstel, gaat het misschien wel vooral om ruimte te maken voor mensen om weer terug te komen bij zichzelf – het unieke individu dat ieder van ons is. Hoezeer herstel van gezondheid, van sociale rollen daar ook onderdeel van uitmaken, er is altijd ook die dimensie die als het ware daar omheen ligt, ‘het ik bijeen houdt’, en waarin iemand openheid kan vinden voor nieuwe hoop, verbinding en voor de aanvaarding van zichzelf als uniek individu.

Onvoldoende besef van en oog voor het unieke is de oorsprong van de woede die Patricia Deegan benoemt: ‘Je woede is geen onderdeel van je ziektebeeld. Je verontwaardiging is een gezonde reactie op de situatie die je onder ogen moet zien. Je weerstaat de boodschappen die je krijgt. In en door je felle verontwaardiging wordt je waardigheid bewaard: ‘Ik ben geen ziekte. Ik ben op de eerste plaats en bovenal een mens. Ik laat me niet reduceren tot een ziekte of een ding. Ik zal mijn kracht behouden, zodat ik, op termijn, mijn ellende aan zal kunnen en kan beginnen met mijn herstelproces.’ (Deegan 2006).

Herstelondersteunende zorg wil de uniciteit van het individu recht doen. Naast de inbreng van algemene kennis zoeken we in herstelondersteunende zorg hoe we dat kunnen doen. Het vraagt van de hulpverleners dat zij competenties ontwikkelen om hun professionele

kennis niet beeldvullend aan te bieden. Het vraagt van de hupverlener dat hij in staat is om in de ander meer te zien dan de diagnose, de patiënt. Als het ware daar overheen te kijken en tegelijk ook het onbekende van de ander, van de openheid waarin de ander geïnspireerd kan raken – te zien, daar ‘gevoel voor te hebben’.

De praktijkvoorbeelden van de Werkplaats laten onder andere zien dat we – direct of indirect - op zoek zijn om voor het domein van die persoonlijke zin- en betekenisgeving ruimte te maken. Dat gebeurt zelden in een gestroomlijnd en glad proces maar gaat met vallen en opstaan. Binnen de Werkplaats constateerden we regelmatig dat dit ook ruimte voor de ‘dignity of risk’ vraagt. Parinaz, herstelcoach bij Lister: ‘Je moet bereid zijn om samen met je cliënt te vallen en op te staan’ (pagina 44).

Verworven inzicht

Een noodzakelijke toevoeging aan alle professionele kennis en vaardigheden is misschien wel het vermogen om te kunnen verbinden met je eigen openheid, onzekerheid, lijden, tegenstrijdigheden, verlangens en hoop. Om van daaruit gevoel voor diezelfde waaier aan gevoelens bij de ander te kunnen behouden. Het helpt om ruimte te hebben om te luisteren, vragen te stellen, niet te oordelen of over te nemen. Om begrip te houden voor alle mogelijke reacties en onvoorwaardelijk erop te blijven vertrouwen dat iemand ruimte in de eigen ziel vindt om te helen. Binnen de opleiding Peer-supported Open Dialogue is om die reden ‘selfwork’ een belangrijk onderdeel. In de kern bestaat dit uit het vergroten van inzicht in je eigen ervaringen en gewaarwordingen, bijvoorbeeld door het beoefenen van meditatie. Hierdoor vergroot het vermogen om met open aandacht te kunnen reageren op en verbinden met de ander.

Het helpt om minder snel voor de ander te gaan invullen en voor een ander te gaan denken. Dit is enerzijds bevrijdend: je hoeft niet te doen wat niet kan, namelijk voor een ander denken. Het brengt ook ongemak met zich mee, juist omdat je moet verdragen dat je dat niet kan.

Maar het scheidt wel de voorwaarden om vanuit die persoonlijke gevoeligheid de verbinding met de ander kunnen houden en om de ander te kunnen ondersteunen bij alle dimensies van herstel, ook de spirituele of persoonlijke. Al was het maar dat we die dimensie niet meer onbewust afsluiten. Als we dat kunnen, kan ook de algemene kennis van lichaam en sociale relaties aangeboden worden, zonder dat we er iemand mee reduceren tot diagnose of rol. Pas dan kunnen we echt ‘de cliënt’ centraal stellen in al zijn of haar uniciteit.

Het zijn competenties die niet traditioneel in onze reguliere opleidingen veel aandacht krijgen. Te zweverig, te particulier, te persoonlijk. Ze passen niet goed in een kennisframe dat de nadruk legt op de algemene kennis. Vanuit een gevoel van gemis van erkenning van het individuele wordt dan van de weeromstuit het belang van die algemene kennis

nog al eens ter discussie gesteld. Maar het gaat juist om de goede verhouding tussen dat wat we algemeen weten en het unieke en individuele dat die algemene waarheid uiteindelijk ook altijd overstijgt. Een goede verhouding tussen die twee – het unieke en het algemene - is een voorwaarde voor herstelondersteunende zorg.

Het proces van zoeken naar herstelondersteuning vertoont veel parallellen met het persoonlijke proces van herstel. Bij beide zit een grens aan de mate waarin je doelgericht aan de slag kan. Je zult bij beide ruimte moeten laten voor de onverwachte wendingen en dat wat zich in het proces openbaart, dat wat tegelijk onduidelijk en tegenstrijdig kan zijn. Voor een deel moet je je laten leiden door het proces zelf om al zoekend daarin een professioneel aanbod dienstbaar te kunnen maken. De reis naar herstelondersteuning is net als van herstel, er een van zoeken en uitproberen, verfijnen en verbeteren.

Literatuur

14

- Boevink, W. (2017) *HEE! Over Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid in de psychiatrie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Boevink, W., Plooy, A., & Rooijen, S. van (2006). *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid*. Utrecht: SWP.
- Cook, J.A., Copeland, M.E., Jonikas, J.A., et al. (2012). Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using wellness recovery action planning. *Schizophrenia Bulletin*; 38(4),881-91. doi: 10.1093/schbul/sbr012. Epub 2011 Mar 14.
- Cook, J.A., Jonikas, J.A., Steigman, et al. (2013) Impact of Wellness Recovery Action Planning on Service Utilization and Need in a Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(4), 250-257.
- Deegan, P. (2006). Ik ben geen psychiatrische ziekte! Herstellen van schizofrenie. In: Boevink, W. e.a. (red.) *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen*. Passagecahier. Amsterdam: SWP.
- Dröes, J. & Plooy, A. Herstelondersteunende zorg in Nederland: vergelijking met Engelstalige literatuur. *Tijdschrift voor Rehabilitatie en Herstel* no 2, pag. 6-17
- Gestel, H. van. (2011) *Recovery is up to you, evaluation of a peer-run course*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Jonikas, J.A., Grey, D.D., Copeland, M.E., et al. (2013) Improving propensity for patient self advocacy through wellness recovery action planning: Results of a randomized controlled trial. *Community Mental Health Journal*, 49(3), 260-269. doi: 10.1007/s10597-011-9475-9. Epub 2011 Dec 14.
- Velleman, S.A. (2018). *De maatschappij en het ego*. Namen: Averbode|Erasmie Nv.
- Weeghel, J. van, Zelst, C. van, Boertien, D. & Hasson-Ohayon, I. Conceptualizations, assessments and implications of personal recovery in mental illness: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, under review.

Hoofdstuk II

Herstelondersteuning in de praktijk

Triple C: een wereld van verschil in een ZPP7 kliniek van Altrecht

Triple C (Cliënt – Coach – Competentie) is een behandelmodel waarbij ggz-professionals onder alle omstandigheden de vertrouwde en betrouwbare ander blijven die de cliënt ondersteunt in het oppakken van de alledaagse betekenisvolle activiteiten in het gewone ritme van de dag.

16



De drie C's van Triple C staan voor Cliënt, Coach en Competentie. In tegenstelling tot veel andere behandelmodellen richt Triple C zich niet op het beheersen van probleemgedrag maar op 'herstel van het gewone leven.' Begeleiders, leidinggevenden en behandelaars bouwen samen aan een onvoorwaardelijke ondersteuningsrelatie met cliënten. Op basis van die relatie nemen cliënten samen met begeleiders deel aan een betekenisvol dag-programma. Daardoor neemt hun zelfvertrouwen toe en ontwikkelen ze competenties die een behandelend effect hebben. (Bron: ASVZ)

Bij Altrecht werkt men na een driejarige pilot met Triple C op Mariënborg, Meijboom en Reijnvaan, de klinieken van de Voortgezette Klinische Behandeling. De mensen die hier verblijven hebben het zwaarst mogelijke zorgpakket.

In 2012 was de ambitie om met Triple C deze klinische omgeving fundamenteel te veranderen richting herstelondersteuning. De eerste stap was dat iedereen getraind werd in

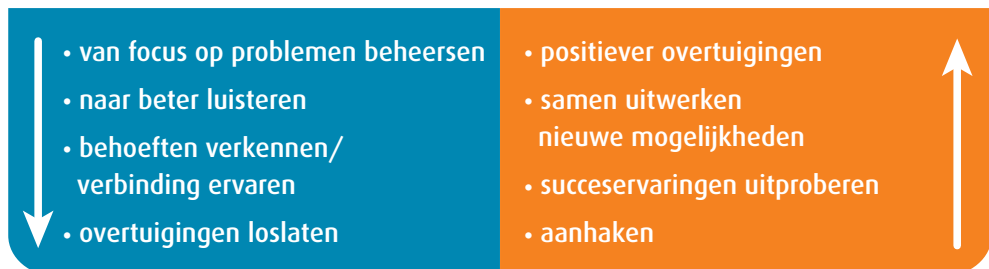
Triple C en vanuit die driehoek aan het herstel 'van het gewone leven' op de kliniek te gaan werken. Waar voorheen hopeloosheid en machteloosheid rondom moeilijk gedrag de boventoon voerde, werd met Triple C de focus verlegd naar het zoeken naar mogelijkheden om te kunnen bieden wat iemand nodig heeft voor een betekenisvolle dag.

Een cliënte die vanaf 16-jarige leeftijd was opgenomen vertelt over haar verleden waarin ze jarenlang is opgenomen, en gesepareerd, gefixeerd en vastgebonden heeft geleefd. Ze ging van plek naar plek omdat ze eigenlijk nergens goed raad wisten met haar. Op Mariënburg ging het langzaam aan steeds beter. Op een gegeven moment werd haar zelfs een eigen kamer voorgesteld. Dat idee alleen al overspoelde haar enorm: na jaren alleen maar isoleers et cetera leek een eigen kamer eigenlijk griezelig en onveilig. Maar met ondersteuning is ze eigen meubelen gaan kopen en verven. Heel soms gaat ze nog wel eens een uurtje in de separeer wanneer ze zich onrustig voelt, maar dat is in overleg.

17

Het verleggen van de focus naar het goede leven vereist een voortdurende inspanning: de cliënten blijven mensen met veel beschadiging en probleemgedrag kan altijd de kop opsteken. De verleiding om op het probleemgedrag te focussen is groot, maar inmiddels is iedereen er wel van doordrongen dat je er van kwaad tot erger mee komt. Maar hoe hou je als medewerker je focus op de mogelijkheden die het 'goede gewone' leven te bieden heeft, als de cliënt die mogelijkheden zelf ook niet ziet? Vaak genoeg gebeurt het dat medewerkers zich toch weer machteloos voelen en dan met elkaar moeten gaan zoeken naar hoe dat om te buigen.

Die beweging van machteloosheid in de zorg naar een vitale relatie kan geschetst worden in een U-bocht : je stapt niet zo maar uit je machteloosheid over naar een vitale relatie. Daarvoor moet je eerst verkennen wat je machteloosheid uitmaakt: door dat af te pellen kan je weer opbouwen naar een vitale relatie.



Otto Schramer³ heeft de theorie van de U-bocht ontwikkeld ter ondersteuning van veranderprocessen in bedrijven die zich willen richten op een vitale toekomst. Het lijkt ook bruikbaar voor het zorgproces.

Want welke methode je ook toepast, het is essentieel om telkens weer de aansluiting te zoeken bij de algemeen menselijke behoeften als veiligheid, duidelijkheid, er voor anderen zijn, respect, onafhankelijkheid, zingeving.

Kern van Triple C is misschien wel het vermogen de verbindingsmomenten te herkennen en benutten in de relatie met cliënten op momenten dat het erom spant.

Er zijn modellen die ons helpen om telkens weer die beweging te vertalen naar de dagelijkse praktijk. Deze zijn te vinden op de website van ASVZ: www.asvz.nl/specialismen/triple-c/

18

“

Methodische basis

Triple C is zo'n grote verandering, dat gaat echt niet alleen met een training. Het moet geborgd worden in de instelling van Raad van Bestuur tot schoonmaak. Je hebt hier mensen voor nodig die het helemaal snappen en doorleven om de implementatie goed handen en voeten te kunnen geven. Ons hele team is geschoold door ASVZ, de grondleggers van het Triple C model. Daar kunnen we steeds op teruggrijpen. Samen met de cliënt en familie proberen wij het verhaal van de cliënt te verstaan en te vertalen naar ons handelen om beter aan te kunnen sluiten bij de cliënt. Bij overlegmomenten pakken wij de gelamineerde kaarten van de belangrijkste plaatjes van het behandelmodel er steeds weer bij, om te voorkomen dat we vervallen in het oude patroon. Ons eigen handelen vanuit vitaliteit is vooral ook het onderwerp van gesprek: wat kunnen wij anders doen, wat staat ons zelf hierbij in de weg en wat is er nodig om ander gedrag van onszelf in te kunnen en durven zetten?

Marian de Jong, 2015, www.herstelondersteuning.nl

”

³ Geïnspireerd op Otto Scharmer.(2010). *Theorie U – Leiding vanuit de toekomst die zich aandient*. Zeist: Uitgeverij Christofoor. ISBN 978 90 60 3863 2.
<http://www.theoryu.nl/wp-content/uploads/2011/02/TheorieUsamenvatting1.pdf>

Samen dingen oppakken

Van de week stond het gras zo hoog. Niemand die het lijkt te zien. Even later komt de grote grasmaaier binnen van onze groenvoorziening die het gras weer komt maaien terwijl eigenlijk de afspraak was dat we het zelf zouden doen. Die grote maaier die maait het wel even sneller dan met onze handmaaier maar zo is het geen betekenisvolle activiteit meer geworden. Het gaat over dat soort dingen. Wat kunnen we zelf doen? Wil je niet met cliënten samen het grote grasveld maaien, maakt ook niet uit maar wat gaan we dan wel in de tuin doen? Je mag natuurlijk even zitten en je rustmomentje pakken maar als de hele dag daaruit bestaat, omdat je als begeleider en cliënt niet zo goed invulling weet te geven aan al die klussen die er eigenlijk zijn, ja dan hebben we nog wat te doen. Hoe bouw je dan aan succeservaringen waar je trots aan kunt ontleen, waarmee je je gezien en gewaardeerd weet, op een manier die voldoende vertrouwd en veilig voor je is?

Marian de Jong, www.herstelondersteuning.nl

Langs de vier ijkpunten (zie pagina 9)

Binnen deze klinische setting waar veel mensen een Rechterlijke Machtiging hebben is *eigen regie* beperkt. Maar Triple C opent een heel andere relatie met cliënten waardoor er veel meer ruimte voor eigen regie ontstaat.

De aansluiting zoeken kan je niet doen zonder *de ervaringskennis* van cliënten ernstig te nemen. Zelfhulp en de inzet van ervaringsdeskundigheid zijn nog niet ingevoegd. Dit kan in de toekomst cliënten de mogelijkheid bieden om de eigen ervaringskennis verder te ontwikkelen.

Toegang tot goede zorg is de primaire prikkel voor de keuze voor Triple C geweest. Het project is gestart vanuit de diepe wens om te zoeken naar verbetering van de zorg voor mensen die al zo lang afhankelijk zijn van zorg.

Met een focus op 'het gewone leven' komt *verbinden met de maatschappij* vanzelfsprekend meer in beeld. De setting van een kliniek vraagt erom deze verbinding actief op te zoeken. Dat gaat steeds beter, er wordt steeds meer aangesloten bij activiteiten buiten de kliniek zoals het werken in de dierenwinkel of tentoonstellingen bezoeken. Het is een uitdaging dit verder uit te breiden.

De huidige stand van zaken met betrekking tot Triple C binnen VKB (Voortgezette Klinische Behandeling) is dat het leeft als grondhouding bij de mensen die 6 jaar geleden de training zijn gestart en die er nog werken.

HIC: High Intensive Care bij GGz Breburg

De HIC is ontstaan omdat opnames door veel mensen als zeer traumatiserend worden ervaren. HIC richt zich niet alleen op de opname maar ook op het voorkomen en bekorten ervan door intensivering van de zorg aan huis. Uitgangspunt is dat je thuis herstelt. Je wordt alleen opgenomen als je in crisis bent en daarna ga je zo snel mogelijk weer naar huis en krijg je weer ambulante zorg.⁴

De werkwijze van HIC staat beschreven in een werkboek,⁵ en staat nadrukkelijk open voor verdere ontwikkeling. Daartoe hebben vrijwel alle geïntegreerde ggz-instellingen zich aangesloten bij de Stichting HIC. Via platformbijeenkomsten worden ervaringen uitgewisseld om met elkaar te leren en te ontwikkelen. Ook is een monitor HIC⁶ ontwikkeld om de praktijk te kunnen toetsen.

20

Een paar kernelementen van HIC:

- in geval van een opname gaat iemand van het ambulante team samen met de cliënt naar de kliniek;
- opname is altijd binnen 24 uur;
- nooit langer dan 18 dagen;
- de ambulante begeleider blijft betrokken; dat maakt ontslag een stuk gemakkelijker;
- een-op-eenbegeleiding in een aparte ruimte vervangt de separeer;
- familieleden of bekenden kunnen mee in de kliniek;
- er is meer tijd om te zoeken naar aansluiting bij het herstelproces; er is ook altijd een ervaringsdeskundige betrokken en een familie-ervaringsdeskundige waar aan de orde.

Bij een opname staat een aantal zaken centraal. De cliënt wordt allereerst gastvrij ontvangen. Daarna volgt een zorgafstemmingsgesprek, waarbij ook de naasten aanwezig zijn, en wordt samen met de behandelaar een behandelplan, een crisissignaleringsplan en een risicotaxatie (of je al dan niet suïcidaal bent) gemaakt.

Iedere dag verschijnt de cliënt op het digibord en wordt deze door het team besproken. Als er een crisis is kan de cliënt een-op-eenbegeleiding krijgen. Een hulpverlener blijft bij de cliënt op de eigen kamer of in een high-intensive-care-unit bestaande uit een slaapkamer en woonkamer.

Hoe ervaren medewerkers de werkwijze?

Medewerkers vinden het een fijne manier van werken. Het richt zich veel minder op de beheersing en er is veel meer ruimte om jezelf te kunnen laten zien. Medewerkers die

⁴ Zie voor een korte introductiefilm over HIC: www.youtube.com/watch?v=BwXcfuAv8f8

⁵ https://www.tijdstroom.nl/boek/werkboek-hic#.W_ZqgC3WAdV

⁶ <http://hic-psy.nl/modelgetrouwheid/>

zich in de werkwijze thuis voelen geven aan dat ze ook best vaak onzeker of bang zijn en dat het heel bevrijdend is om dat aan te geven. 'Angst' is om die reden ook opgenomen in de monitor. Om angst en onzekerheid bespreekbaar te maken heeft een verpleegkundige van GGz Breburg een training ontwikkeld 'angst bij hulpverleners' die mensen ondersteunt om met angst en onzekerheid om te gaan.

De werkwijze van het echt contact maken met mensen in crisis vraagt veel van medewerkers. Hierbij helpt onder andere scholing in de best practice 'eerste vijf minuten'.⁷ Sommigen geven aan dat het een mooie manier van werken is, maar dat het de vraag is of je dat kunt volhouden. Het is in zekere zin topsport; het vraagt een constante intensieve betrokkenheid.

Intervisie kan helpen om het team vitaal te houden, ook de teammonitor helpt hierbij. Een aantal items in de monitor gaat over de samenwerking en teams kunnen zelf aangeven welke thema's zij aandacht geven. Door wekelijks die items te meten, stimuleren mensen elkaar om ook echt iets te doen met die thema's. De ervaringsdeskundigen in het team vervullen een belangrijke rol als het gaat om vertrouwen hebben in de situatie. Zij schrikken niet zo gauw van een crisissituatie en kunnen vanuit hun eigen ervaringen hoop bieden, aan cliënten maar ook aan collegae. Dat draagt bij aan een hele andere sfeer.

21

Urgentiebesef en verandering van binnenuit

HIC vraagt om een cultuur van leiderschap en elkaar durven aanspreken. Soms helpt het om even te spiegelen vanuit het perspectief van de somatische zorg: daar kun je het je ook niet permitteren om bij een crisis niet binnen 24 uur op te nemen. Het vraagt om een besef van urgentie de zorg te veranderen en dat het je plicht is om de zorg te leveren conform gedeelde waarden. Dat urgentiebesef vraagt wel een inspanning. Een belangrijke prikkel kwam van de inspectie. Die wilde landelijk actie in het kader van 'een zieke cliënt laat je niet alleen'. Dit heeft ertoe geleid dat GGz Brebrug samen met andere instellingen en partners het HIC-model heeft ontwikkeld.

Het veranderproces moet elke afdeling, ieder team zelf doormaken. De verandering komt voor een groot deel van binnenuit. Bij de individuele medewerker en vanuit de chemie in het team. Het helpt daarbij dat het werkboek wil inspireren tot meedenken en doorontwikkelen in plaats van voorschrijven. Het goede leiderschap hierbij zit in de balans tussen ruimte voor ontwikkeling geven en aanspreken als er te weinig wordt gerealiseerd.

Langs de vier ijkpunten (zie pagina 9)

Hoewel dit bij een opname per definitie onder druk staat, kan HIC wel bijdragen om de *eigen regie* zo min mogelijk aan te tasten. Wanneer mensen bijvoorbeeld een WRAP

⁷ Welleman, R., Stringer, B., Landeweer, E., & Gijsbers van Wijk, C. (2011). *De eerste vijf minuten in de verlenging. Implementatie en borging van best practices dwangreductie (2008-2011)*. Amsterdam: GGZ inGeest.

hebben waarin zij in het crisisplan aangeven wat zij in een crisis nodig hebben, kan dit helpen om de eigen regie ook bij een opname recht te doen. Mogelijk kan dit in de toekomst nog meer versterkt worden door cliënten te betrekken bij de digibordbesprekingen. Door de inzet van de ervaringsdeskundige als lid is van het HIC-team wordt *ervaringskennis* expliciet benut.

Toegang tot goede zorg is de primaire focus van HIC: hoe kan de zorg ook in crisis bijdragen aan herstel en niet beschadigen?

Doordat HIC alleen ingezet wordt als het echt niet anders kan, de opname zo kort mogelijk is en het ambulante team betrokken blijft, wordt *de verbinding met de maatschappij* zo min mogelijk verbroken. De afstemming met het ambulante team is een belangrijke voorwaarde om de focus op de maatschappelijke rollen te behouden.



ART: Active Recovery Triad bij GGz Breburg

Het ART-model is ontwikkeld voor mensen die al lang aangewezen zijn op de langdurende zorg en wonen op de terreinen van de ggz of in de RIBW's. ART is ontstaan door na te denken over wat de zorg kan doen om ook weer beweging te krijgen in situaties waarin het herstelproces is gestagneerd. Kernelement van ART: mensen zijn nooit 'uitbehandeld'. Als we dat al dachten gaan we dat nu actief herzien.

ART is Actief

ART is niet zozeer iets nieuws maar poogt een kader te bieden om dat wat we weten weer actief en al samen lerend in te gaan zetten. ART beoogt revitalisatie van de hele driehoek (cliënt, naasten en hulpverlener), dat wil zeggen het doorbreken van de verlamming waar alle drie de partijen soms in gevangen lijken te zitten. Dat veranderproces is niet gemakkelijk. Met ART zoek je met elkaar uit wat je daarvoor nodig hebt.

ART maakt ruimte voor Herstel

Er ligt een belangrijke rol voor ervaringsdeskundigen, voor zelfhulp. De verbinding met een herstelacademie of andere zelfhulpomgeving kan mensen helpen weer te gaan zien wat ze eigenlijk voelen, ervaren, kunnen en willen. Zonder dat blijft herstel eerder iets van de instelling dan van mensen zelf. Dit is ook een voorwaarde om de bestaande verhouding tussen cliënt en hulpverlener in beweging krijgen.

ART is in de Triade

Een van de elementen die verwaarloosd waren en opnieuw om aandacht vragen is de samenwerking met naasten. Vaak zijn familie en naasten al lang geleden afgehaakt. De hulpverlening heeft weinig gedaan om hen te betrekken en te ondersteunen. Familie is bovendien nogal eens huiverig voor te veel beweging want dat brengt ook risico's met zich mee: je weet wat je hebt, niet wat je krijgt. Daarmee brengt het ook zorgen voor hen met zich mee. De hulpverlening moet echter niet langer de pretentie hebben dat zij de belangrijkste partner kunnen zijn in herstelprocessen: familie en naasten moeten altijd betrokken worden tegelijk met de cliënt. Zo ontstaat dan een actieve triade (cliënt – familie – hulpverlener) gericht op herstel. Nu is het nog niet zo gemakkelijk om familie dan wel het sociale netwerk weer te betrekken.

Voor ART is een werkboek⁸ ontwikkeld dat medewerkers helpt om de omslag te maken. Met de monitor⁹ kunnen zij de voortgang meten.

⁸ <http://art-psy.nl>

⁹ <http://art-psy.nl/art-monitor/>

“

ART is geen methode maar gaat over de context: je gaat kijken naar wat gemaakt heeft dat iemand chronisch patiënt is geworden. ART verlangt van gehospitaliseerde teams dat zij nadenken over hoe zij hun patroon kunnen doorbreken. Wat zijn onze kernwaarden ook alweer? Als je mensen in de langdurige zorg vraagt wat ze willen, hebben ze vaak geen antwoord. Dat is schokkend om te constateren. Hoe kunnen we weer contact maken met mensen die niks meer lijken te willen?

Kees van Aart, GGz Breburg, bijeenkomst Werkplaats 22 november 2016

”

Lerende houding

Organisaties moeten eigen ruimte hebben om hun eigen proces en vorm te vinden. Er liggen geen vaste recepten. Dat eigen ruimte innemen staat nogal eens onder druk. ART gaat dan ook over meer dan betere begeleiding, het gaat ook over het beter samenwerken van de instituties. Belangrijk is dat een open dialoog en een lerende houding op gang komen vanuit het besef dat de langdurende zorg beter kan en moet.

24

“

Het is met elkaar zoeken hoe je die verdieping gaat realiseren, uit te vinden wat je daarvoor nodig hebt. Met de verbinding naar een herstelacademie kan ook de weg naar buiten het terrein en het instituut gelegd worden.

Die verbinding met de zelfhulpomgeving kan goed bijdragen om (de patstelling van) de bestaande verhouding tussen cliënt en hulpverlener in beweging te krijgen doordat mensen weer gaan zien wat ze kunnen, willen. Maar ook methoden als Open Dialogue kunnen helpen om patronen te doorbreken.

Bram Berkvens, GGz Breburg, bijeenkomst Werkplaats 22 november 2016

”

Langs de vier ijkpunten (zie pagina 9)

ART is een zoekende werkwijze die alle vier de ijkpunten – in een behandelomgeving waar ze misschien alle vier wel onder een laagje stof lagen – weer tot richtsnoer te maken. Juist omdat ze zo uit beeld waren, vraagt het tijd en een lange adem.

Het ijkpunt *toegang tot goede zorg* is misschien wel het startpunt om van daaruit de andere drie ijkpunten te kunnen gaan realiseren.

De Halte van GGZ Eindhoven

In een bijeenkomst in 2014 heeft de Werkplaats aandacht besteed aan het ervaringsdeskundig gerunde respijthuis De Halte. In 2017 is de Halte om verschillende redenen opgeheven. We schetsen hier zowel de praktijk van De Halte van weleer als kort het proces van sluiting omdat het mogelijk inzichten geeft voor respijt-initiatieven waar nog steeds een grote behoefte aan is.

De Halte was een logeer- en herstelhuis gerund door ervaringsdeskundigen volgens het concept van Rose Houses (People, inc. VS <http://projectstoempower.org/>)

De halte is opgericht in 2010. Doel was om respijt te bieden aan mensen die het thuis even niet uithouden. In het begin is hard gewerkt aan het vinden en opbouwen van een cultuur waarin herstel en ervaringsdeskundigheid tot hun recht kwamen. Het was ook nog zoeken naar de verbinding met GGZ Eindhoven.

Korte beschrijving

Gasten konden maximaal twee weken tot rust komen in een huiselijke omgeving. Voorwaarden om gebruik te maken van de Halte was dat mensen vrijwillig komen, niet in crisis zijn en niet dakloos zijn. Daarnaast moesten mensen wel aanspreekbaar zijn. Hoewel er geen ander doel was dan tot rust te komen, werd er wel aan herstel gewerkt. Dat gebeurde als vanzelf omdat al meteen gevraagd werd wat mensen nodig hadden om daarna weer goed naar huis te kunnen. De ervaringsdeskundige medewerkers bieden steun, een luisterend oor, ruimte om er te mogen zijn. De gasten tekenden voor de huisregels en werkten zelf mee in het huis. Daarbij namen ze ook elkaar op sleeptouw. Wanneer het tijdens het verblijf in de Halte tot crisis zou komen, zou de crisisopvang ingeschakeld worden. Een verblijf in de Halte bleek echter erg preventief te werken.

De ervaringsdeskundige cultuur

Het duurde best even voordat er een goede ervaringsdeskundige cultuur opgebouwd was. Om de waarden van huiselijkheid en wederkerigheid vorm te geven vraagt het van mensen dat ze er ook echt willen zijn voor en met de gasten. De medewerkers moeten het leuk vinden om mee te bewegen bij wat de gasten nodig hebben, bij wat er op dat moment gebeurt.

Kernelementen:

- Het respijthuis is kleinschalig, biedt steun, warmte, liefde, gezelligheid en ruimte om te zijn zoals je bent.
- Gasten zijn geen cliënt: medicatie wordt niet verschaft, mensen zijn daar zelf verantwoordelijk voor.
- Ervaringsdeskundigen hebben een echte 'Halte-ziel', een echte 'Halte-houding'.
- Het team is heel saamhorig. De teamvergadering is zo open mogelijk, ook naar de gasten.

- Een teamovereenkomst met waarden is een centraal ijkpunt in de cultuur.
- Ervaringsdeskundigen zijn door de herkenning, het begrip en de gelijkwaardigheid niet normerend.
- Er ligt geen druk op werken aan doelen, maar alleen op het vinden van rust en balans hervinden. Dat geeft medewerkers en gasten de vrijheid om op het moment datgene te doen dat nodig is. Er hoeven geen protocollen en agenda's afgewerkt te worden.

De Halte kende een duaal leiderschap: een ervaringsdeskundige voor de inhoud, een beleidsmedewerker voor de organisatie. Het was lastig om balans te vinden tussen leiding op inhoud en op organisatie. De inhoudelijke manier van werken wijkt af van de rest van de ggz en de regels van de ggz hinderen soms ook. Om inhoudelijk stand te houden is een sterke inhoudelijke drive nodig.

Sluiting

26

Inhoudelijk is de Halte door zowel medewerkers als bezoekers als heel positief ervaren. Ook GGZ Eindhoven heeft het concept van meet af aan omarmd vanuit de overtuiging dat een alternatief voor vaak zo traumatiserende opname noodzakelijk is. Waarom is dan toch tot sluiting besloten?

Allereerst was er van meet af aan veel te doen rond de financiering.

- De Rose Houses in de VS waar de Halte op gestoeld is draaien vrijwel uitsluitend op vrijwilligers. Dat lag bij de Halte anders.
- Het was het lastig om een goede balans tussen bezetting en personeel te vinden. De Halte was een kleine voorziening met vier logeerplekken die draaiend gehouden werd door drie fulltime ervaringsdeskundigen samen met vrijwilligers. Dat is op zich al een zware financiële belasting. Bovendien waren de vier plekken niet altijd bezet en dat vergrootte de druk nog eens. En met de 3 fte was het bovendien nog steeds onmogelijk om op een verantwoorde manier 24x7 afroepbare zorg te organiseren.
- Met de overgang naar de Wmo was het een gemeentelijke voorziening voor de gemeente Eindhoven en een aantal omliggende gemeenten. De grondslag was dat elke gemeente betaalde voor verblijf van de mensen uit hun gemeente. Sommige gemeenten stemden daar van harte mee in, andere waren terughoudend en zagen de noodzaak voor een respijtplek niet in. Toen ook de gemeente Eindhoven de financiering stopte, besloot GGZ Eindhoven dat het niet langer verantwoord was om de Halte te blijven financieren.

Inhoudelijk bleef het lastig om helder te formuleren wat de Halte wel en wat het niet was. Om aan samenwerkingspartners duidelijk te maken voor wie de Halte bedoeld is en om het zo goed te kunnen positioneren is echter een scherpe definitie noodzakelijk. Is het respijt van de eigen situatie? Hoe ernstig moet die zijn? Wie beoordeelt dat en hoe? En gaat het dan alleen om rust? Of meer gestructureerd over bezinning? Wat zijn de voor-

waarden voor deelname? In de praktijk zorgde dat ook wel voor verwarring bij de samenwerkingspartners, omdat zij niet altijd wisten wie zij in welke situatie door konden verwijzen. Soms werden dan mensen doorverwezen met wie andere afdelingen geen raad wisten. Dat was dan voor het personeel van de Halte eigenlijk weer een te zware belasting. Dat riep dan weer vragen op die ook een financieel aspect hebben: hoe kan je verantwoord 24x7 zorg op afroep beschikbaar te maken?

Een ervaringsdeskundig gerund respijthuis past heel erg binnen de visie van GGZ Eindhoven en het is heel duidelijk dat er grote behoefte aan is. We constateren dat we gewoon nog geen passend antwoord hebben op de vraag hoe dit te organiseren.

Jeroen van Heel, GGZ Eindhoven, oktober 2018

27

Het besluit om te stoppen is dan ook niet lichtvaardig genomen. Er is overwogen om een doorstart te maken met een grootschaliger variant, een variant waarbij het respijtconcept in bestaande voorzieningen ingevlochten zou kunnen worden.

Daarnaast is nog overwogen om een respijthuis in te richten als een overgangsfase voor mensen die vanuit beschermd wonen, zelfstandig zouden gaan wonen. Maar ook dat bracht veel uitdagingen mee: wat als het niet lukt en iemand niet meer terug kan naar de beschermde woonvorm?

“

Ik ben drie keer gast geweest van de Halte. Alle drie de keren ging het thuis in het gezin met vier kinderen even niet meer in verband met depressiviteit maar was er geen sprake van een crisis met noodzaak voor 24x7 professionele zorg. Alle drie de keren kon ik na een paar weken met succes weer naar huis. Dat succes is vooral te danken aan de huiselijke sfeer, het kunnen praten met mensen met vergelijkbare ervaringen, de stimulans om zelf na te denken over hoe je weer goed terug kan naar huis en de dagelijkse structuur waarin je als gast meegenomen wordt: boodschappen doen, koken, opruimen. Mijn verblijf bij de Halte heeft niet alleen mij en maar ook mijn gezin drie keer ontzettend goed geholpen: zij kregen ook even lucht tijdens mijn verblijf en daarna weer een moeder die er voor hen kon zijn.

”

“

Later heb ik als vrijwilliger bij de Halte gewerkt. Het is erg mooi om vanuit je eigen ervaringen een periode aan te mogen sluiten bij het herstel van anderen. De crux van het werk is om de intuïtieve afstemming te vinden en zo anderen ruimte te bieden om weer houvast te vinden in hun eigen woonsituatie. Als er weer een respijthuis komt ga ik dit werk weer vol overtuiging doen.

Marianne van Geel, gast en vrijwilliger bij de Halte

”

De noodzaak om na te blijven denken over een alternatief voor opname als het in de thuissituatie even niet meer gaat — maar een opname eerder schaadt dan helpt — geldt nog onverkort. Het project De Halte heeft veel kennis opgeleverd die benut kan worden bij verdere ontwikkelingen van zowel respijtzorg als van het verder aanscherpen van de onderscheidende ervaringsdeskundige inzet hierbij.



GGZ Noord-Holland-Noord en de inzet van ervaringsdeskundigheid

De inzet van ervaringsdeskundigheid is al meer dan 10 jaar een speerpunt in het beleid van GGZ Noord-Holland-Noord. Uitgangspunt is dat deze inzet onmisbaar is bij de omslag naar herstelondersteunende zorg.

Er zijn ongeveer dertig ervaringsdeskundigen in dienst. Vooral in de F-ACT-teams is in 2012 gestart met de inrichting van in eerste instantie drie Herstelwerkplaatsen verspreid over de regio: Alkmaar, Hoorn, Den Helder. Belangrijke inspiratiebron zijn de peer-supportinitiatieven uit Arizona: (riinternational.com)

To create opportunities and environments that empower people to recover, to succeed in accomplishing their goals, and to reconnect to themselves, others, and to meaning and purpose in life.

29

WRAP

Om de twee pijlers voor de inzet van ervaringsdeskundigheid - methodische zelfhulp en emancipatie - stevig te kunnen neerzetten wordt WRAP (Wellness Recovery Action Plan) uitgerold binnen de organisatie. Een eigen WRAP ondersteunt de verkenning en ontwikkeling van alle dimensies – gezondheid, sociaal, persoonlijk – van herstel van welbevinden. De opleiding tot WRAP Facilitator biedt ervaringsdeskundigen handvatten om hun onderscheidende inzet vorm te geven en te blijven ontwikkelen.

De inzet van WRAP binnen een organisatie ondersteunt zowel de pijler zelfhulp als de pijler emancipatie. Ten eerste omdat de WRAP geen instrument voor cliënten is maar voor iedereen die het eigen welbevinden wil versterken. Medewerkers kunnen ook een WRAP maken en zo tevens leren waar herstel over gaat en hierover vanuit eigen ervaring en gelijkwaardigheid met cliënten in gesprek gaan. Ten tweede omdat het mensen aanmoedigt om hun eigen stem te ontwikkelen en voor zichzelf op te komen. In 2019 worden twee ervaringsdeskundigen opgeleid tot Advanced Level Facilitator (ALF) WRAP om aan de grote vraag te voldoen en een brede uitrol mogelijk te maken.

Radicale beleidswijziging 2017

Tot 2017 viel de inzet van ervaringsdeskundigen primair in de FACT-teams en voor een aantal uren binnen de herstelwerkplaatsen. In september 2017 heeft er een belangrijke verandering plaatsgevonden met Specialisten Samen in de Wijk. Er zijn nieuwe wijkgerichte teams opgericht van medewerkers uit de FACT-teams en de teams voor stoornis-specifieke behandeling. Daardoor is er een toename van 12 naar 18 ggz-teams in de wijk.

Door deze verandering en het beperkt aantal beschikbare ervaringsdeskundigen dreigde de ervaringsdeskundigheid per team 'te verwateren'. Daarnaast bleek in het verleden de inzet van ervaringsdeskundigen niet altijd voldoende tot zijn recht te komen door zowel de geïsoleerde positie van de ervaringsdeskundige als de onduidelijkheid over de positie. Er bleek een gebrek aan eenduidige visie op kwaliteit, taakinvulling en inbedding. Door de geringe inzet in de herstelwerkplaatsen kwam dit ook moeizaam tot stand. In het nieuwe beleid zijn vanaf september 2017 alle ervaringsdeskundigen volledig aangesteld binnen de herstelwerkplaatsen.

Herstelwerkplaatsen

Met de Herstelwerkplaatsen als verzamelpunt en uitvalsbasis van ervaringsdeskundigheid kon ervaringsdeskundigheid zich beter profileren binnen de organisatie.¹⁰

De herstelwerkplaatsen hebben drie functies:

- Inloop voor buurtbewoners en cliënten van GGZ-NHN:
 - mensen kunnen elkaar ontmoeten en kennismaken met het zelfhulpaanbod;
- Herstelacademie:
 - een cursusaanbod zelfhulp gericht op herstel van welbevinden: WRAP, De Weg naar Herstel, Honest Open and Proud (HOP) en meer;
 - verkenning op de rol en opleiding van ervaringsdeskundige door het volgen van voorbereidende cursussen;
- Kennisbron voor cliënten, hulpverleners, de organisatie:
 - gezamenlijke ontwikkeling naar herstelondersteunende zorg en de inzet van ervaringskennis door het geven van voorlichting, scholing en samenwerken in beleidsontwikkeling.

30

Vanuit de Herstelwerkplaatsen kan de inzet en kwaliteit van de ervaringsdeskundigen veel beter worden gecoördineerd. Met de beschikbaarheid van coaches, scholing en intervisie kunnen de ervaringsdeskundigen zichzelf ontwikkelen. Hiermee wordt toegevoerd naar een meer eenduidige inzet en gedeelde visie op die inzet. Het aanbod van familie-ervaringsdeskundigheid is expliciet onderdeel van het nieuwe beleid. Dit moet echter nog wel vormgegeven worden.

Dit beleid brengt een verschuiving met zich mee van een-op-eencontacten met cliënten naar het aanbieden van zelfhulp. Teams kunnen via de herstelwerkplaatsen voorlichting en ondersteuning aanvragen. Het is nog een uitdaging om een goede verbinding tussen de ervaringsdeskundigen en de teams te organiseren met het huidige aantal fte's ervaringsdeskundigen. Daartoe start binnenkort een project om te inventariseren welke wensen en behoeftes er leven in de teams, ambulant en klinisch en van Jeugd tot Frailty.

¹⁰ Zie ook www.ggz-nhn.nl/herstelwerkplaatsen en Boertien, D. & Harmsen, K. (2017). Herstelacademie, vrijplaats voor eigen ontwikkeling. Utrecht: Werkplaats Herstelondersteuning.

Herstelondersteunende intakes in de Herstelwerkplaatsen

Om de focus op herstel vanaf de voordeur van de zorg vorm te geven heeft GGZ-NHN een herstelondersteunende intake ontwikkeld. De cliënt heeft bij voorkeur met een naaste erbij een intakegesprek op de Herstelwerkplaats met een ervaringsdeskundige, een basispsycholoog en een regiebehandelaar. Uitgangspunt voor de herstelondersteunende intake is niet primair te kijken naar wat er mogelijk mis is, maar naar wat kan helpen om zelf weer regie over het leven te krijgen. De inbreng van de ervaringsdeskundige maakt ruimte voor het inbrengen voor de eigen ervaringen met herstel, de kracht van zelfhulp. Dit leidt er nogal eens toe dat iemand in eerste instantie kiest voor het aanbod van de Herstelwerkplaats en vooralsnog nog niet doorverwezen wordt naar de tweedelijnszorg. In andere situaties lijkt een aanbod van de eerstelijnszorg meer op z'n plaats. Met deze focus primair op herstel is tevens de wachtlijst voor de tweedelijnszorg enorm geslonken omdat veel hulpvragen gewoon niet thuis blijken te horen bij de ggz.

31

Naast de boost voor de kwaliteit van de ervaringsdeskundige inzet zal ook gewerkt worden aan verhogen van het aantal ervaringsdeskundigen. Dit gebeurt ten eerste door vanuit een nieuw aannamebeleid dat past bij de nieuwe kwaliteitseisen meer ervaringsdeskundigen aan te nemen. En ten tweede door de medewerkers die eigen of familie-ervaringskennis met ontwrichting en herstel willen gaan inzetten, met scholing te ondersteunen hierin deskundig te worden.

De ambitie is om door te groeien van de 20 fte nu naar 40 fte ervaringsdeskundige aanstellingen in 2021. Tegen die tijd – als er meer eenduidigheid in de kwaliteit is – zullen de ervaringsdeskundigen weer (deels) aangesteld worden binnen een team. De wijze waarop dit gebeurt, wordt nog verder uitgewerkt. Belangrijk is de lessen uit het verleden hierbij mee te nemen.

De kwaliteitsslag voor de inzet van ervaringsdeskundigheid is in de komende jaren één van de drie beleidskeuzes om de ambitie van het Actieplatform Herstel voor iedereen!, 30% meer herstel te realiseren.¹¹

¹¹ Zie www.herstelvooriedereen.nl

“

Voor de ervaringswerkers is deze beleidswijziging heel goed. We hebben de afgelopen tijd met elkaar gewerkt aan een gezamenlijke visie. Dat bleek hard nodig. Door het geïsoleerd werken in de teams bleken er grote verschillen in de visie op de onderscheidende inzet ontstaan te zijn. Een van de essentiële punten was of je vanuit jouw ervaringen advies geeft aan anderen of dat je iemand het zelf laat ontdekken. Theoretisch waren we daar wel snel uit: je geeft als ervaringswerker geen advies maar je faciliteert zelfhulp en emancipatie. Maar inzichten over wat een advies is – hoe het bijvoorbeeld verstoep kan zitten in de manier waarop je een groep aanstuurt – verschilden. Gesprekken hierover gaven niet alleen verdieping aan de visie op de onderscheidende inzet van de ervaringsdeskundige, maar ook zicht op de competenties die nodig zijn om kwaliteit te bieden.

Bij het werken in de teams kwam de taakinfilling vaak mee met de dynamiek in het team. Nu wordt van de ervaringswerkers gevraagd dat zij veel meer eigen regie nemen in het invullen van hun taken. Ook dat draagt eraan bij om de onderscheidende inzet van de ervaringswerker tot zijn recht te laten komen.

Dick van der Vlugt, ervaringswerker.

”

Kwintes en Presentie

Aansluiten op de ander en op wat hij of zij nodig heeft is de basis voor de presentiebenadering,¹² een veel toegepaste benadering voor herstelondersteunende zorg binnen de ggz. Kwintes werkt voor een deel volgens de presentiebenadering.

De presentiebenadering komt voort uit het pastoraal werk. Andries Baart volgde twee pastores om te leren hoe zij contact maken. Vandaaruit is de presentiebenadering opgeschreven, verbreed en doorontwikkeld tot een veel toegepaste benadering binnen de hulpverlening.

Praktijk

Kenmerk van de praktijk van presentie is dat de zorggever zich aandachtig en toegewijd op de ander betreft. Zo leert hij zien wat er bij die ander op het spel staat – van verlangens tot angst – en gaat hij begrijpen wat er in de desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden en wie hij of zij daarbij voor de ander kan zijn.

33

Competenties van de presentiewerker zijn onder andere:

- vrij kunnen zijn en openstaan voor de ander;
- aandachtige betrekking aangaan;
- aansluiten bij het bestaande;
- perspectiefwisseling kunnen bieden;
- zichzelf aan kunnen bieden;
- over geduld, tijd en toewijding beschikken.

Methodisch werken in presentie heeft onder andere de volgende kenmerken:

- De zorgverlener volgt de ander in tijd en ruimte in plaats van omgekeerd.
- Mensen worden integraal benaderd in plaats van gefragmenteerd voor verschillende hulpvragen.
- De werkers sluiten aan bij het geleefde leven in plaats van een geschematiseerd leven op grond van een diagnose of behandeling.
- Het goede van de ander in plaats van je eigen goede bedoelingen staat centraal.
- De ander is bij in ieder geval één persoon in tel (de zorgverlener): de relatie telt zwaar.

¹² www.presentie.nl/wat-is-presentie

Vertrouwen

Een dame uit Suriname wil geen medicatie tegen haar diabetes maar de bladeren die men in Suriname gebruikt. Danny (hulpverlener) heeft die wens ondersteund. Toen het resultaat toch wat achterbleef, heeft mevrouw er zelf voor gekozen om insuline te gaan gebruiken. Door dit verloop heeft mevrouw een enorm vertrouwen in Danny en is de band heel sterk.

Voortdurend balanceren

Hoe baken je af dat je als werker toch weer te snel denkt te weten wat goed is en wat nodig is om te doen. Dat wat ertoe doet, kan immers telkens verschillen of blijvend onduidelijk zijn. En hoe voorkom je dat je te veel in het leven van een ander dringt? In hoeverre laat de hulpverlener zich ook kennen als mens? Stelt deze zich gelijkwaardig op, en is deze open over zijn eigen gevoelens?

34

Kwintes hanteert een schema van negen punten waarin de competenties en praktijkenmerken zijn verwerkt om goed in contact te blijven met de hulpvraag. Deze negen punten vormen eigenlijk samen een vraag:

1	Telt het	Kan het je schelen? Mag het er zijn? Ga je er niet van weg of neem je het niet over?
2	voor jou	Is aan wie of voor wie? Laat je je binden of aanspreken? Wend je je naar de persoon in toewijding (bestemming)?
3	dat dit	Kan je het zien of horen, zoals het zich aandient?
4	hier	Treed je binnen in de leefwereld van de ander?
5	bij/aan mij	Er is een probleem, het duurt voort (het lukt niet), iemand lijdt. Je verduurt het, zit het uit.
6	almaar weer	Je krijgt er geen vat op.
7	zo gaat	Gevoel van hulpeloosheid.
8	pijn doet	Het is een probleem van de beleving.
9	en stoppen moet?	Van het moet naar we gaan ... een wens voor de toekomst.

Telt het voor jou als hulpverlener dat dit (de worsteling van de cliënt) nu almaar weer zo gaat, pijn doet en stoppen moet?

De vraag helpt om het gesprek op gang te brengen en de goede focus te houden.

Het is niet zo dat er dan geen dilemma's meer zijn. Integendeel, die worden juist heel zichtbaar. Bovendien kom je jezelf tegen. Waar vind je het moeilijk om bij de pijn van de ander te zijn, dat op een goede manier te bevragen en geen antwoord te weten? Je merkt dat alles (ook) over jezelf gaat.

Meer respect

Een vrouw met lichamelijke beperkingen en alcohol- en relatieproblemen deed bij afspraken vaak de deur niet open. Als het de begeleidster lukte om binnen te komen, hadden ze een goed gesprek, maar daarna duurde het weer maanden om binnen te komen. Schaamte voor de troep in huis speelde hierbij een grote rol. Cliënte en begeleidster hadden op den duur goed app-contact; ook over het lijden van cliënte. Toen vroeg de begeleidster haar om elkaar op kantoor te ontmoeten. Toen via app-contact voldoende vertrouwen was ontstaan konden er persoonlijke ontmoetingen plaatsvinden. Wat ook hielp om het contact te verbeteren was niet oordelen, niet terugkomen op de keren dat ze deur niet opendeed en direct tot actie overgaan als ze hulp nodig had. De begeleidster ging ook meer van zichzelf laten zien, was open over eigen emoties zoals schaamte, boosheid of verdriet. Dat maakte het contact opener en gelijkwaardiger, en er ontstond bij deze cliënte ruimte om zelf met oplossingen te komen.

Werken volgens de presentiebenadering zorgt ervoor dat de begeleidster veel ontspannener in de begeleiding is, niet zoveel bezig is met oplossingen zoeken, want er komen meer oplossingen vanuit de cliënten zelf. Ook is het respectvoller en meer een uitwisseling van twee mensen die samen iets delen en bouwen.

35

De scheiding tussen herstelbelemmering en herstelbevordering is niet altijd scherp. Te veel toewijding en betrokkenheid kan herstel belemmeren. Hoe bewaak je dat cliënten zich vrij voelen om eigen keuzes te maken waar jij als werker misschien niet achter staat of waar je gewoon je niet mee te bemoeien hebt? Presentie geeft je een methodisch houvast om in je werk jezelf te zijn en toch professioneel te kunnen handelen.

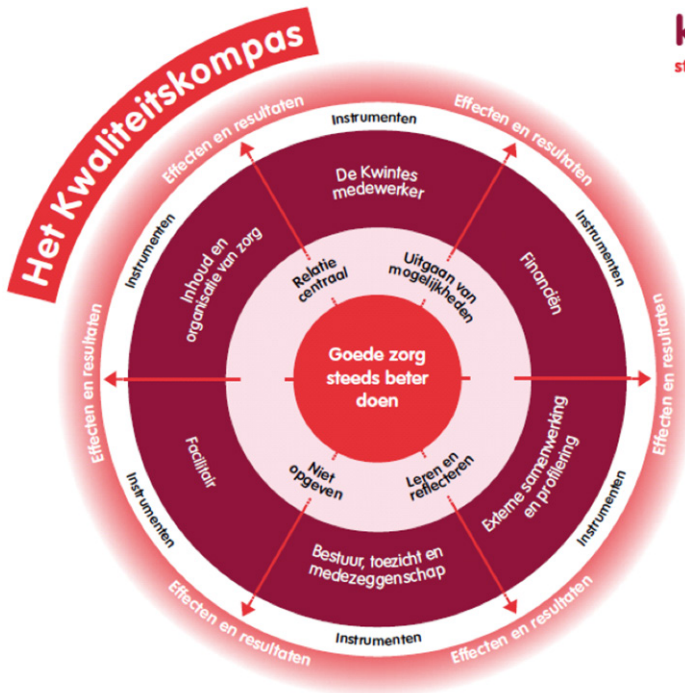
Langs de vier ijkpunten (zie pagina 9)

Bij de presentiebenadering zijn *eigen regie* en *benutten van ervaringskennis* de primaire focus. De focus op *toegang tot goede zorg* en *verbinding met de maatschappij* is minder expliciet maar beide punten kunnen door de betere aansluiting bij de hulpvraag tot hun recht komen. Vanzelfsprekend veronderstelt dat de beschikbaarheid van goede behandeling en van effectieve interventies als IPS (Individuele Plaatsing en Steun). Het onderstaande kwaliteitskompas helpt om het zicht hierop te krijgen en te houden.

Het Kwaliteitskompas van Kwintes

Kwaliteit = het goede op de juiste manier doen, MAAR HOE DAN?

Om voor de hele organisatie hier richting in te houden is het Kwaliteitskompas ontwikkeld.



36

Om de centrale stip staan vier waarden:

1. De relatie staat centraal
2. Uitgaan van de mogelijkheden
3. Niet opgeven
4. Leren en reflecteren

Deze uitgangspunten zijn geformuleerd op grond van wat herstelverhalen leerden over herstelondersteunende zorg. Ze gelden voor de relatie met cliënten maar even zo goed voor alle andere processen in de organisatie. In die zin zijn het ook algemene waarden die zich – afhankelijk van de verschillende settings – laten vertalen naar normen.

Eén training en moreel beraad

Om dit proces te ondersteunen is afscheid genomen van de verplichte trainingen (bijvoorbeeld SRH). Alle verplichte implementatietrajecten dreven medewerkers te zeer af van hun eigen betrokkenheid en verantwoordelijkheid om die waarden naar hun eigen handelen te vertalen. In het kader van zelfsturing kunnen medewerkers zelf aangeven wat zij nodig hebben. Samen met Andries Baart is een driedaagse training ontwikkeld die voor alle medewerkers beschikbaar is. De training helpt niet alleen hulpverleners in de relatie met cliënten maar ook beleidsmedewerkers in gesprek met de gemeente. Om het leren en reflecteren te ondersteunen is moreel beraad beschikbaar. Dat betekent dat medewerkers met elkaar een morele kwestie op een methodische manier bespreken met de bedoeling te komen tot gezamenlijke besluitvorming over de juiste houding in zo'n kwestie.

Bauduin, D. en Kanne, M. *Tijd voor reflectie: praktische ethiek in psychiatrie en revalidatie*. Amsterdam: SWP, 2012, p. 13.

In de praktijk van Kwintes helpt het kompas al goed om de herstelondersteuning steeds meer in de vezels van de organisatie te krijgen. Zowel op cliëntniveau als organisatie-niveau treden verschuivingen op: de waarden leiden tot keuzes voor personeel, methoden en trajecten die meer ruimte bieden aan ervaringskennis en ervaringsdeskundigen, meer banen (IPS), coachen op dilemma's, minder bureaucratische rompslomp.

Freedom First bij Lister

Freedom First is inmiddels de leus die de psychiatrische zorg in Triëst typeert: het allerbelangrijkste grondrecht van mensen is om niet opgesloten te worden. Dit moet ook gelden voor mensen in psychische nood: een mens is bovenal burger en vrijheid is te allen tijde een burgerrecht.

Dit principe heeft in Triëst vanaf 1971 vorm gekregen toen psychiater Basaglia kwam werken in het psychiatrisch ziekenhuis San Giovanni en op radicale wijze een proces van *de-institutionalisering* van de psychiatrie inzette. Een instituut is op zichzelf al een vorm van kneveling van de psychiatrische patiënt. Agressie is niet zozeer de oorzaak als wel het gevolg van opsluiting. Het proces van de-institutionalisering werd ondersteund doordat in 1978 van overheidswege de psychiatrische ziekenhuizen gesloten werden en zorg ambuland werd aangeboden.

38



De eerste fase in de de-institutionalisering vond nog binnen de muren van het instituut plaats: cliënten werden betaald voor hun diensten in het instituut en kunstprojecten werden gestart. Hier werd het Blauwe Paard geschapen dat later als symbool van de sluiting het instituut uit- en de stad ingedragen werd.

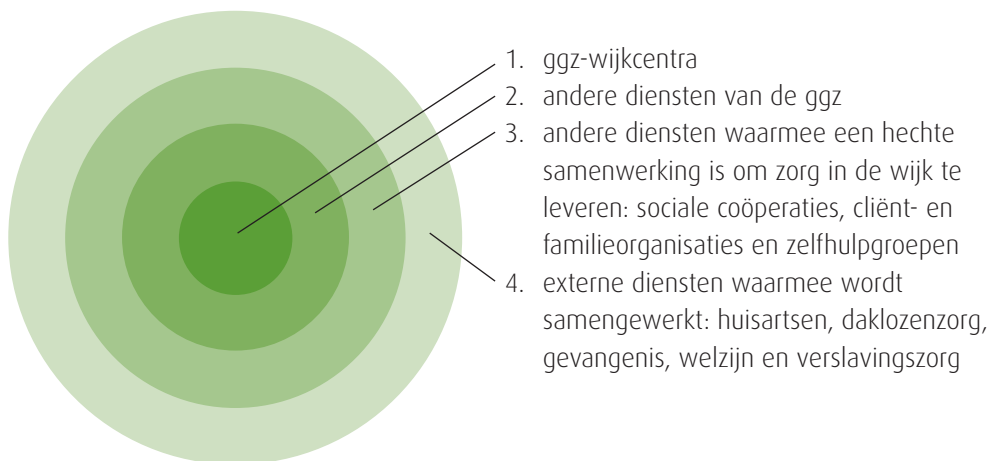
Dit proces heeft wereldwijd van meet af aan veel belangstelling gewekt omdat het in Triëst lukt om het principe levend te houden tegen alle weerbarstige dagelijkse praktijk in. Lister is in haar zoektocht naar de inrichting van herstelondersteunende zorg sterk geïnspireerd door Triëst.¹³ Illustratief hiervoor is de naamwisseling van SBWU (Stichting Beschermd Woonvormen Utrecht) naar Lister: bij de sluiting van San Giovanni werd het atelier waar de gekkenpakjes van de stof terlis werden gemaakt binnenste buiten gekeerd in Lister. In het atelier worden nu voor een loon hippe tassen, portemonnees et cetera gemaakt.

¹³ Lister heeft met partners hierover een onderzoek laten verrichten. Muusse, C. & Rooijen, S. van (2015). *Freedom First. Een onderzoek naar de ervaringen met wijkgerichte ggz-zorg in Triëst, Italië en de betekenis hiervan in Nederland*. Utrecht: Lister.

Organisatie in schillen rondom ggz-wijkcentra

Ter vervanging van het instituut heeft Triëst vier ggz-wijkcentra, 24 uur per dag open en van 8.00 uur tot 20.00 uur bemand. Als mensen het nodig hebben kunnen ze hier meerdere nachten verblijven. Er zijn per centrum zes à acht bedden.

Om ieder ggz-wijkcentrum is er een schil met andere ggz-diensten. Een derde schil betreft coöperaties waarin mensen die in zorg zijn kunnen werken, en zelfhulpgroepen. In een vierde schil bevinden zich externe partners zoals politie, daklozenzorg en verslavingszorg. Het ggz-wijkcentrum is de verbindende factor.



De belangrijkste pijlers van de zorg in Triëst

- burgerschap op grond van rechten en sociale inclusie;
- freedom first, dus niet isoleren en opsluiten.

Om deze waarden in stand te houden is een voortdurende reflectie vereist. Goede zorg gaat gepaard met autonomie voor cliënten én hulpverleners. De-institutionalisering is een kernthema voor de reflecties. Ten eerste om te voorkomen dat je toch weer vervalt tot een instituut: waar richten we toch weer een aanbod in dat mensen in een keurslijf dwingt? Ten tweede om creatieve oplossingen te vinden voor de zorgvragen omdat er geen instituten beschikbaar zijn als beschermd wonen, verblijfsafdelingen et cetera. Schaarste is in zekere zin een voorwaarde voor de integratie van mensen met een psychiatrische achtergrond in de gewone samenleving.

De ggz ziet het als haar taak de samenleving te helpen om gastvrij en inclusief te zijn voor mensen die anders uitgestoten worden vanwege hun psychische nood. Aanvankelijk is heel veel kwartiergemaakt voor 'de revolutie' waar het Blauwe Paard symbool voor staat. Dat is nu niet meer nodig: iedereen in Triëst kent de geschiedenis en de praktijk.

In de praktijk bij Lister

In 2014 zijn in samenwerking met Altrecht en Kwintes de EPA proeftuinen Lunetten en Overvecht gestart om de inclusie binnen de eigen omgeving van mensen met een ernstige psychische aandoening te vergroten.¹⁴ Geïnspireerd op Triëst is besloten dit te doen door binnen de wijk op maat ondersteuning te geven zonder gesloten deuren. Niet het systeem maar de cliënt, zijn dagelijks leven en zijn eigen regie vormen het uitgangspunt. Normalisering ontstaat door uit te gaan van de mogelijkheden in een positief pedagogisch klimaat.

Elkaar leren kennen

Vlak voor kerst wordt een vrouw overgedragen aan de proeftuin Lunetten. Het gaat niet goed met haar. We doen alle moeite om te zoeken naar een goede plek. Daarbij is het zoeken naar een balans tussen het goede voor haar doen en dat wat nodig is. We investeren heel veel in gesprekken met buurtbewoners. Dat heeft tot gevolg dat die nu niet meer in de weerstand schieten maar haar kennen en terugbrengen naar haar plek als ze in de war gesignaleerd wordt in de buurt.
Joost Coffeng, projectleider

40

De volgende bouwstenen ondersteunen het proces.

Zorghoudelijk:

- persoonsgerichte aanpak (per persoon één integrale aanpak);
- multideskundigheid en cocreatie (cliënt, naasten, hulpverleners) staan centraal;
- ervaringsdeskundigheid en zelfhulp zijn beschikbaar voor elke cliënt;
- professionele multidisciplinaire expertise is nabij en toegankelijk.

Organisatorisch:

- gespecialiseerde behandeling, begeleiding en ervaringsdeskundigheid binnen een integraal team ggz-in-de-wijk dat 24/7 ambulante zorg biedt;
- beschikbaarheid van 24/7 opvang en time-out in de wijk;
- een breed palet van aanpalende steun bestaande uit inloop, peer support, arbeidsre-integratie, activering, et cetera;
- 24/7 meldpunt, triage en gezamenlijke afstemming, financiering en monitoring met sociale wijkteams, basis ggz, eerste lijn en maatschappelijke zorg ten behoeve van op- en afschaling in de wijk.

¹⁴ De proeftuin is onderdeel van het landelijke project EPA taskforces (2015-2018). Doel is om een vernieuwende regionale samenwerking tussen ggz-behandelinstellingen, gemeenten, patiënten en Wmo gefinancierde RIBW's te bevorderen, om de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) te verbeteren.

De inrichting van een team die dit moet gaan uitvoeren gaat niet zonder slag of stoot. Voor de proeftuin is vrijheid van registratie geregeld, maar toch blijkt de regelgeving in de weg te kunnen zitten. Bovendien vinden veel medewerkers het lastig om zo open en zoekend te werken.

Langs de vier ijkpunten (zie pagina 9)

Eigen regie in de zorg is een centraal uitgangspunt waar het systeem voor moet wijken. Het is nog niet vanzelfsprekend en vraagt een constante reflectie en bereidheid van de medewerkers.

Met cocreatie ontstaat ruimte voor de *inbreng van cliënten* en de beschikbaarheid van *ervaringsdeskundigheid* ondersteunt de ontwikkeling van de ervaringskennis.

De integrale teams brengen *goede zorg dichterbij* maar het is een uitdaging om goede behandeling te integreren.

Verbinding met de maatschappij ontstaat heel concreet in contact met de wijk. Volledige de-institutionalisering vraagt nog een radicalere inzet op eigen woningen voor mensen.



De vijf B's van Lister

In 2009 heeft Lister (toen nog SBWU) het initiatief genomen om op basis van de principes van herstelondersteunende zorg een richtlijn goede zorg (2003, M Posthouwer) voor alle medewerkers op te stellen langs de vijf B's: Betrouwbaar, Betrokken, Bekwaam, Bewust, Betekenisgevend.

Doel van de vijf B's was om houvast te bieden bij het ontwikkelen en scherp houden van een herstelondersteunende basishouding. In workshops, functioneringsgesprekken en feedbackrondes is hiermee een proces van bewustwording en reflectie in gang gezet op alle niveaus van de organisatie. Na verloop van tijd werd ook duidelijk dat de begrippen nog onvoldoende houvast bieden bij lastige situaties, zowel in de zorg zelf als bij het om buigen van de organisatie. De ambitie om te de-institutionaliseren (minder gericht op in de woonvoorziening te blijven wonen) en tegelijk een bredere groep mensen in samenwerking met de andere partijen in de stad herstelondersteuning te bieden vraagt om een steviger houvast om een andere zorgpraktijk op te kunnen bouwen. Hoe maak je als organisatie zichtbaar en bespreekbaar hoe je dynamische herstelprocessen wilt ondersteunen? Waar verschilt dat van wat andere organisaties beogen?

Nadat met de vijf B's een goede start gemaakt was om herstelondersteuning binnen de organisatie vorm te geven, bleken ze in de samenwerking met andere partijen onvoldoende basis te bieden voor een goede onderlinge afstemming die het herstelproces van de individuele klant kon ondersteunen. Gemeente en ggz hanteren bijvoorbeeld verschillende uitkomstmaten. De vraag is hoe beide partijen hun eigen aanbod vanuit hun eigen visie op elkaar kunnen laten aansluiten, zodanig dat ze een samenhangend dynamisch herstelproces van de klant kunnen ondersteunen.

Vertrouwen en
Betrouwbaarheid



Vrijheid en
Autonomie

Aandacht en
Betrokkenheid

Gelijkwaardigheid
en Wederkerigheid

In die zoektocht is in 2017 de tweede richtlijn goede zorg geschreven waarin de vijf B's verder ontwikkeld zijn tot vier centrale waarden:

1. vrijheid en autonomie
2. gelijkwaardigheid en wederkerigheid
3. aandacht en betrokkenheid
4. vertrouwen en betrouwbaarheid

Om deze waarden te kunnen vertalen naar de dagelijkse praktijk is een reorganisatie op inhoudelijke gronden ingezet. Dit betekende dat het hele functiehuis en het opleidingsaanbod op de schop gingen.

De functie van persoonlijk begeleider wordt geleidelijk vervangen deels door de functie van woonondersteuner en deels door de functie van herstelcoach. Die functie was zwaarder omdat de herstelcoach veel meer dan de begeleider aandacht moet hebben voor verbinding met de maatschappij. Het motto is niet langer dat mensen tot in lengte van dagen bij Lister kunnen blijven wonen. Verblijf is vanuit een visie op dynamische herstelprocessen tijdelijk. Daartoe moet de herstelcoach ook goed afstemmen met de woonondersteuners en hen betrekken in het proces van herstel. Ook de woonondersteuners kregen een ander functieprofiel.

Om de medewerkers te ondersteunen om zich te ontwikkelen in hun nieuwe functieprofiel biedt de Lister Academie een breed cursusaanbod aan de hand van de vier waarden. De herstelcoaches bouwen in hun ontwikkeltraject een eigen portfolio op. Een keuze uit de vier post-hbo-trajecten maakt hier onderdeel van uit. De Lister Academie werkt hierin samen met hogescholen HU (Hogeschool Utrecht), RINO Groep (post hbo bemoeizorg en SPV opleiding) en Windesheim (post hbo agogisch werk) en is lid van het Leo Kannerhuis consortium (ASS specialist).

Voor elk van deze vier post-hbo-trajecten zijn daarnaast ggz-specialisten beschikbaar. Zij bieden achtergrondkennis die helpt om met inzicht te kunnen reflecteren.

Het cursusaanbod voor de woonondersteuners is gericht op de verbinding met het concept van herstel en ontwikkeling. Het huis op orde is niet alleen een doel op zich, maar wordt verbonden met het bredere proces van herstel en inclusie. Een belangrijke pijler voor de medewerkers is dat zij begrip hebben van het belang van zelfhulp waarmee klanten eigen herstel kunnen vormgeven. Op die manier ontstaat een open verbinding met Enik en dragen klanten steeds meer bij aan de vertaling van de vier waarden naar de praktijk.

Met dit nieuwe functieprofiel en de bijbehorende scholing krijgen de medewerkers vertrouwen om hun eigen professionele ruimte in te nemen en zich ook in de samenwerking met andere organisaties onderscheidend te kunnen inzetten. Om telkens opnieuw de balans binnen de vier waarden te kunnen vinden en zo de juiste houding en toon voor de herstelondersteuning te vinden.

Het vraagt veel tijd om dit alles tot een staande zorgpraktijk te ontwikkelen. Niet alle medewerkers hebben kunnen aansluiten bij de nieuwe inrichting van de organisatie. Zij hebben de organisatie verlaten om elders te gaan werken. Voor de huidige medewerkers is het nog vaak een zoektocht om het constant reflecteren op de vier waarden in hun werk vorm te geven. Het vraagt van de herstelcoaches, ggz-specialisten en woonondersteuners dat zij telkens weer met elkaar en met de klant op het proces van herstel afstemmen.

Interview met Gerard (bewoner) en Parinaz (herstelcoach)

Gerard heeft veel ervaring met psychoses. Voor herstel is het cruciaal om te kunnen zoeken naar een goede balans van medicatie. Helaas is een open gesprek hierover binnen de psychiatrie niet vanzelfsprekend. Op het moment dat je wat anders wilt dan de psychiater – met name als het gaat om medicatie – is het moeilijk om openlijk en gelijkwaardig over het verschil van mening in gesprek te komen en de ruimte voor je eigen pad te vinden. Er kruipt dan een discriminerende ongelijkwaardigheid in die het gevoel van eigenwaarde – en dus ook herstel, zelfrealisatie – enorm ondermijnt. Het feit dat het ook nog steeds niet vanzelfsprekend is om over de inhoud van de psychose te spreken versterkt dat.

Gerard: ‘In de relatie met Parinaz is dat anders. Beiden nemen we de vrijheid om onze mening te geven en daarbij een conflict niet uit de weg gaan.’ Parinaz: ‘Een conflict helpt altijd een stap verder in de zoektocht om de vrijheid te vinden om in beweging te kunnen komen. Dat kan je ook als het slecht gaat met iemand. De uitdaging is om samen de verantwoordelijkheid te nemen om samen te vallen en samen op te staan. Dat vraagt wel dat andere betrokkenen er op dezelfde manier in staan. Dat is nog niet altijd het geval. Mensen vermijden uit angst eerder een conflict (en dus verantwoordelijkheid) dan het aan te gaan en dat ondermijnt de herstelondersteunende relatie.

Onze wens voor de toekomst is dat iedereen vanuit de waarden van herstel werkelijk verantwoordelijkheid neemt voor dit open en zoekende proces. Het geeft niet alleen cliënten en bewoners maar ook de medewerkers vrijheid om in beweging te komen.’

Langs de vier ijkpunten (zie pagina 9)

Het ingrijpende proces van reorganisatie was erop gericht om vanuit het ijkpunt *verbinding met de maatschappij* een omkering aan te brengen in het zorgproces van de geleidelijke exclusie van voorheen naar een herstelondersteunende zorg gericht op actieve inclusie. Het ging gepaard met het openbreken van de organisatie op alle niveaus. Zo’n proces vraagt om aansluiting bij de *ervaringskennis* van klanten en de mogelijkheid voor klanten om die eigen kennis te ontplooien. Ook vraagt het om een goede afstemming met de behandeling die ook ten dienste staat van de inclusie. Maar de motor achter de hele beweging was toch wel de verbinding met de maatschappij. Daarin kwamen de andere ijkpunten als vanzelf mee.

De praktijk in Triëst is een belangrijke bron van inspiratie om binnen alle bedrijfsprocessen de focus blijvend te houden op die *verbinding met de maatschappij*.

MET ggz en Wijkgericht Werken

Het project *wijkgericht werken* vormde van 2010 tot 2013 een belangrijke stap op weg naar meer herstelondersteunende zorg in verbinding met de samenleving.

Doel van het project was het realiseren van een maatschappelijk steunsysteem (MSS), waarin de cliënten van MET ggz (voorheen Mensana) op maat kunnen participeren en waarbij sprake is van een inkluderend beleid met zowel organisaties als de buurt.

Het project bestond uit vier soorten activiteiten, de 'bouwstenen':

- Medewerkers leggen en onderhouden laagdrempelig contact met de cliënten (via huisbezoeken).
- Een kwartiermaker en ervaringsdeskundige brengen cliënten bijeen in een bouwgroep: daarin kunnen zij verkennen waar de 'werkelijke' vraag ligt, wat zij zouden willen.
- Medewerkers organiseren en creëren participatiemogelijkheden vanuit een laagdrempelige en veilige ontmoetingsruimte (de 'springplank').
- Medewerkers leggen contact met de wijk en medewerkers van organisaties en voorzieningen, die een bijdrage leveren aan het persoonlijke steunsysteem met een afgestemd aanbod van voorzieningen, informatie en advies.

45

In Resto van Harte (een samenwerkingsverband met de gemeente) ontmoeten cliënten van Met ggz elkaar en anderen. Er hangt geen bordje 'MET ggz' op de deur en het is open voor iedereen. Het was aanvankelijk wennen voor cliënten om naar een 'gewone' plek te gaan. Inmiddels zijn de aanwezigen er kind aan huis en ontstaan er vriendschappen. Vanuit de 'bouwgroepen' zijn verschillende activiteiten ontstaan die na eerste ondersteuning vanuit MET ggz vaak op eigen kracht doorgaan en waaruit zich ook weer nieuwe activiteiten ontwikkelen.

Inge Hagemans, projectleider

Het was wennen voor de medewerkers om vanuit de organisatie naar buiten te bewegen. Het vraagt een omslag in denken om in plaats van naar de beperkingen te kijken naar wat mensen eigenlijk zouden willen, naar wat ze kunnen. En hoe ga je verbinding leggen los van je achtergrond in de psychiatrie? Door te inventariseren wat cliënten willen en daar de aandacht op te richten ontstond er een andere dynamiek. Doordat de activiteiten geen indicatie vanuit MET ggz vereisen en iedereen kosteloos kan deelnemen, kwam de verbinding met de buurt op gang. Ook de samenwerking met andere organisaties wordt versterkt omdat je nu samen in projecten zit.

Verandering vraagt een lange adem, maar op den duur krijgen mensen meer een gezicht dan dat van cliënt van de RIBW. Dit is de beste manier van stigmareductie.

Deelname aan de activiteiten is nu 60% cliënten en 40% buurtbewoners. Signaleren van het verschil onderstreept nog te veel de identiteit van cliënt. Dat moet op den duur vervallen doordat stereotiepe beelden verdwijnen en doordat we andere taal hanteren.

Gert Jongetjes, ervaringsdeskundig beleidsmedewerker

Wat zijn de vervolgonwikkelingen?

Op basis van de ervaringen in het project wijkgericht werken is de structuur van de organisatie ingericht op het wijkgericht werken. Kern daarvan zijn de zelforganiserende wijkteams met in elk wijkteam een sterrolhouder wijkgericht werken en communicatie. De sterrolhouder heeft tot taak om te zorgen dat

- het proces van het wijkgericht werken van het team goed verloopt: goede aansluiting met de verantwoordelijke manager, de ondersteunende diensten en de stakeholders in de wijk;
- de kwaliteit van het wijkgericht werken van het team hoog blijft door het agenderen van de visie, de prestatie-indicatoren, feedback en de interne en externe communicatie;
- suggesties en ideeën voor verbetering worden aangedragen.

Met een aantal 'prestatie-indicatoren' bij de hand kan de sterrolhouder in de gaten houden of het team de participatie en het welzijn van de cliënten bevordert en of het team en de cliënten zijn verbonden met de wijk. Hulpmiddelen zijn hierbij onder andere de participatieladder om participatiedoelen te kunnen stellen en communicatiemateriaal om op de hoogte te zijn van alle activiteiten en mogelijkheden. Bij alles staat de wens van de cliënt centraal.

Josephine van Els – begeleider, en sterrolhouder wijkgericht werken en communicatie bij MET ggz is 10 uur per week vertegenwoordigd in twee gemeentelijke wijkteams van Venray. Zij vertelt over hun werkwijze.

Werkwijze

Op de vaste overlegmomenten komen de wijkrechercheur, de wijkagent, wijkverpleegkundige, de buitengewoon opsporingsambtenaar, een vertegenwoordiger van het maatschappelijk werk, van de woningstichting en van MEE bij elkaar. Hier worden meldingen van burgers en instanties – van hondendoep tot psychiatrische problematiek – besproken en wordt bepaald wie er wat mee gaat of gaan doen. Met een maandelijks koffietent in de wijk kunnen bewoners meer inzicht krijgen in de sociale kaart, worden wensen en problemen geïnventariseerd, en wordt eventueel voorlichting gegeven over gedrag dat mensen niet begrijpen. Met straatinterviews gebeurt dit per bewoner.

Grote winst is dat de samenwerkingslijnen heel kort zijn. En geleidelijk merk je dat je door die samenwerking meer uitwisseling van gezichtspunten krijgt die kan leiden tot een nieuwe benadering.

Voorbeeld

Een jong echtpaar met negen katten veroorzaakte veel overlast. Ze hadden vroeger veel hulp maar willen dat niet meer. De woningstichting wil in eerste instantie toch inzetten op psychiatrische hulp en de uitbreiding van de huishoudelijke hulp. Maar ze weten ook dat dit op weerstand zal stuiten. Op het voorstel van Josephine zal de woningstichting nu actiever de voorwaarden voor goede bewoning gaan handhaven.

Voorbeeld

Op een burendag in een wijk waar twaalf mensen beschermd wonen hebben de bewoners – in plaats van alleen koffiedrinken – hun diensten aangeboden: het aannemen van pakketjes, uitlaten van de honden, boodschappen doen. Zo ontstaat er meer sociale samenhang en begrip van en voor elkaar.

Het blijft een uitdaging om de werkelijk kwetsbare burger met psychiatrische problematiek te bereiken. En voor het vinden van dat wat er werkelijk voor iemand toe doet kan een te sterke focus op participatie ook een valkuil zijn. Om mensen meer gelegenheid te bieden hun eigen ontwikkeling, wensen en mogelijkheden te verkennen wordt met de ervaringsdeskundigen van MET ggz gekeken naar mogelijkheden om methodische zelfhulp – WRAP, Herstellen doe je Zelf et cetera – aan te kunnen gaan bieden.

In de proeftuin Nieuwe GGz in Roermond (2017-2018) wordt gewerkt aan nieuwe manieren om bij te dragen aan de psychische gezondheid van de wijk. Hoe kan samenhang ontstaan tussen diverse professionals in de wijk? Hoe kan er een systeem ontstaan dat meer mogelijkheden faciliteert om aan gezondheid te werken? Hoe kan er nieuwe taal ontstaan zodat psychisch lijden niet automatisch een ziekte of stoornis wordt? Hoe kan ICT een bijdrage leveren aan de gezondheid in de wijk? Welke bekostiging en verantwoording faciliteert nieuwe samenwerkingsvormen in de wijk? Om deze vragen te beantwoorden zijn verschillende betrokkenen op verschillende niveaus aan de slag gegaan. Centraal staat het interactief proces met wijkbewoners.

“

48

Bij de proeftuin zijn veertien partijen betrokken. We zijn met een kerngroep van vier partijen gestart met het opstellen van een plan. Dat verliep echter moeizaam. Het is vanuit de systeemwereld geredeneerd een ingewikkeld vraagstuk. Bovendien is het een uitdaging om historie, cultuur, doelstellingen, belangen en jargon tussen instellingen te overbruggen. Toen is besloten om met twee A4'tjes met een intentie samen te starten. Dat gaf in het begin door alle verschillende perspectieven heel veel verwarring en dat was heel helpend. Want door telkens terug te gaan naar de vraag 'wat hebben mensen met hulpvragen nou echt nodig?' gingen we langzaam onze eigen regels en interpretaties loslaten en ontstond er ruimte om elkaar te gaan begrijpen, te vertrouwen en ruimte voor creativiteit.

We zijn wel gaan zien dat we vanuit de ggz vaak niet gezien hebben wat er allemaal nog meer speelt in het leven van mensen. Die andere perspectieven zijn onmisbaar om de blinde vlekken in de zorg te gaan zien en de aandacht te geven die het verdient. Denk aan de rol die financiële problemen spelen bij het ontstaan van stemmingsklachten. Is het wel logisch om stemmingsklachten te behandelen als iemand niet weet of er morgen wel eten is? Hierbij bleek betrokkenheid van een opbouwwerker ontzettend belangrijk. Die heeft gezorgd voor verbindingen met wijkinitiatieven en informele steunstructuren.

De werkwijze is dat naast een wekelijkse bijeenkomst om elkaar te leren kennen aan de hand van de ingebrachte vragen en ideeën, we elkaar benaderen om op anoniem niveau mee te denken in casuïstiek. We willen samen leren hoe we de kijk op gezondheid van Machteld Huber kunnen vertalen naar de praktijk. Vaak gebeurt dat aan de hand van concrete vragen die ook weer leiden tot heel concrete samenwerking en onverwachte oplossingen. Dit heeft al geleid tot een operationeel gezondheidsnetwerk. Verder staan de thema's preventie, zelfhulp en ICT op de agenda.

Martijn Koopmans, stafmedewerker zorgontwikkeling bij MET ggz

”

Een vrouw was in zorg bij diverse organisaties maar toch verpieterde ze. Signalen over de toestand kwamen niet op de goede plek; er was geen gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de gezondheid van deze mevrouw. Een maatschappelijk werker bracht haar zorgen in bij het gezondheidsnetwerk. Dirk Corstens – psychiater – is daarop een keer mee op huisbezoek gegaan. Hij beoordeelde de situatie als zeer ernstig en mevrouw is uiteindelijk met een RM opgenomen. Anders was ze waarschijnlijk overleden.

Psychiater Dirk Corstens en ervaringswerker Angelique Bomers hebben inmiddels korte lijnen met huisartsen en POH-GGZ'en. Er is maandelijks afstemming over gezamenlijke cliënten. Er is ruimte om met POH-GGZ'en op huisbezoek te gaan, cliënten in de huisartsenpraktijk te spreken en snel met zorgvragen aan de slag te gaan. Vergeleken met de oude werkwijze (verwijzing, intake, diagnose, behandeling) is zo veel meer maatwerk mogelijk. Er is vanuit huisartsen opvallend veel behoefte aan samenwerking met ervaringswerkers. Door een andere manier van luisteren en door andere suggesties in te brengen ontstaat er ruimte voor andere keuzes en simpele en pragmatische oplossingen. Een aantal gesprekken met een ervaringswerker blijkt heel helpend en een verdere verwijzing naar de ggz blijkt niet altijd nodig.

49

De crux van het verhaal blijkt telkens weer om niet meer te denken in gescheiden verantwoordelijkheden maar gezamenlijk verantwoordelijk te zijn. Daarnaast is het ongehooflijk belangrijk dat we de regels ondergeschikt maken aan de vraag van de mensen. Dat betekent telkens weer zoeken en bij de kernvraag blijven.

Voor een duurzame toekomst zullen we na moeten denken over een vorm van bekostiging die deze flexibele inzet vanuit alle organisaties ondersteunt. Ook de verslaglegging zal daarop aangepast moeten worden. We gaan PsyNet gebruiken voor alle communicatie en afstemming in één dossier dat de cliënt beheert. Dat is meteen een goede stap naar een gelijkwaardigere samenwerking met de cliënt. Ook willen we het aanbod van zelfhulp structureel beschikbaar maken. Dat is nu nog onvoldoende het geval. Dit samenwerkingsverband inspireert om deze toekomstplannen vorm te gaan geven.

Langs de vier ijkpunten (zie pagina 9)

Het project wijkgericht werken heeft *verbinding met de maatschappij* als belangrijkste aandachtspunt. Om dit te realiseren vragen de ijkpunten *eigen regie* in de zorg en het *benutten van ervaringskennis* automatisch aandacht om ervoor te zorgen dat 'de wens van de cliënt' inderdaad centraal staat. Ook dit project laat zien hoezeer de ijkpunten in voortdurende wisselwerking staan met elkaar.



Peer-supported Open Dialogue bij Altrecht, GGzE, Lister, MET ggz

In 2017 zijn Altrecht, GGZ Eindhoven, Lister en MET ggz gestart met een pilot Peer-supported Open Dialogue (POD). Dit is een vorm van de methode Open Dialogue waaraan structureel peer-support is toegevoegd.

Aanleiding

In de zoektocht naar herstelondersteunende werkwijzen bekeken we de documentaire *Open Dialogue* van Daniel Mackler waarin een inkijk wordt gegeven in de Open Dialogue-praktijk in Tornio, West-Lapland in Finland

Open Dialogue is ontwikkeld in de jaren tachtig vanuit het ideaal om met de principes van familietherapie en psychotherapie de zorg voor mensen met langdurende psychische ontwrichting te verbeteren. In die ontwikkeling kwamen zeven principes boven drijven:

Open Dialogue

1. Onmiddellijke hulp: binnen 24 uur
2. Sociaal netwerk: vanaf de eerste bijeenkomst erbij betrekken
3. Flexibiliteit en mobiliteit: duur, plaats en inhoud van behandeling naar behoefte
4. Verantwoordelijkheid: behandelaar met het eerste contact blijft verantwoordelijk voor vervolg
5. Psychologische continuïteit: zelfde team ongeacht plaats en tijd
6. Tolerantie voor onzekerheid/niet-weten: ruimte om betekenis op te laten komen
7. Dialogisme en polyfonie: het bevorderen van dialoog tussen alle verschillende perspectieven staat voorop

Netwerk

Wanneer iemand hulp zoekt wordt zo snel mogelijk een netwerkbijeenkomst gepland. Degene die hulp zoekt wordt uitgenodigd om iedereen die zou kunnen helpen te vragen om aan te sluiten bij het gesprek. Dat kan gaan om familie, al eerder betrokken hulpverleners, vrienden, een leraar, een collega enzovoort. In de loop van de gesprekken kan de samenstelling van dat netwerk veranderen al naar gelang de behoefte van de cliënt. De keuze is aan degene die de hulp vraagt.

Reflecties

Kenmerkend voor de open dialoog in de netwerkgesprekken is de inbreng van reflecties van de hulpverleners. In het netwerkgesprek zijn altijd twee POD'ers aanwezig. Zij stellen open vragen die de leden van het netwerk stimuleren om woorden te vinden voor hun gevoelens, ervaringen en wensen. Deze uitwisseling roept bij de POD'ers emoties, ideeën over wat mogelijk helpend kan zijn, hun twijfel, zorg, enzovoort op. Dit kunnen zij direct in het netwerk naar voren brengen. Maar zij kunnen ook de behoefte voelen dit eerst samen te delen. Dat doen ze dan ter plekke in het netwerk en de leden van het netwerk kunnen luisteren en erop reageren.

Polyfonie en dialoog

De leden van het netwerk worden aangesproken op hun eigen deskundigheid: wat vinden jullie?

Daarbij is het streven niet om zo snel mogelijk tot een diagnose, gedeeld voorstel of oplossing te komen. Zo ontstaat er ruimte om alle verschillende perspectieven op te laten komen, nieuwe ideeën te laten ontstaan. De POD'ers worden gelijkwaardige en toegankelijke gesprekspartners die hun menselijke kant laten kennen en zoeken naar hoe hun deskundigheid ten dienste kan komen van het netwerk. Zij zoeken niet naar de juiste diagnose maar samen met het netwerk naar dat wat het meest passend is. Wanneer er een bepaalde behandeling boven komt drijven, kan die parallel aan de netwerkgesprekken uitgevoerd worden. Dat kan betekenen dat er een tijdje geen of veel minder frequent netwerkbijeenkomsten gepland worden.

52

Nothing about me without me

Buiten de netwerkgesprekken spreken de hulpverleners niet over de cliënt en zijn netwerk. Alle vervolgstappen worden besproken en besloten binnen de netwerkgesprekken. Dit kan ook een individuele interventie zijn die buiten het netwerk plaatsvindt – bijvoorbeeld psychotherapie of IPS.

Dit is voor zowel hulpverleners als cliënten en naasten in het begin onwennig. Cliënten en naasten zeggen de eerste keer nogal eens dat ze wel even weg zullen gaan. Hulpverleners moeten na een bijeenkomst vaak op hun tong bijten om niet nog even na te praten, een zorg te uiten. Op den duur ontstaat er een samenwerking die alle leden van het netwerk vertrouwen en ruimte geeft voor hun eigen stem, verschillende opvattingen, tegenstrijdige wensen enzovoort.

De start van Peer-supported Open Dialogue in Nederland

Op zoek naar een goede opleiding in het werken met Open Dialogue kwam de opleiding Peer-supported Open Dialogue naar voren. Deze opleiding die wordt aangeboden binnen de National Health Service (NHS) in Londen, is korter dan de driejarige opleiding in Finland. Bovendien is er mindfulness aan toegevoegd en nemen peers, ervaringsdeskundigen, expliciet deel aan het team. Mindfulness is toegevoegd om het vermogen te ontwikkelen het eigen ongemak te kunnen verdragen en om beter te kunnen luisteren. Peer support is toegevoegd om binnen de netwerkgesprekken te kunnen verbinden met de ervaringen van ontwrichting en behandeling in de psychiatrie. Deelnemers aan de opleiding schrijven zich in als team met in ieder geval een psychiater en een ervaringsdeskundige. De opleiding wordt aangeboden in vier interne scholingsweken verspreid over een jaar. Tussen deze weken door zijn er lees- en schrijfp opdrachten en oefenen de deelnemers in de praktijk met de netwerkgesprekken. De opleiding is geaccrediteerd door de London Southbank University.

De eerste ervaringen in Nederland

Altrecht en Lister zijn met twee gecombineerde pilots gestart: een binnen ABC, de zorg voor jongeren met een psychose en een in het gebiedsgericht werken in Houten. MET ggz is gestart vanuit een Intensive Home Treatment (IHT)-team, GGZ Eindhoven vanuit F-ACT. De eerste ervaringen in 2017 waren dermate positief dat de instellingen ook in 2018 weer een aantal mensen laten opleiden.

In alle pilots constateren de hulpverleners dat het werken met POD wezenlijk anders is dan de reguliere manier van werken, dat het razend moeilijk is om te doen maar dat het klopt.

Dat het zo moeilijk is hangt deels samen met organisatorische aspecten: het is niet gemakkelijk om binnen het huidige systeem bij een crisis binnen 24 uur een netwerkbijeenkomst te arrangeren. Het huidige systeem heeft niet vanzelfsprekend de ruimte om bij het begin van een traject zo lang en vaak als nodig met twee POD'ers netwerkgesprekken te houden. De gangbare vereiste van vooraf opgestelde behandeldoelen verhoudt zich niet goed tot een lange zoekende start om tot de juiste behandeling te komen.

Voor hulpverleners is het vooral moeilijk omdat je de cliënt veel radicaler centraal laat staan. Je voegt pas wat toe als de cliënt zelf ervaart dat je wat toevoegt.

Om daarover in gesprek te komen moet je je openstellen voor wat er werkelijk toe doet voor iemand. En iemand kan daar pas zoekend en gaandeweg woorden voor vinden als hij of zij ruimte voelt om zonder oordeel werkelijk gehoord te voelen. En als je werkelijk luistert naar wat er voor iemand speelt, zul je geraakt worden. Dat gaat gepaard met emoties, onzekerheid en verwarring waarover je dan niet buiten de bijeenkomst met je collega kan spreken. *Nothing about me without me.*

Je kan je emoties, verwarring, ideeën alleen ter plekke laten weten, ofwel direct of indirect in een reflectie met je collega. Tegelijk heb je wel de verplichting om te zoeken naar dat wat voor de ander van betekenis kan zijn. Met het risico dat je het bij het verkeerde eind hebt. Maar ook dat kan juist de cliënt en zijn netwerk helpen om zelf een weg te vinden die klopt. Het gaat er niet om dat je zo maar wat meebeweegt. Hoe stel je de goede vragen? Durf je ook de verkeerde vragen te stellen? Kun je leven met het feit dat je er nu nog niet uitkomt? Kun je er mee leven dat wat jij denkt er nu niet zo erg toe blijkt te doen? En hoe zorg je ervoor dat je leert voelen waar de grens van het verdragen van onzekerheid en een onverantwoord risico ligt?

In de praktijk betekent dit alles dat er in eerste instantie (nog) geen ruimte is voor de standaardbehandelingen. Vaak blijkt het met elkaar zoeken een wezenlijk onderdeel van de behandeling, waarbij een beoogde standaardbehandeling ofwel afvalt ofwel pas later in een vruchtbare bodem valt. Pas in de polyfonie en dialoog kunnen de twee werelden van het individueel ervaren leed en de professionele expertise elkaar vinden in een verbinding die er werkelijk toe doet.

54

“

Een van de netwerken geeft aan dat het eerder niet lukte om bij het gevoel te komen en dit uit te spreken en dat de POD-gesprekken hier een doorbraak in hebben betekend.

De rol van de hulpverlener is anders, wordt anders ervaren, er is meer sprake van een gelijkwaardige basis, een open, niet-oordelende houding. Er wordt gezamenlijk besloten wat de volgende stap is. Dat zorgt ervoor dat de cliënt en het netwerk veel meer veiligheid voelen te zeggen wat er daadwerkelijk speelt en hoe gedacht wordt over zaken. In het begin is het voor iedereen wennen, maar dat maakt veelal plaats voor een gevoel van opluchting dat het ‘eindelijk’ anders gaat en dat er zoveel ruimte is voor eigen inbreng. Het voelt voor velen dan toch heel natuurlijk aan.

Joyce Bierbooms (2018). *Peer-supported Open Dialogue in Nederland, evaluatie van het eerste jaar POD in 4 GGZ organisaties*. Eindhoven: GGZ Eindhoven en de Kempen.

”

Deze manier van werken gaat dus in eerste instantie gepaard met onzekerheid voor zowel cliënten en het netwerk als voor hulpverleners: geen direct plan en geen directe oplossing maar het vertrouwen dat we er in de komende tijd uitkomen.

Om dit proces goed te kunnen faciliteren moeten POD-werkers competenties blijven ontwikkelen om met name de twee inhoudelijke principes goed vorm te geven. Het vraagt om een persoonlijke verdieping om steeds beter te kunnen luisteren en de open maar

verdiepende vragen te stellen. Het vraagt ook om teamontwikkeling om als collegae elkaar te vertrouwen in de open reflecties, waarin je van elkaar van mening kan verschillen en waarin je elkaar ook kan bevragen.

Een sterk POD-team staat dan ook met een stevige inhoudelijk intervisie en veel ruimte voor deskundigheidsbevordering.

Maar ondanks – of misschien juist dankzij al die onzekerheid ervaren de medewerkers in de pilots dat POD klopt, omdat het hen helpt te doen waar de zorg voor bedoeld is: van betekenis te zijn zodat de ander daar wat aan heeft.

Ervaringen van een familie met POD

Wim en Monique hebben nu een jaar ervaring met POD-netwerkgesprekken. Wim heeft al meer dan 10 jaar veel last van paniekaanvallen. Zeer intensief contact met de ggz – ‘10 jaar soms dagelijks naar de ggz rennen’ – en telkens wisselende medicatie leverden weinig op. Deze situatie is voor Wim, zijn vrouw en hun twee zonen heel belastend. In eerste instantie vonden Monique en Wim het wonderlijk zoals Dirk Corstens (psychiater) en Yvonne Willems (ervaringswerker) in de POD-gesprekken in hun bijzijn reflecteerden over wat hun verhalen hén deden en hoe weinig advies zij gaven – ‘jullie zijn toch de deskundigen!’ Maar eenmaal daaraan gewend schiep het een sterke band en de veiligheid om als het ware van enige afstand naar zichzelf en alles wat er speelde te kijken. Van daaruit ontstonden nieuwe inzichten rondom de paniekaanvallen. In de netwerkgesprekken vonden ze gezamenlijk een andere taal dan diagnosetaal voor wat er onder de angsten speelde. Wim en Monique ervaren beide een enorme persoonlijke groei. Wim voelt zich een ander mens en het gezin maar ook broer en moeder zien ineens een heel andere Wim. Wim ervaart nog wel eens paniek maar kan dat nu met hulp van medicatie en incidentele gesprekken zelf hanteren.

55

Evaluatie

De ervaringen van de pilots met POD zijn in 2017 gemonitord. Een verslag van deze evaluatie is te vinden op www.podnederland.nl.

Toekomst

Voortbouwend op de eerste ervaringen in 2017 en 2018 gaan de instellingen verenigd in het samenwerkingsverband POD Nederland in 2019 aan de slag met de verdere implementatie van POD. Op het programma staan onder andere verder onderzoek, mentoring en ontwikkeling van aanvullende trainingsmogelijkheden.

Colofon

Tekst en redactie: Dienne Boertien en Kristien Harmsen

Voorwoord: Lucretia d’Fonseca

Met dank aan iedereen die heeft deelgenomen aan de bijeenkomsten van de Werkplaats Herstelondersteuning.

Bij de Werkplaats Herstelondersteuning zijn de volgende organisaties aangesloten:

Altrecht

GGZ Breburg

GGZ Eindhoven

GGZ Noord-Holland-Noord

Kenniscentrum Phrenos

Kwintes

Lister

MET ggz

RIBW Kennemerland/Amstelland en de Meerlanden

Opmaak: Studio aan de Werf, Utrecht

Druk: Libertas Pascal

Dit is een uitgave van de Werkplaats Herstelondersteuning,
te downloaden via www.herstelondersteuning.nl

© 2018 Werkplaats Herstelondersteuning, Utrecht

De inhoud van de brochure is met bronvermelding vrij te verspreiden.

Herstelondersteuning in zorg en welzijn wordt in de praktijk op allerlei wijzen vorm gegeven. In een gezamenlijk leerproces van de leden van de Werkplaats Herstelondersteuning ontvouwde zich in al die eigen wijzen ook een zekere harmonie. Deze brochure geeft een schets van zowel die harmonie als van de zoektocht van de verschillende praktijken.

