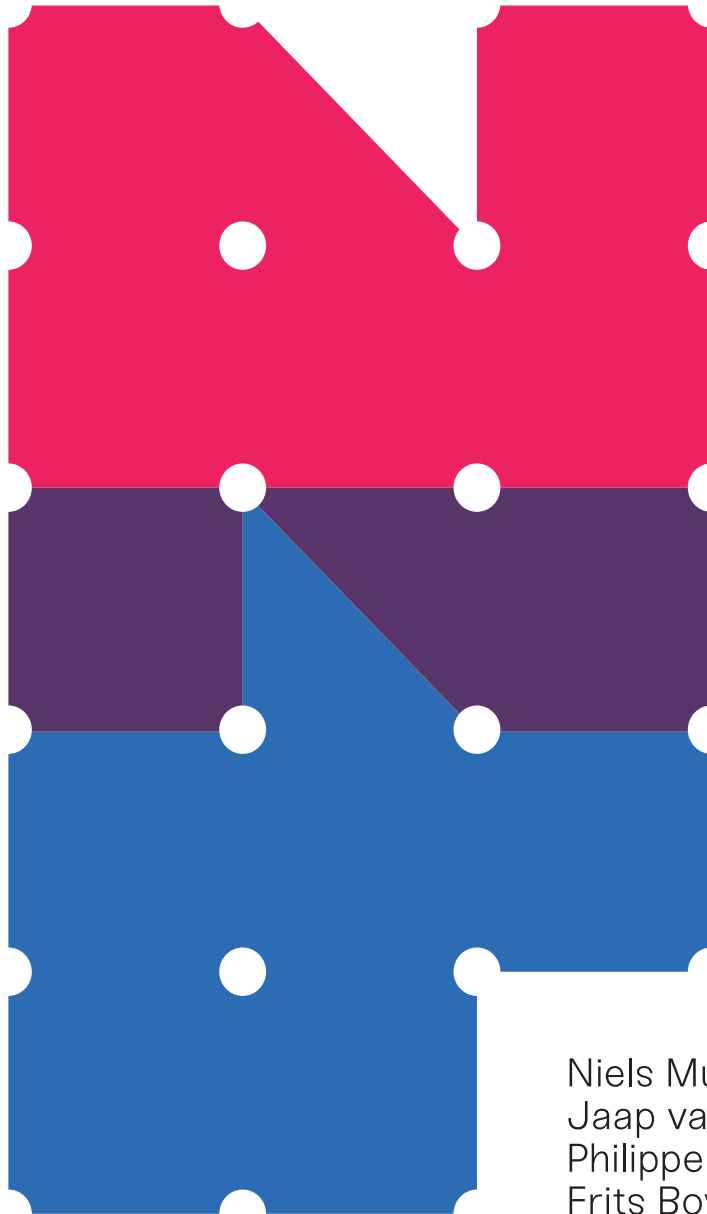


Netwerkpsychiatrie

Samenwerken aan herstel en gezondheid



Niels Mulder
Jaap van Weeghel
Philippe Delespaul
Frits Bovenberg
Bram Berkvens
Eva Leeman
Hans Kroon
Tom van Mierlo
Gerdie Kienhorst

Netwerkpsychiatrie

Samenwerken aan herstel en gezondheid

Onder redactie van

Niels Mulder

Jaap van Weeghel

Philippe Delespaul

Frits Bovenberg

Bram Berkvens

Eva Leeman

Hans Kroon

Tom van Mierlo

Gerdie Kienhorst

© 2020 de auteurs, p/a Boom uitgevers Amsterdam

de Tijdstroom is een imprint van Koninklijke Boom uitgevers

Uitgegeven door Boom uitgevers Amsterdam BV

Prinsengracht 747-751

1017 JX Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 j° Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl.)

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Omslag: Michiel van Kleef, Schoon Ontwerp, Utrecht

Binnenwerk: Steven Boland

ISBN 9789024434190

NUR 895

www.boompsychologie.nl

www.boomuitgeversamsterdam.nl

Inhoud

Voorwoord	21	
Verantwoording en leeswijzer	29	
Deel I	Netwerkpsychiatrie: de basis	33
1	Netwerkpsychiatrie voor herstel en gezondheid	35
	<i>Niels Mulder, Jaap van Weeghel en Philippe Delespaul</i>	
1.1	Visie en missie: netwerkpsychiatrie op meerdere niveaus	36
1.2	Uitgangspunten	37
	1.2.1 <i>Leidende principes</i>	38
1.3	Achtergronden	38
	1.3.1 <i>Behoeften en wensen van mensen met een ernstige psychische aandoening</i>	39
	1.3.2 <i>Oorzaken, behandeling en herstel van psychische kwetsbaarheid</i>	40
	1.3.3 <i>Ambulantisering en organisatie van zorg</i>	40
	1.3.4 <i>Het belang van het sociaal domein</i>	41
	1.3.5 <i>Netwerkpsychiatrie maakt gebruik van virtuele netwerken</i>	41
1.4	Pijlers en bouwstenen van de netwerkpsychiatrie	41
	1.4.1 <i>Herstel en herstelondersteuning</i>	41
	1.4.2 <i>Herstelondersteuning in relatie tot positieve gezondheid</i>	43
	1.4.3 <i>Rol van medisch-klinische expertise</i>	43
	1.4.4 <i>Bouwstenen van netwerkpsychiatrie</i>	43

1.5	Netwerkpsychiatrie uitwerken	46
1.5.1	<i>Werken binnen het microsysteem</i>	46
1.5.2	<i>Samenwerken op meso- en macroniveau</i>	47
1.5.3	<i>Implementatie van netwerkpsychiatrie</i>	49
1.5.4	<i>Wat betekent netwerkpsychiatrie voor de professional?</i>	50
1.6	Actoren	51
1.6.1	<i>De cliënt in het middelpunt</i>	52
1.6.2	<i>Naastbetrokkenen</i>	52
1.6.3	<i>Huisarts</i>	53
1.6.4	<i>Gespecialiseerde ggz (SGGZ)</i>	54
1.6.5	<i>Basis-ggz</i>	55
1.6.6	<i>Crisisdienst en IHT-team</i>	56
1.6.7	<i>Het sociaal domein</i>	56
1.6.8	<i>Politie (veiligheidsdomein)</i>	57
1.6.9	<i>Echelons en methodieken: samenhang</i>	58
1.7	Tot slot	59
2	Netwerkpsychiatrie bij complexe zorgbehoeften.	61
	Prevalentie en prioritering van zorg	
	<i>Philippe Delespaul en Bram Berkvens</i>	
2.1	Achtergrond	61
2.1.1	<i>De uitdaging</i>	61
2.1.2	<i>Is het ggz-budget billijk?</i>	63
2.1.3	<i>Het belang van het begrip 'ernstige psychische aandoeningen' (EPA)</i>	64
2.2	EPA en non-EPA	66
2.2.1	<i>Schaduwstoornissen</i>	67
2.2.2	<i>Basale stoornissen</i>	68
2.3	Criteria voor 'ernstige psychische aandoeningen' (EPA)	71
2.3.1	<i>Problemen met de definitie</i>	71
2.3.2	<i>Naar een nieuwe definitie voor EPA</i>	72
2.4	Ernstige psychische aandoeningen	74
2.4.1	<i>Prevalentie van ggz-zorg</i>	75
2.4.2	<i>EPA-prevalentie</i>	76
2.4.3	<i>Analyse</i>	78
2.4.4	<i>Subregionale verdeling</i>	82
2.5	Conclusies rond zorg op maat en prioritering	84
2.5.1	<i>Zorgbehoeften op maat bedienen</i>	84
2.5.2	<i>Meer prioritering van middelen nodig</i>	85

2.6	Discussie: nut en noodzaak van EPA	86
2.6.1	<i>EPA als een nieuw stigma</i>	86
2.6.2	<i>EPA als een indicatie voor netwerkpsychiatrie</i>	86
2.6.3	<i>EPA is een positief begrip</i>	87
2.6.4	<i>Is het einde van EPA in zicht?</i>	88
2.7	Tot slot: preventie van EPA en van het stigma op EPA	89
3	Het sociaal domein als onmisbare schakel	91
	<i>Jaap van Weeghel en Chrisje Couwenbergh</i>	
3.1	Sociale dimensie van herstel en van de psychiatrie	91
3.1.1	<i>Waarom sociale interventies achterblijven</i>	92
3.1.2	<i>Tijd voor verandering</i>	93
3.2	Redzaamheid, sociale insluiting en stigma	93
3.2.1	<i>Redzaamheid</i>	93
3.2.2	<i>Achterstanden: van sociale exclusie naar sociale inclusie</i>	94
3.2.3	<i>Negatieve gevolgen van stigma op participatie</i>	95
3.3	De interventies: gericht op verschillende levensterreinen	98
3.3.1	<i>Interventies gericht op armoede en sociale ongelijkheid</i>	98
3.3.2	<i>Interventies gericht op participatie en sociale rollen</i>	99
3.3.3	<i>Interventies om eenzaamheid tegen te gaan</i>	102
3.3.4	<i>Interventies om publiek stigma te bestrijden</i>	104
3.4	Uitvoeringskader: van resourcegroep tot Framework for Support	105
3.4.1	<i>Het maatschappelijk steunsysteem opnieuw in het vizier</i>	106
3.4.2	<i>Het Framework of Support (kader voor herstelondersteuning)</i>	107
3.4.3	<i>De uitvoerders: wie doet wat?</i>	108
3.5	Tot slot	110
4	Woonondersteuning vanuit het netwerk	113
	<i>Charlotte Wunderink</i>	
4.1	Langs nieuwe wegen naar de juiste zorg op de juiste plek	113
4.2	Wonen als het verbindingspunt van zorg- en steunnetwerken	114
4.3	Beschermd of begeleid wonen in het kader van netwerkpsychiatrie	115
4.3.1	<i>Specifieke doelgroep: wetsaanpassing</i>	116
4.3.2	<i>Woonondersteuning in de toekomst</i>	117
4.3.3	<i>Vakmanschap en methodieken in de praktijk</i>	118
4.3.4	<i>IRB toegepast op wonen: de Woonschool van MindUp</i>	119
4.4	Housing First bij dak- en thuisloosheid	121
4.4.1	<i>Housing First in Nederland</i>	123
4.5	Diversiteit van woonvoorzieningen	124
4.6	Wonen, netwerkzorg en sociale inclusie	124
4.7	Tot slot	125

5	Kwaliteit van zorg	127
	<i>Koen Westen, Hans Kroon en Philippe Delespaul</i>	
5.1	Kwaliteit van zorg in de ggz	127
	5.1.1 <i>Modelgetrouwheid</i>	128
	5.1.2 <i>Beoordeling van kwaliteit</i>	129
5.2	Uitdagingen voor doorontwikkeling kwaliteitsbeleid	130
	5.2.1 <i>Modelgetrouw werken op netwerkniveau</i>	130
	5.2.2 <i>Hoe verder?</i>	132
5.3	De toekomst begint nu	133
	5.3.1 <i>Individu in zijn leefwereld</i>	134
	5.3.2 <i>Individu en zijn context in de therapeutische relatie</i>	134
	5.3.3 <i>Individu en zijn relaties in een (methodische) veranderingsgerichte context</i>	135
	5.3.4 <i>Individu en zijn relaties in een multidisciplinair team</i>	135
	5.3.5 <i>Het team als onderdeel van een organisatie</i>	136
	5.3.6 <i>De organisatie als onderdeel van een regionaal netwerk</i>	137
5.4	Verantwoord implementeren	137
	5.4.1 <i>Fasegericht implementeren en optimaliseren</i>	137
	5.4.2 <i>Brede ontwikkeling kwaliteitsinstituten</i>	138
5.5	Tot slot	139
6	Ontwikkeling van professionele competenties.	141
	Van visie via onderzoek naar competenties	
	<i>Jaap van der Stel en Ronald van Gool</i>	
6.1	Denken over competenties in een veranderende praktijk	141
6.2	Samenwerken in complexe situaties	142
	6.2.1 <i>Focus op transdiagnostisch denken en handelen</i>	142
	6.2.2 <i>De verschillende perspectieven</i>	143
6.3	Ggz-handelen versus herstelprocessen	143
	6.3.1 <i>Vergelijking met leerprocessen</i>	144
	6.3.2 <i>Een halfleeg of een halfvol glas?</i>	144
6.4	Netwerkpsychiatrie: complex én gecompliceerd	145
6.5	Gezondheid en welzijn als integraal werkveld	146
6.6	Ontwikkeling van competenties voor netwerkpsychiatrie	147
	6.6.1 <i>Beroepsprofielen</i>	147
	6.6.2 <i>Competenties met betrekking tot herstel</i>	148
	6.6.3 <i>Competenties met betrekking tot netwerkpsychiatrie</i>	148
6.7	Tot slot	150

7	Digitale communicatienetwerken	151
	<i>Floortje Scheepers en Karin Hagoort</i>	
7.1	Van keten naar netwerk	151
7.2	Faciliteren van netwerkzorg sleutel tot betere afstemming	152
	7.2.1 <i>Belemmeringen voor de kanteling van keten- naar netwerkzorg</i>	152
7.3	Oplossingen met digitale netwerkpsychiatrie	154
	7.3.1 <i>Oplossingen voor belemmeringen bij ketenzorg</i>	155
7.4	Implementatie van faciliterende digitale netwerken	156
	7.4.1 <i>Voorwaarden gezamenlijk doel van herstel</i>	156
7.5	Over de brug: gewoon beginnen met oversteken	157
	7.5.1 <i>Mogelijkheden van integrated data</i>	158
7.6	Tot slot	159
8	M-health binnen herstelnetwerken	161
	<i>Naomi Daniëls, Simone Verhagen en Philippe Delespaul</i>	
8.1	Uitdagingen in de zorg	161
	8.1.1 <i>Zorgbehoeften en zorgaanbod niet in balans</i>	161
	8.1.2 <i>Van ziektezorg naar welzijnszorg</i>	161
	8.1.3 <i>Zorg met 24/7-dekking</i>	162
8.2	Mobile health biedt kansen in de zorg	163
	8.2.1 <i>Mobile health</i>	163
	8.2.2 <i>Toepassingen</i>	163
8.3	Tot slot	168
9	Implementatie: bouwen aan lerende netwerken	169
	<i>Frits Bovenberg en Tom van Mierlo</i>	
9.1	Dagelijkse praktijk	169
9.2	Gedeelde uitgangspunten	170
9.3	Herstelondersteunende intake	170
9.4	Samenwerking op microniveau	171
9.5	Scholing	172
	9.5.1 <i>Kennis vergaren en (regionaal) delen</i>	172
	9.5.2 <i>Starten met resourcegroepen</i>	173
	9.5.3 <i>Landelijk en internationaal kennis en ervaringen delen</i>	173
9.6	Samenwerking op mesoniveau	173
	9.6.1 <i>Samen (na)scholen</i>	174
9.7	Tot slot	175

Deel II	Netwerkpsychiatrie: ter preventie, ambulante, bij crisis en bij stagnering van herstel	177
10	Preventie van chroniciteit en sociale complicaties	179
	<i>Jaap van Weeghel en Chrisje Couwenbergh</i>	
10.1	Preventie van ernstige psychische aandoeningen?	179
10.2	Volwassen worden onder moeilijke omstandigheden	181
	10.2.1 <i>Gevolgen van (zelf)stigma</i>	181
10.3	Heterogeen beloop op langere termijn	182
10.4	Preventie en stadiëring van ziekte en herstel	183
	10.4.1 <i>Stadiëring van ziekte</i>	183
	10.4.2 <i>Fasen van herstel</i>	184
	10.4.3 <i>Het Interactieve Ontwikkelingsmodel</i>	185
10.5	Factoren met een negatieve invloed op het beloop	186
	10.5.1 <i>In de samenleving: sociale exclusie en stigmatisering</i>	186
	10.5.2 <i>Risicofactoren bij cliënten en hun naaste omgeving</i>	187
	10.5.3 <i>Risicofactoren in de ggz</i>	187
	10.5.4 <i>Risicofactoren in de samenwerking tussen ggz en sociaal domein</i>	188
10.6	Hoe chroniciteit en sociale complicaties voorkomen?	189
	10.6.1 <i>Algemene trends</i>	189
	10.6.2 <i>Specifieke voorstellen</i>	191
10.7	Toegang tot en continuïteit in de ggz	191
	10.7.1 <i>Duur onbehandelde ziekte verkorten</i>	191
	10.7.2 <i>Vloeiende overgang tussen jeugd-ggz en ggz voor volwassenen</i>	192
	10.7.3 <i>Psychische aandoeningen destigmatiseren</i>	193
10.8	Goede diagnostiek en behandeling	194
	10.8.1 <i>Compleet diagnosticeren</i>	194
	10.8.2 <i>Gepersonaliseerd behandelen</i>	195
	10.8.3 <i>Alarmbel bij stagnerende behandeling</i>	196
	10.8.4 <i>Scheidslijn tussen behandelpsychiatrie en EPA-zorg opheffen</i>	197
10.9	Inzetten op persoonlijk herstel	198
	10.9.1 <i>Reactief herstel en (pro)actief herstel</i>	198
	10.9.2 <i>Zelfstigma tegengaan</i>	200
10.10	Inzetten op sociale inclusie en participatie	201
	10.10.1 <i>In het standaardaanbod</i>	201
	10.10.2 <i>Bij dreigende chroniciteit</i>	203
	10.10.3 <i>Sociale interventies toepassen</i>	203

10.11	Samenwerking op meerdere niveaus: netwerkpsychiatrie	203
	10.11.1 <i>Een op autonomie gerichte werkrelatie tussen cliënt en hulpverlener</i>	204
	10.11.2 <i>Nauwe samenwerking met familie en andere naasten</i>	205
	10.11.3 <i>De ggz intern anders organiseren</i>	205
	10.11.4 <i>Wijkgerichte samenwerking tussen ggz en sociaal domein</i>	206
10.12	Tot slot	206
	10.12.1 <i>Netwerkpsychiatrie als kader</i>	206
	10.12.2 <i>Grenzen aan preventie</i>	207
11	Ambulant werken	209
	<i>Frits Bovenberg</i>	
11.1	Ontwikkeling van de ambulante ggz	209
	11.1.1 <i>Van lappendeken naar (grote) regionale instellingen</i>	210
	11.1.2 <i>Naar meer aandacht en samenwerking op de inhoud</i>	211
11.2	ACT en FACT: pijlers van de ambulante ggz	211
	11.2.1 <i>Flexible Assertive Community Treatment (FACT) in het kort</i>	212
	11.2.2 <i>Bemoeizorg</i>	212
11.3	Nieuwe ontwikkelingen	214
	11.3.1 <i>Nieuwe uitgangspunten en waarden</i>	216
	11.3.2 <i>Verdere ambulantisering als vervanging van klinische capaciteit</i>	216
	11.3.3 <i>Respijthuizen: een tussenvorm tussen ambulante en klinische setting</i>	217
11.4	Resourcegroepen	218
	11.4.1 <i>Resourcegroepen en andere modellen van zorg</i>	220
	11.4.2 <i>Resourcegroepen: inzet bij afschaling</i>	221
11.5	Invloed van de Wmo 2015 op ambulant werken	222
	11.5.1 <i>Intersectorale samenwerking</i>	222
11.6	Essentie van het nieuwe ambulante (net)werken	222
	11.6.1 <i>Een uniek proces voor cliënt en professionals</i>	223
	11.6.2 <i>Veranderingen voor professionals</i>	223
11.7	Tot slot	224
12	Netwerkpsychiatrie bij crisis	225
	<i>Eva Leeman</i>	
12.1	Uitgangspunt: generieke module Acute psychiatrie	225
12.2	Begrippen rond (psychische) crisis	226
	12.2.1 <i>Psychische of psychiatrische crisis</i>	226
	12.2.2 <i>Complexe situatie</i>	226
	12.2.3 <i>Crisisinterventie</i>	227
	12.2.4 <i>Soort interventie</i>	227
	12.2.5 <i>Crisismodellen</i>	227

12.3	Fasen	228
12.3.1	<i>Fasen van opvang en hulpverlening bij crisisorganisatie</i>	228
12.3.2	<i>Fasen in het crisisontwikkelingsmodel van Trifler – inhoudelijk</i>	228
12.3.3	<i>Instrumenten</i>	229
12.4	Voorfase: vroege signalering, preventie, interventie	230
12.4.1	<i>Signaleringsplan</i>	230
12.4.2	<i>Crisiskaart</i>	230
12.4.3	<i>WRAP (Wellness Recovery Action Plan)</i>	231
12.4.4	<i>Triadekaart</i>	231
12.4.5	<i>Gebruik van de instrumenten</i>	232
12.4.6	<i>Preventie en interventie</i>	232
12.5	Crisisfase: daadwerkelijke crisissituatie	233
12.5.1	<i>Onbekende persoon</i>	233
12.5.2	<i>Cliënt in behandeling bij de generalistische basis-ggz</i>	236
12.5.3	<i>Cliënt in behandeling bij de SGGZ</i>	237
12.6	Crisisopname in een psychiatrisch ziekenhuis	238
12.6.1	<i>High & Intensive Care (HIC)</i>	238
12.6.2	<i>Monitoring met de CrisisMonitor</i>	239
12.6.3	<i>Vaardigheden van de behandelaar</i>	240
12.7	Vervolgfase: behandeling en preventie	241
12.7.1	<i>Evaluatie van de crisisfasen</i>	242
12.7.2	<i>Aanpassing signaleringsplan en/of crisiskaart</i>	242
12.8	Tot slot	243
13	Stagnatie doorbreken. ART bij stagnerende herstelprocessen	245
	<i>Lisette van der Meer, Bram Berkvens en Lieke Zomer</i>	
13.1	Stagnatie doorbreken met behulp van een actieve triade	245
13.1.1	<i>Herstelondersteunende zorg</i>	246
13.2	Kern van het zorgmodel	247
13.2.1	<i>Op zoek naar oorspronkelijke behoeften en wensen</i>	247
13.2.2	<i>Uitdaging</i>	248
13.2.3	<i>Actief herstel in de triade</i>	248
13.3	Het zorgproces van ART in elf basisstappen	249
13.3.1	<i>Geen strak proces, maar houvast</i>	250
13.4	ART als onderdeel van netwerkpsychiatrie	251
13.4.1	<i>Overzicht van herstelondersteunende interventies vanuit ART</i>	252
13.4.2	<i>Binnen de triade bepalen welke interventies (weer) te doen</i>	253
13.5	Stagnerende herstelprocessen elders in de ggz	253
13.5.1	<i>Voorkómen van stagnatie</i>	253
13.5.2	<i>(Her)diagnostiek</i>	254
13.6	Tot slot	255

Deel III	Netwerkpsychiatrie in systeemwerk: kinderen en ouders	257
14	Transitiepsychiatrie: netwerkpsychiatrie in de adolescentie	259
	<i>Leontien Los</i>	
14.1	Adolescentie en (ggz-)zorgorganisatie	259
14.2	Het begrip 'adolescentie'	261
	14.2.1 <i>Ontwikkelingstaken: separatie en individualiteit</i>	261
	14.2.2 <i>Hersenontwikkeling</i>	261
	14.2.3 <i>Potentieel voor sociale ontwikkeling</i>	262
	14.2.4 <i>Ontwikkeling van het sociale brein</i>	262
14.3	Kwetsbaarheid van adolescenten	263
	14.3.1 <i>Risicofactoren</i>	263
14.4	Psychiatrische hulp tijdens de adolescentie	264
	14.4.1 <i>Obstakels in de hulpverlening aan adolescenten</i>	264
14.5	Netwerkpsychiatrie bij adolescenten	266
	14.5.1 <i>Inrichting van het microsysteem</i>	266
	14.5.2 <i>Randvoorwaarden voor goede zorg aan adolescenten</i>	267
	14.5.3 <i>Hoe zou het kunnen werken?</i>	267
	14.5.4 <i>Resourcegroep inzetten?</i>	268
14.6	Tot slot	269
15	Ouderschap en gezinsfunctioneren	271
	<i>Corine Rijnberk en Mathilde Overbeek</i>	
15.1	Ouderschap bij ernstige psychische problematiek	271
15.2	Model van de ontwikkeling van KOPP-kinderen	272
15.3	Ouderfactoren	272
	15.3.1 <i>Risicofactoren tijdens de zwangerschap en kort na de geboorte</i>	274
	15.3.2 <i>Ouder-kindinteractie</i>	274
	15.3.3 <i>Ontwikkelingstaken per leeftijdsfase</i>	276
	15.3.4 <i>Vroegkinderlijke traumatisering</i>	276
	15.3.5 <i>Verslaving</i>	277
	15.3.6 <i>Gezinsfactoren</i>	277
15.4	Kindfactoren	277
	15.4.1 <i>Genetische kwetsbaarheid</i>	278
	15.4.2 <i>Kwetsbaarheid en veerkracht</i>	278
	15.4.3 <i>Intern werkmodel</i>	279
15.5	Factoren binnen het bredere sociale netwerk	279

15.6	Interacties tussen de domeinen	280
15.6.1	<i>Van bidirectionele effecten tot een complex dynamisch systeem</i>	280
15.6.2	<i>Genetische en psychosociale kwetsbaarheid</i>	280
15.6.3	<i>Intergenerationele overdracht</i>	281
15.6.4	<i>Beschermende factoren</i>	281
15.7	Behandeling van multiprobleemgezinnen	282
15.7.1	<i>Twee vormen van interventie</i>	283
15.7.2	<i>Intensieve thuisbegeleiding</i>	283
15.7.3	<i>Dagbehandeling of opname gezinskliniek</i>	284
15.8	Tot slot	285
Deel IV	Netwerkpsychiatrie als verbinder van zorgvormen	287
16	Resourcegroepen als basis	289
	<i>Eva Leeman</i>	
16.1	Achtergrond en ontwikkeling	289
16.1.1	<i>Optimal Treatment Programma</i>	290
16.1.2	<i>Integrated care: behandeling van een persoon en zijn systeem</i>	290
16.1.3	<i>Nederlandse variant</i>	291
16.2	Kernelementen van de resourcegroepen en de methodiek	293
16.2.1	<i>Definitie</i>	293
16.2.2	<i>Basis: eigenaarschap en regie bij cliënt</i>	295
16.2.3	<i>Samenstelling resourcegroepen</i>	296
16.3	Vorbereiding	296
16.3.1	<i>Verdiepingsgesprekken</i>	296
16.3.2	<i>Vaardigheidstrainingen</i>	297
16.4	Structuur van een resourcegroepbijeenkomst	297
16.5	Werkwijze van de resourcegroep	298
16.5.1	<i>Resourcegroepplan</i>	298
16.5.2	<i>Rol van de voorzitter</i>	300
16.5.3	<i>Verloop van bijeenkomsten</i>	300
16.5.4	<i>Doorontwikkeling RG-plan</i>	300
16.5.5	<i>Frequentie bijeenkomsten</i>	302
16.6	Heroriëntatie	302
16.6.1	<i>Afschalen</i>	303
16.6.2	<i>Vervolgafspraken en overdracht</i>	304
16.7	Tot slot	304

17	Huisartsenzorg bij ernstige psychische aandoeningen	305
	<i>Ingrid Houtman en Marian Oud</i>	
17.1	Inleiding	305
17.2	Signalering	306
	17.2.1 <i>Uiteenlopende problemen</i>	306
	17.2.2 <i>Afspraken maken en signaleringsplan gebruiken</i>	306
	17.2.3 <i>Kindcheck</i>	308
17.3	Farmacotherapie	308
	17.3.1 <i>Structurele begeleiding: een zorgprogramma</i>	308
17.4	Somatische zorg	310
17.5	Praktijkorganisatie	311
17.6	Samenwerking met ggz-(keten)partners	311
17.7	Tot slot	312
18	FACT: het organisatiemodel voor ambulante zorg	313
	<i>Hans Kroon</i>	
18.1	Van draaideurpsychiatrie naar casemanagement	313
18.2	Van casemanagement naar ACT	314
	18.2.1 <i>Uitgangspunten van ACT</i>	314
18.3	Van ACT naar FACT	315
18.4	Het FACT-model in ontwikkeling	316
	18.4.1 <i>Doelgroep en vormen van specialisatie</i>	317
	18.4.2 <i>Teamsamenstelling</i>	318
	18.4.3 <i>Inzet ervaringsdeskundigen</i>	318
	18.4.4 <i>Ruimere inzet van psychologen</i>	319
	18.4.5 <i>Grensvlakproblematiek</i>	319
18.5	Dagelijks werk en 'het bord'	320
	18.5.1 <i>Flexibeler omgaan met het FACT-bord</i>	320
18.6	Het meten van modelgetrouwheid: van afvinklijst naar aandachtsgebieden	321
	18.6.1 <i>Herstelambities</i>	322
18.7	Veranderende financiering en praktijkconsequenties	322
	18.7.1 <i>Korter behandelen</i>	323
	18.7.2 <i>Het verschil tussen behandelen en begeleiden</i>	323
	18.7.3 <i>Smallere taakopvatting: wie is waarvoor verantwoordelijk?</i>	325
18.8	Nieuwe allianties	326
18.9	Van integratie naar netwerkpsychiatrie	327
	18.9.1 <i>FACT-spagaat</i>	328
	18.9.2 <i>Naar een oplossing</i>	328
18.10	Tot slot	329

19	Intensive Home Treatment (IHT)	331
	<i>Elnathan Prinsen</i>	
19.1	IHT in Nederland: achtergrond	331
	19.1.1 <i>Uitgangspunten</i>	332
	19.1.2 <i>Kernfuncties</i>	332
19.2	Hoogwaardige ambulante crisiszorg	333
	19.2.1 <i>Integratie van de ambulante crisiszorg</i>	334
19.3	Doelgroep, indicatiestelling en verwijzing	334
	19.3.1 <i>Opname-indicatie</i>	335
	19.3.2 <i>Geen contra-indicaties voor IHT</i>	335
	19.3.3 <i>Verwijzers, opschaling en afschaling</i>	335
19.4	Functies binnen het IHT-model	336
	19.4.1 <i>Voorwaarden voor het uitoefenen van de functies</i>	337
19.5	Organisatie van een IHT-team	338
	19.5.1 <i>Voorwaarden</i>	338
	19.5.2 <i>Werkwijze</i>	338
	19.5.3 <i>Samenstelling en expertise</i>	339
19.6	Zorg en behandeling uitvoeren binnen IHT	339
	19.6.1 <i>Risicotaxatie en risicomangement</i>	339
	19.6.2 <i>Gevarieerd behandelaanbod</i>	340
	19.6.3 <i>Behandelcontacten thuis: face to face en digitaal</i>	340
	19.6.4 <i>Frequentie contacten</i>	340
	19.6.5 <i>Dagstructurering</i>	341
	19.6.6 <i>Vervolgzorg</i>	341
19.7	IHT en netwerkpsychiatrie	341
	19.7.1 <i>Plaats van IHT in de acute keten</i>	343
19.8	IHT en klinische opname (HIC)	344
	19.8.1 <i>Opname is tijdelijk en zo kort mogelijk</i>	344
	19.8.2 <i>IHT om opnameduur te verkorten</i>	345
19.9	Verbinding met het sociaal domein	345
19.10	Evidentie en modelgetrouwheid	346
	19.10.1 <i>Modelgetrouwheid</i>	347
19.11	Tot slot	348
20	HIC (High & Intensive Care)	351
	<i>Yolande Voskes en Tom van Mierlo</i>	
20.1	Achtergrond: reductie van dwang	351
20.2	Ontwikkeling van HIC	352
	20.2.1 <i>Model en monitor</i>	352
	20.2.2 <i>Doel en visie</i>	353
	20.2.3 <i>Doelgroep</i>	353

20.3	Inrichting van een HIC-afdeling	354
20.3.1	<i>High Care</i>	355
20.3.2	<i>Intensive Care</i>	355
20.4	Opname op de HIC-afdeling	356
20.5	Uitgangspunten van zorg en behandeling	358
20.5.1	<i>Behoud van contact</i>	358
20.5.2	<i>Een-op-eenbegeleiding</i>	359
20.5.3	<i>Betrekken van naasten</i>	359
20.5.4	<i>Ervaringskennis en ervaringsdeskundigen</i>	360
20.5.5	<i>Behandeling en medicatie</i>	360
20.6	De fysieke omgeving	361
20.7	HIC-team en professionaliteit	361
20.7.1	<i>Deskundigheidsbevordering</i>	362
20.7.2	<i>Teamsamenwerking</i>	362
20.8	HIC-monitor en onderzoek	363
20.8.1	<i>Onderzoek</i>	364
20.9	Tot slot	365
21	ART als zorgmodel	367
	<i>Lisette van der Meer en Bram Berkvens</i>	
21.1	Vertrekpunt	367
21.2	De A van Active (Actief)	368
21.2.1	<i>ART is tijdelijk</i>	368
21.2.2	<i>Je eigen woning kiezen</i>	369
21.2.3	<i>Een actieve houding</i>	369
21.3	De R van Recovery	370
21.3.1	<i>Herstel van gezondheid</i>	371
21.3.2	<i>Herstel van identiteit (persoonlijk herstel)</i>	371
21.3.3	<i>Herstel van het dagelijks leven (functioneel herstel)</i>	371
21.3.4	<i>Herstel van maatschappelijke rollen (maatschappelijk herstel)</i>	372
21.4	De T van Triad (Triade)	373
21.4.1	<i>De triade in de behandelrelatie</i>	374
21.4.2	<i>De triade in het team</i>	374
21.4.3	<i>De triade in de organisatie</i>	376
21.5	Het ART-team	376
21.6	De ART-monitor	377
21.7	Tot slot	377

22	Open Dialogue.	379
	Als sociaal netwerk zoeken naar een gezamenlijke taal	
	<i>Dirk Corstens, Martijn Kole, Olaf Galisch, Yvonne Willems, Tom van Wel en Dienne Boertien</i>	
22.1	Kernprincipes van Open Dialogue	379
22.1.1	<i>Onmiddellijke hulp</i>	380
22.1.2	<i>Perspectief van sociaal netwerk</i>	380
22.1.3	<i>Flexibiliteit en mobiliteit</i>	381
22.1.4	<i>Verantwoordelijkheid</i>	381
22.1.5	<i>Psychologische continuïteit</i>	381
22.1.6	<i>Tolerantie voor onzekerheid</i>	381
22.1.7	<i>Dialogisme</i>	382
22.2	Open Dialogue in het buitenland	383
22.2.1	<i>West-Lapland (Finland)</i>	383
22.2.2	<i>Open Dialogue in Engeland</i>	384
22.3	Open Dialogue in Nederland	385
22.4	POD als toevoeging aan netwerkpsychiatrie	386
22.4.1	<i>Open Dialogue in verhouding tot resourcegroepen</i>	386
22.5	Enkele belangrijke vragen rondom POD	387
22.6	Tot slot	389
23	Herstelacademies.	391
	Ervaringsdeskundigheid, peer support en zelfhulp als motor	
	<i>Dienne Boertien en Martijn Kole</i>	
23.1	Inzet ervaringsdeskundigheid	391
23.2	Achtergrond	392
23.3	Ontwikkeling van de herstelacademie	394
23.3.1	<i>Nederland: ervaringsdeskundigheid en peer support als motor</i>	394
23.3.2	<i>Zelfregiecentra</i>	395
23.4	Op zoek naar de kern	395
23.4.1	<i>Definitie</i>	396
23.4.2	<i>Vrije ruimte</i>	396
23.4.3	<i>Zelfhulp en peer support</i>	397
23.4.4	<i>Respijt</i>	398
23.4.5	<i>Scholing ervaringsdeskundigen</i>	398
23.5	Verschillen met reguliere hulpverlening (ggz of sociaal domein)	398
23.5.1	<i>Onvoorwaardelijk de ander vrije ruimte voor herstel bieden</i>	399
23.5.2	<i>Vorm volgt uit de inhoud</i>	399
23.6	Herstelacademies in de netwerkzorg	400
23.7	Tot slot	401

24	Epiloog. Netwerkpsychiatrie van wens naar werkelijkheid	403
	<i>Jaap van Weeghel en Philippe Delespaul</i>	
24.1	Alle belanghebbenden goed bedienen	404
	24.1.1 <i>Partners worden in de zorg</i>	404
24.2	Echo's uit een recent verleden	405
	24.2.1 <i>Top-down en bottom-up</i>	406
24.3	Wel denkbaar maar ook maakbaar?	406
24.4	Kloof tussen wens en werkelijkheid	407
24.5	Bevorderende factoren voor de implementatie van netwerkpsychiatrie	408
	24.5.1 <i>Aansluiting bij ontwikkelingen in de somatische zorg</i>	408
	24.5.2 <i>Innovaties in de ggz</i>	408
	24.5.3 <i>Urgentie gevoeld rond integraal samenwerken</i>	409
	24.5.4 <i>Wijk- of gebiedsgerichte intersectorale samenwerking</i>	409
	24.5.5 <i>Uitvoeringsmodellen voor netwerkpsychiatrie</i>	409
24.6	Netwerkpsychiatrie bieden is sociaal kapitaal inzetten en vergroten	410
	24.6.1 <i>Bonding en bridging</i>	411
	24.6.2 <i>Belang van sociaal kapitaal</i>	411
24.7	Tot slot	411
	Literatuur	415
	Lijst van afkortingen	443
	Over de auteurs	445

Voorwoord

‘Goedenavond, bent u mevrouw Van de Giessen?’ klonk het anderhalf jaar geleden door de telefoon op zondagavond rond kwart over 9. Niets had me kunnen voorbereiden op het vervolg. Na een bevestigend antwoord klonk het aan de andere kant van de telefoonlijn: ‘Ah, u bent dus mevrouw Van de Giessen, eerste contactpersoon van mevrouw Drijver.’ Ik was veel, maar zeker geen eerste contactpersoon van Annemiek Drijver. Ik begeleidde haar in het kader van de Wmo en op haar verzoek. Ze betaalde me uit haar pgb en ik was een van haar vele begeleiders. Haar begeleidende team was groot en bestond uit een psychiater, een psycholoog, drie verpleegkundigen, twee fysiotherapeuten en mijzelf als ervaringsdeskundige. Bovendien verrichtte ze nog op twee verschillende plekken wekelijks werkzaamheden op vrijwillige basis. Ik had geen idee wie haar eerste contactpersoon was. Dat was nu juist iets waarover we de afgelopen maanden een verschil van mening hadden gekregen. Ik had niet het gevoel dat ik nog goed kon voldoen aan haar verzoek om haar te begeleiden bij haar maatschappelijke participatie en in haar wens om ervaringsdeskundige te worden. Er waren zoveel crises door de manier waarop haar identiteit zich had opgesplitst ten gevolge van trauma. Bovendien deed ze om die reden een disproportioneel beroep op me in de avonden. Wat was ik al veel gebeld door allerlei mensen die het volstrekt normaal vonden dat ik kwam opdraven. Ik was moe en had absoluut geen zin om weer naar haar toe te gaan. Eigenlijk stond ik op het punt om naar bed te gaan. Wie er ook belde, ik besloot om in het belang van mezelf mijn grenzen aan te geven. Terwijl ik alles wat zo door mij heen ging voorzichtig probeerde te gaan zeggen, zonder de privacy van Annemiek geweld

aan te doen, zei de persoon: ‘Mevrouw, ik ben rechercheur Brouwer, ik heb een vervelende mededeling voor u, wij vermoeden dat mevrouw Drijver is overleden en hebben u nodig om haar te identificeren. Bent u in de gelegenheid om zo snel mogelijk naar haar woning te komen?’ Stamelend zei ik: ‘Ja natuurlijk.’ Net voor ik de verbinding verbrak hoorde ik de rechercheur nog zeggen dat ik wel voorzichtig moest rijden. Dat het geen zin had om snel te rijden omdat mevrouw al dood was. Op de automatische piloot zorgde ik daarna voor opvang van mijn hond en belde een collega om telefonisch standby te blijven. In de woning van Annemiek trof ik een slagveld aan. Er werd sporenonderzoek gedaan en ik werd meteen apart genomen voor verhoor. Ik kon eindelijk uitleggen wat mijn relatie was tot Annemiek en hoe akelig ik het vond dat ik het idee had gehad wederom opgeroepen te worden voor een crisis terwijl ze blijkbaar dood was. Een vreemd schuldgevoel maakte zich daardoor van me meester. Hoewel ik nog de stille hoop had dat er iemand anders in haar huis zou liggen, was er geen twijfel mogelijk dat het Annemiek was. Terwijl ik in haar huis wachtte tot de schouwarts klaar was, schoten de afgelopen maanden door mijn hoofd. Onze aanvaringen over mijn indruk dat ik niets meer had bij te dragen aan haar herstel, aanvaringen die steeds heftiger geworden waren. Ik had haar zelfs een ultimatum gesteld waarop ik niet trots was: binnen drie maanden toegang tot de andere hulpverleners en haar persoonlijk netwerk. Het beroep dat ze tijdens haar crises op me deed was te zwaar voor mij alleen; het baarde me zorgen om geen inzicht te hebben in wat haar andere begeleiders deden. Wat als haar kat toch eens zijn verhaal kon doen? Het arme beest ...

In de eerste dagen na de dood van Annemiek werd ik veelvuldig gebeld door mensen in haar omgeving. Zij vroegen mij bijvoorbeeld wanneer ik haar huis kwam uitruimen (ik stond immers te boek als eerste contactpersoon) of wie er nu verantwoordelijk was voor haar kat. Daardoor kwam ik er tot mijn verrassing achter dat Annemiek ongeveer een week voor haar dood op allerlei plekken mij als eerste contactpersoon had opgegeven. Daarvoor was een van de verpleegkundigen dat geweest. Ik besloot haar te bellen. Zij vertelde me dat Annemieks ouders inmiddels waren getraceerd in Spanje en dat zij morgen terug zouden zijn in het land. Op mijn verbaasde uitspraak ‘de ouders die ze verafschuwde, waar ze het liefst niets meer mee te maken wilde hebben?’ hoorde ik een voorzichtig ‘ja’. Van het een kwam het ander, en twee uur later kwamen we tot de slotsom dat we als begeleiders van Annemiek bijna in elkaars spiegel keken. Er was herkenning in hoe we hadden geworsteld met soortgelijke vraagstukken, en in hoe we hadden aangedrongen op contact tussen alle hulpverleners en haar persoonlijk netwerk. Steeds weer was er een reden waarom Annemiek het had afgezegd of geblokkeerd.

Ook haar verpleegkundige had al meerdere keren aangegeven te twijfelen of ze nog wel door wilde als hulpverleenster en ook zij wist niet dat ze langere tijd als eerste contactpersoon te boek had gestaan. Weer een dag later werd duidelijk dat Annemiek een natuurlijke dood was gestorven. Te weinig medicatie in haar bloed voor een overdosis, te veel voor de medicatie die ze had voorgeschreven gekregen. Hoewel het mijn schuldgevoel niet wegnam, luchtte het me wel op.

Tijdens de crematieplechtigheid werd pijnlijk duidelijk hoeveel ‘verschillende levens’ Annemiek had geleid. De toespraken stonden soms haaks op elkaar en leken steeds wel over iemand anders te gaan. Ook haar familie maakte bij monde van haar broer op een indrukwekkende manier duidelijk dat zij haar eigen waarheid had in relatie tot Annemiek. De genodigden bleven in verwarring achter. Na de plechtigheid ontstond wat bij leven van Annemiek nooit was ontstaan. Een groot deel van haar hulpverleners en vrienden ontmoetten elkaar voor het eerst en blikten samen met haar ouders op een respectvolle manier terug op haar leven. Nergens anders werd voor mij ooit zo duidelijk hoe wij met ons allen tekort waren geschoten in het – in samenwerking met Annemiek – zo vormgeven van zorg, behandeling en begeleiding dat haar kansen op herstel en gezondheid optimaal waren gebleven. De verbinding ontbrak, laat staan dat er sprake was van een samenhangend netwerk, tussen alle somatische, psychiatrische en sociale voorzieningen waarvan Annemiek gebruikmaakte. En ook in het betrekken van het informele netwerk hadden we jammerlijk gefaald. Toen ik het verzoek kreeg om het voorwoord te schrijven voor dit boek zei ik dan ook direct ‘ja’.

Van de vele andere redenen waarom ik deze uitdaging aannam, noem ik alleen nog het respect dat ik heb voor mijn pleegvader. Ongeveer twee jaar geleden was ik tijdens een bijeenkomst op mijn bedrijf getuige van een gesprek tussen mijn 75-jarige pleegvader en een psychiater van de plaatselijke ggz-aanbieder. Zij vroeg hem waarom hij eigenlijk zo negatief was over de ggz. Er gebeurden immers mooie dingen, zoals op dit moment bij het ervaringsdeskundighedsinitiatief van zijn dochter? Ik vergeet nooit meer hoe zijn gezicht steeds verder verwrongen raakte. De kleur veranderde van lichtroze naar langzamerhand gevaarlijk donkerrood. Na al die jaren voelde hij nog de machteloze woede over hoe hij zich destijds door de psychiatrie in de steek gelaten voelde in zijn strijd om mij naar een beter leven te begeleiden. Door de ogenschijnlijk simpele vraag van de psychiater belandde hij in een draaimolen van emoties en het werd hem letterlijk zwart voor de ogen. Wat had ik hem destijds meer begrip en uitleg gegund. Wat had ik hem gegund dat mensen met ons samen hadden gewerkt in plaats van dat hij zo

ontzettend eenzaam bleef in zijn zoektocht. Wat had ik het mezelf gegund dat mensen samen met mij alert waren geweest op de fysieke consequenties van mijn psychische problemen, waar ik nu nog steeds onder lijd. Wat was het zinvol geweest als ze met mij hadden gesproken over hoe zelfstigma mijn maatschappelijke participatie keer op keer frustreerde. Wat was netwerkpsychiatrie ook voor mij belangrijk geweest. En wat een pluim voor de schrijvers van dit boek dat juist mijn pleegvader over de conceptversie zei: ‘Dáár moet het naartoe, hè Irene?’

Ik heb zéér persoonlijke redenen om het voor u liggende boek van harte aan te bevelen. Maar op grond van mijn persoonlijke verhaal kan ik ook een aantal kritische kanttekeningen bij het onderwerp ‘netwerkpsychiatrie’ zetten. Opmerkingen die u misschien wilt meenemen op uw leesreis.

Opmerking 1

Het belangrijkste netwerk in mijn leven, mijn gezin van herkomst, was niet veilig. Ik heb om die reden (net als heel veel anderen) nooit de vaardigheden geleerd die nodig zijn om succesvol deel te kunnen nemen aan welk netwerk dan ook. De vraag is wat dat eigenlijk betekent? Wat betekent het voor de toepassing van netwerkpsychiatrie als je net als ik in je primaire gezin (de oervorm van een netwerk) hebt geleerd dat zo’n netwerk niet betrouwbaar is, dat je je nog beter op de buurvrouw of je leraar kunt richten dan je te verhouden tot je eigen ouders? Is het inzetten van netwerkpsychiatrie dan effectief?

Opmerking 2

Wat betekent het dat veel mensen, net als ik, vaak al in hun adolescentie met de psychiatrie in aanraking zijn gekomen en daar een diagnose hebben gekregen die vaak tot stigma en zelfstigma leidt? Ik sluit niet uit dat dit invloed heeft op de mate waarin iemand zich in staat voelt om gelijkwaardig deel te nemen aan het netwerk. Hoe groot is de kans dat stigma en zelfstigma onbedoeld aanleiding zijn om juist door je eigen netwerk ‘vastgezet’ te worden in je psychische problemen of je in toenemende mate te vereenzelvigen met de identiteit van psychiatrisch patiënt? Het netwerk wordt nu eenmaal ten behoeve van jou in het leven geroepen.

Opmerking 3

In hoeverre word je juist benadeeld doordat zorg en voorzieningen in een netwerk gaan samenwerken, in plaats van dat dit tot je voordeel strekt? Is dat een valkuil? De netwerken kunnen zich immers uitstrekken tot allerlei gebieden die niet direct iets te maken hebben met je psychische aandoening. Waar gaat begeleiding over in ongemakkelijke bemoeizucht of erger nog een

grove aantasting van mensenrechten ('u mag pas een woning huren wanneer u ...')? Waar zit je persoonlijke invloed nog als er steeds meer mensen bij het netwerk betrokken raken? Veel mensen beschouwen zichzelf als open-minded maar zijn dat vaak op een net iets andere manier dan jij.

'Heeft netwerkpsychiatrie dan eigenlijk wel meerwaarde?' vroeg een vriend met wie ik over mijn gedachten rond dit boek sprak. Om het antwoord te vinden ben ik gaan kijken naar de manier waarop ik overleefde in mijn gezin van herkomst en hoe ik daar ook weer van herstelde. Ik splitste destijds mijn identiteit op in meerdere zelfstandige 'deelidentiteiten' die samen een hoogstpersoonlijk en uniek netwerk vormden binnen mijn 'zijn', om ervoor te zorgen dat ik zou overleven. Het was een machteloos antwoord op de indringendste zwarte periode in mijn leven. Een antwoord dat op een vreemde manier het ultieme belang van een netwerk laat zien. Het lijkt erop dat ik gedacht heb: 'Als er helemaal niets of niemand meer is om op te vertrouwen, dan vorm ik zelf maar een netwerk.' Dat 'netwerk' heeft me goed geholpen, maar buiten mijn gezin van herkomst verloor het zijn waarde en ging het zelfs in mijn nadeel werken. Mijn pleegvader bood uiteindelijk op zijn geheel eigen wijze een netwerk dat voor continuïteit zorgde in mijn leven en dat een mogelijkheid bood om in veiligheid te ervaren dat je alleen maar mens kunt worden in relatie tot andere mensen. Want daar ging het mis met het persoonlijk netwerk dat ik creëerde: mens worden in relatie tot jezelf is nog altijd een lastige opgave. Mijn pleegvader slechte stigmabarrières en leerde me met veel geduld hoe ik dat uiteindelijk zelf kon doen. Het was geen probleem als ik hem met betrekking tot dit onderwerp aansprak op zijn gedrag. Bovendien wees hij me op zelfstigma. Het was een netwerk waarin ik heb moeten leren functioneren. Lange tijd was er – alle goede wil ten spijt – geen sprake van gelijkwaardigheid. Het is van beide zijden hard werken geweest om dit probleem te tackelen. En nóg harder werken omdat de reguliere psychiatrie destijds weigerde aan te sluiten op het mininetwerkje. Een maatschappelijk werker gespecialiseerd in vroegkinderlijk trauma deed dit uiteindelijk wel. Zij bood daarmee als eerste een doorkijkje naar wat een dergelijk netwerk kan betekenen als het écht gaat functioneren. Naar mijn stellige overtuiging is de manier waarop mijn pleegvader toegang heeft geboden tot zijn netwerk – en zijn nooit-aflatende bereidheid om zijn functioneren daarin ter discussie te stellen – (mede)verantwoordelijk geweest voor de manier waarop ik uiteindelijk heb kunnen herstellen. Het bood me de mogelijkheid om te oefenen met vaardigheden die ik in mijn primaire gezin nooit had aangeleerd en ik leerde hoe stigma te adresseren. Boven alles leerde ik dat ik mocht zijn wie ik was, of ik nu meer of minder leed onder mijn aandoening. Zo kom ik tot een laatste opmerking.

Opmerking 4

Een gezond netwerk staat of valt met de personen die er onderdeel van vormen. Het vraagt een grote mate van respect en bereidheid van ieder lid om persoonlijke denkbeelden te onderzoeken en indien nodig ter discussie te stellen. Het is misschien nog wel ingewikkelder om het doel van het netwerk in de gaten te houden en te beseffen dat je je als professional enerzijds terughoudend dient op te stellen en anderzijds tegelijk proactief waar gewent. Aandacht voor de verschillende rollen die mensen binnen deze netwerken innemen en de consequenties hiervan (mogelijke ongelijkwaardigheid) is geen onnodige luxe. Peer supported Open Dialogue lijkt hier een uitstekend middel voor en ik ben dan ook aangenaam verrast dat hieraan in dit boek aandacht wordt besteed.

Niet toevallig heb ik ervoor gekozen om met mijn bedrijf (Stichting Herstel-Talent) een (kleine) ‘community’ te vormen. Het hele bedrijf ademt als het ware de netwerkgedachte. In onze community oefenen we met wat het betekent om ergens bij te horen, om feedback te geven op iemands functioneren, om van rol te wisselen of juist verschillende rollen uit te proberen. We vormen een soort alternatief ‘gezin’. Gelijkwaardigheid is hierbij een belangrijk uitgangspunt. Er is respect voor de aandoeningen waarmee we worstelen in het leven, maar ze vormen niet het belangrijkste aangrijpingspunt voor onze onderlinge omgang. Nieuwkomers moeten hier vaak erg aan wennen, zeker als ze langdurig met de ggz te maken hebben gehad. De community bestaat louter uit mensen die weten wat het betekent om een herstelproces door te maken en de weg terug te zoeken in het leven. Het is dan ook verheugend om te zien dat dit boek aandacht besteedt aan wat herstelacademies kunnen betekenen in een dergelijk proces. Maar óh, wat is het ondanks die gelijkwaardigheid ingewikkeld, dat functioneren in netwerken.

De auteurs van dit boek belichten het thema netwerkpsychiatrie van alle kanten en verschaffen daarmee een rijke visie op het onderwerp. De vraag is of netwerkpsychiatrie het vroegtijdige overlijden van de klant met wie ik dit voorwoord begon had kunnen voorkomen. Ik zal het nooit weten, maar een ding weet ik – en weten de mensen die haar nabij waren – wél: Anнемiek was trots op haar zwaarbevochten zelfstandigheid. Aan haar lijf geen ‘begeleid wonen’ of mensen die verantwoordelijkheid van haar over zouden nemen. Ze had te veel meegemaakt op dat gebied. Het was een trotse vrouw die mij vol verve kon vertellen wat ze wel en niet wilde en waar ik me wel en niet mee mocht bemoeien. Ze wist in de loop van de tijd niet alleen mij te overtuigen van haar recht om haar leven zo in te richten als zij dat wilde. Die middag na haar crematie konden alle mensen die haar begeleidden en

zelfs haar ouders maar een ding concluderen: Annemiek was juist in de laatste fase van haar leven gelukkig geweest. Het werkte voor haar om haar netwerken gescheiden te houden. Ik hoop desondanks een dergelijke situatie nooit meer mee te maken en ben blij dat de initiatiefnemers van het concept netwerkpsychiatrie hun uiterste best hebben gedaan om de kunst van het vormen van een (in)formeel netwerk rond een cliënt ter voorkoming van discontinuïteit in zorg en een stagnerend herstelproces zo degelijk en in alle mogelijke verschijningsvormen te beschrijven.

Irene van de Giessen
directeur Stichting HerstelTalent