

Voorwoord

Dit boek gaat over hulpverleners en hoe je dat in samenwerking met cliënt, naasten en collegaprofessionals zou kunnen doen. Niet het enige boek in zijn soort, wel een mooie toevoeging aan de andere titels die uitgaan van een nieuwe manier van werken. Over een andere manier van organiseren zodat zorg en welzijn beter aansluiten. Over een wijze van benaderen die recht doet aan ervaringen en krachten van cliënten en naasten. Over het recht op professionele zorg en de noodzaak dit recht te bewaken.

Bovenstaande aspecten zijn voor mij belangrijk als mens, als hulpverlener, als docent en als eindredacteur van dit boek. Voor mij spreekt hier namelijk een streven naar goede zorg voor kwetsbare mensen uit. Want, kwetsbaar ben je als je last krijgt van psychische problemen. Problemen die soms tijdelijk zijn vanwege ingrijpende gebeurtenissen, vervelende werkomstandigheden waar je geen invloed op hebt, verlies van inkomen en tot slot, het gevoel er helemaal alleen voor te staan. Die problemen kunnen ook veel langer aanhouden, gepaard gaan met psychiatrische verschijnselen, wat er weer toe kan leiden dat naasten, vrienden, burens en collega's niet weten hoe ze daar mee om moeten gaan. Werkloos worden, echtscheiding, slechte omgangsregeling met de kinderen, drankproblemen en agressiviteit kunnen het gevolg zijn. Het gevoel er helemaal alleen voor te staan, is dan realiteit geworden. Door de wisselwerking kan een stapeling van problemen ontstaan op psychisch, sociaal en lichamelijk vlak.

Vanuit de sociaalpsychiatrische visie waarmee ik ben opgeleid en van waaruit ik werk, betekent dit dat ik op onderzoek uitga om die stapeling en wisselwerking bij die cliënt en zijn omgeving te ontrafelen. Het was vanzelfsprekend dat ik dat deed vanuit een afdeling sociale psychiatrie van een GGZ-organisatie, maar die vanzelfsprekendheid is er niet meer en bovendien is werken vanuit een sociaalpsychiatrische visie niet gebonden aan de GGZ.

Dat is ook de reden dat de werkdefinitie van sociale psychiatrie hier is opgenomen:

'Sociale psychiatrie is die vorm van psychiatrie die benadrukt dat geestelijke gezondheidsproblemen ontstaan in interactie. Het individu en de omgeving beïnvloeden deze interactie. Dit geeft de klacht betekenis en maakt haar begrijpelijk. De klacht op zichzelf hoeft niet pathologisch te zijn. De persoonlijke kwetsbaarheid van de cliënt en het onvermogen van de cliënt en zijn omgeving ermee om te gaan, kunnen leiden tot disfunctie en pathologie. Het perspectief van zowel de hulpvrager en diens omgeving als dat van de sociaalpsychiatrische hulpverlener vormen de basis voor de samenwerkingsrelatie'.¹



1 Padt, I. van der et al. (2005, p. 32).

Deze definitie is hier volgens mij op zijn plaats omdat daarin naar voren komt dat interactie met de omgeving ook een bepalende factor is bij het ontwikkelen van psychiatrische klachten. Die omgeving is breder dan naasten of directbetrokkenen want het gaat daarbij ook om maatschappelijke tendensen en gebeurtenissen die voelbaar zijn in de leefomgeving van mensen. In dit boek worden die maatschappelijke tendensen en gebeurtenissen in de leefomgeving van mensen uitvoerig beschreven.

Die beschrijvingen komen van professionals uit de hulpverleningspraktijk, het onderzoek of het onderwijs. Een aantal van deze auteurs schreef ook mee aan de vorige twee uitgaven van dit boek, onder de titel *Sociale psychiatrie*, en maakten deel uit van de redactie. Marius Romme, sociaalpsychiater en auteur van het hoofdstuk 'Omgaan met psychosen', was de inspirator en initiator van de eerste uitgave. Het boek moest een actuele versie worden van het in 1981 verschenen boek *Wat is sociale psychiatrie?*² Ik ben nog steeds blij dat Romme destijds dit initiatief nam. Samen met mijn SPV-collega's Ben Venneman en Kees Onderwater begonnen we met schrijven. Want schrijven over je vak is belangrijk, inspirerend en noodzakelijk. Als je zichtbaar maakt wat je doet, hoe je dit doet en waarom je dit doet, wordt het vak overdraagbaar.

Die overdraagbaarheid is volgens mij van groot belang als we kijken naar de wijze waarop momenteel wordt omgegaan met het 'vraagstuk' verwarde personen. Een voorbeeld van interactie tussen de omgeving en mensen die op een bepaald moment in hun leven psychisch kwetsbaar zijn: Verwarde mensen die soms ten einde raad om aandacht vragen en door anderen als overlast wordt ervaren. Hierin wordt pijnlijk zichtbaar wat we als maatschappij en daarin functionerende organisaties, tekortschieten. Het is een vraagstuk dat ongeveer elk decennium opnieuw onder de aandacht wordt gebracht, zoals blijkt uit een notitie van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) van vijftien jaar geleden. Hierbij beschreef de RMO in 2001 wat mogelijke oorzaken waren dat diverse groepen kwetsbare mensen de hulp niet vonden die ze nodig hadden. Of, met andere woorden, waarom er een 'mismatch tussen hulpzoekenden en hulpverleners' ontstond. De onderzoekers noemden fragmentatie van het hulpaanbod, vasthouden aan regels en protocollen, meetbare resultaten moeten scoren en vermaatschappelijking (wat we tegenwoordig ambulantisering noemen). Kortom, het ontbreken van samenhang, schotten in de financiering en hulpinstanties, en een weinig inclusieve samenleving. Conclusies die toen golden, spelen ook nu nog een belangrijke rol zoals blijkt uit de rapportages van het Aanjaagteam.³ Op een sluitende aanpak komen we alleen uit als we organisatorische belemmeringen aanpakken, goede praktijken als voorbeeld nemen en vermenigvuldigen, niet te veel veranderingen tegelijkertijd invoeren met daarmee gepaard gaande bezuinigingen, in wijken en buurten met divers

2 Romme, M.A.J., Kraan, H. & Rotteveel, R. (1981). *Wat is sociale psychiatrie? Een inleiding*. Alphen aan den Rijn: Samsom.

3 Aanjaagteam Verwarde Personen: <https://vng.nl/personen-met-verward-gedrag/aanjaagteam>.

samengestelde teams gaan opereren. De RMO beschreef ook dit al in 2001 toen zij voorstelde om deze zogenoemde S-teams in een voorpost te laten opereren, zonder vast te zitten aan instellingen. Een team dat bevoegd is, zonder reguliere procedures, diensten in te zetten die nodig zijn. Een team dat bestaat uit hoogwaardige professionals, 'creatieve, stevige en gezaghebbende hulpverleners die op voet van gelijkheid met elkaar omgaan'.

Die typering van die hoogwaardige professionals, spreekt mij aan. Want zulke professionals zijn nodig om, hoe beperkt ook, te helpen voorkomen dat er steeds meer 'uitvallers' komen. Professionals die het aandurven om niet vast te zitten aan instellingen, organisaties en procedures als die in de weg zitten om hulp of zorg te verlenen. Professionals die samenwerken vanuit de ervaring en deskundigheid van psychisch kwetsbare mensen en hun naasten. Professionals die pathologie die zich op dat moment voordoet, herkennen en behandelen.

Dit boek belicht vanuit verschillende perspectieven de context waar cliënten, naasten en professionals elkaar dagelijks tegenkomen. Dat maakt het voor mij een inspirerend en belangwekkend boek.

De auteurs zijn er wat mij betreft goed in geslaagd om te schrijven over aspecten van hun vak. Zij hebben voor mij zichtbaar gemaakt wat zij doen, hoe zij dit doen en waarom zij dit doen. Zo worden onderdelen van de diverse vakken overdraagbaar voor nieuwe professionals.

Ivonne van der Padt

Inhoud

Voorwoord	5
Inleiding	15
<i>Bauke Koekoek</i>	
1 Ondersteunen of overnemen	27
1.1 Inleiding	27
1.2 'Goede zorg': van klacht naar kracht, van helpen naar aanmoedigen	27
1.2.1 (Het denken over) vermaatschappelijking	27
<i>Rick Kwekkeboom</i>	
1.2.2 Wetten en bezwaren	29
1.2.3 'Positief denken'	31
1.2.4 (Aspecten van) kwaliteit van leven	33
1.2.5 Herstel en empowerment	35
1.3 De keerzijde; ethische aspecten	36
1.3.1 Als leven geen kwaliteit biedt	36
1.3.2 Grenzen aan autonomie	37
1.3.3 Ontbrekend draagvlak in de samenleving	38
1.4 Samenvatting	40
Literatuur	40
2 Signaleren van psychische kwetsbaarheid: preventie	43
2.1 Inleiding	43
<i>Jaap van der Stel & Marcel Dijkens</i>	
2.2 Vragen voor de psychische gezondheidszorg	45
2.3 Preventie en vroegtijdig handelen	47
2.4 Hindernissen en kansen	50
2.5 Psychische gezondheidszorg anders organiseren	51
2.6 Samenvatting	55
Literatuur	56
3 Signaleren van psychische kwetsbaarheid: OGGZ	57
3.1 Inleiding	57
<i>Gerard Lohuis</i>	
3.2 Korte geschiedenis van de OGGZ	58
3.3 Nieuwe overheid	59
3.4 De groep OGGZ	59
3.5 Dilemma's	61
3.6 Risico's om in de OGGZ terecht te komen	63

3.7	Problematiek	64
3.8	Methodiek van werken	65
	3.8.1 Contact maken	65
	3.8.2 Inschatten van de situatie	66
	3.8.3 Beoordelen benodigde inzet	67
	3.8.4 Op- of afschalen	68
3.9	Zorgcontinuüm	69
	3.9.1 Motiverende gespreksvoering en oplossingsgericht werken	70
	3.9.2 Wanneer de situatie dreigt te escaleren	72
	3.9.3 Bemoezorg	72
	3.9.4 Drang	73
3.10	De professional	74
	Literatuur	75
4	De dubbele last van stigmatisering bij psychisch kwetsbaren	77
4.1	Inleiding	77
	<i>Sjaak Boon & Andrea Manneke</i>	
	4.1.1 Stigmatisering: wat is dat?	78
	4.1.2 Typen stigma	78
4.2	Verklaringen van stigma's en stigmatisering: een multidisciplinair kader	81
	4.2.1 Sociologische verklaringen van stigmatisering	82
	4.2.2 Psychologische verklaringen van stigmatisering	86
	4.2.3 Psychologische modellen van stigmatisering	88
	4.2.4 Biogenetische verklaringen voor psychische aandoeningen en stigmatisering	90
4.3	Interventies gericht op tegengaan van publiek stigma, zelfstigma, structureel stigma en stigmatisering in de hulpverlening	92
	4.3.1 Publiek stigma	92
	4.3.2 Zelfstigma	94
	4.3.3 Structureel stigma	95
	4.3.4 Stigmatisering in de hulpverlening	95
4.4	Ten slotte	97
	Literatuur	99
5	Omgaan met psychosen	103
5.1	Inleiding	103
	<i>Marius Romme</i>	
5.2	Problemen met de indeling van klachten bij psychosen	104
	5.2.1 Psychotische symptomen zoals stemmen hebben betekenis	105
5.3	Het verschil tussen klinisch en sociaalpsychiatrisch denken en handelen	106

5.3.1	Een verschil in theorie voor de behandeling	107
5.3.2	Het procesmatig ontstaan van geestelijke gezondheidsproblemen	108
5.4	De traumageschiedenis van mensen met een kwetsbaarheid voor psychose	110
5.4.1	Verdere interacties tussen psychotische uitingen en levensproblemen, de 'Links'	112
5.5	De stappen in het herstelproces	114
5.6	Herhaling van emotionele crises of psychotische episodes	123
5.7	Opbouw van een therapieplan	125
5.8	Samenvatting	128
	Literatuur	129
6	De kritische praktijkwerker	131
6.1	Inleiding	131
	<i>Saskia Duijs, Susan Woelders, Márian Vink, Barbara Groot & Tineke Abma</i>	
6.1.1	Een werkveld in verandering	132
6.1.2	Reflectie als essentieel onderdeel van professioneel handelen	132
6.1.3	Opbouw van dit hoofdstuk	133
6.2	De kritische praktijkwerker	133
6.2.1	Competenties van de kritische praktijkwerker	133
6.3	Drie handvatten voor de kritische praktijkwerker	134
6.3.1	Kritische analyse met behulp van wetenschappelijke theorie	134
6.3.2	Kritische reflectie met behulp van moreel beraad	135
6.3.3	Kritische actie met behulp van participatief actieonderzoek	136
6.4	Aan de slag met kritische analyse, reflectie en actie in de praktijk	136
6.4.1	Een kritische analyse met behulp van wetenschappelijke theorie	138
6.4.2	Een kritische reflectie met behulp van moreel beraad	143
6.4.3	Participatief actieonderzoek	144
6.5	Samenvatting	145
	Literatuur	146
7	Bewonersgestuurde wijkontwikkeling	149
7.1	Inleiding	149
7.2	Bewonersgestuurde wijkontwikkeling	149
	<i>Kees Onderwater</i>	
7.3	De historie	150

7.4	Burgerinitiatieven	152
7.5	Beperkingen, betekenisvolle participatie en kwaliteit van leven	153
7.5.1	Professionele ondersteuning bij participatie en verhoging van de kwaliteit van leven	155
7.6	Het heft in eigen handen	155
7.7	Bewonersgestuurde wijkontwikkeling: een project uit de praktijk	156
7.7.1	Bewonersgestuurde wijkontwikkeling en kwetsbaarheid	157
7.7.2	Faciliteren van professionals	158
7.7.3	Competenties van professionals	158
7.7.4	Continuïteit van het aanbod	159
7.7.5	Inzet van ervaringsdeskundigheid	160
7.7.6	Een andere mentaliteit	160
7.8	Kwartiermaken	161
7.8.1	Creëren van niches	161
7.8.2	Kenmerken van kwartiermakers	162
7.8.3	Inzet van ervaringsdeskundigen in de wijk	163
7.8.4	Multilooggesprekken	163
7.8.5	Kwartiermaken, bewonersgestuurde wijkontwikkeling en inclusie	164
	Literatuurlijst	164
8	Wijkhulpverlening	167
8.1	Inleiding	167
	<i>Ben Venneman</i>	
8.2	Contextueel werken: de systeemtheorie als ordenend kader en ijkpunten voor het handelen	170
8.2.1	De systeemtheorie als kader	171
8.2.2	De systeemtheorie en ijkpunten voor het handelen	174
8.3	Het contextueel kijkraam: methodisch, contextueel denken en handelen	175
8.3.1	Fasering	176
8.3.2	Toelichting bij de fasen	177
8.4	Samenvatting	182
	Literatuur	183
9	Professionele identiteit en interprofessionele samenwerking	185
9.1	Inleiding	185
	<i>Jeanne Derks</i>	
9.2	De betekenis van lichamelijk, sociaal en psychisch kwetsbaar voor professionals	187

9.3	Professionaliteit, professional, professionalisering en normatieve professionaliteit	188
9.4	Samenwerken	191
	9.4.1 Professionele identiteit en samenwerken	192
	9.4.2 Interprofessioneel samenwerken	193
	9.4.3 Inter-, multi- en transdisciplinaire samenwerking	194
	9.4.4 Interprofessioneel samenwerken: succesfactoren en verbeterpunten	195
9.5	Samenwerking bevorderen	197
	9.5.1 Het CIHC-raamwerk	197
	9.5.2 De competentiedomeinen	199
	9.5.3 De domeinen van het CIHC-raamwerk en de praktijk	200
	Literatuur	203
10	Bekostiging van de zorg	207
	10.1 Inleiding	207
	10.2 Hoe is het Nederlandse zorgstelsel ontwikkeld?	207
	10.3 Het ontstaan van de eerste zorgverzekeringen <i>Tomas Göbbels, Rob Laane & Gerjan Prins</i>	207
	10.4 Het huidige stelsel	211
	10.5 Geldstromen naast de Zorgverzekeringswet	213
	10.5.1 Wet maatschappelijke ondersteuning	213
	10.5.2 Wet langdurige zorg	213
	10.5.3 Jeugdwet	214
	10.6 Verzekeringen en GGZ-sector	215
	10.7 Inkopen van zorg	217
	10.7.1 Zorginkoop	218
	10.8 Kwaliteit	219
	10.9 Zorgkosten	220
	10.10 Klantbeleving	221
	10.11 Toekomstige ontwikkelingen in de GGZ	221
	Literatuur	222
	Register	225
	Over de auteurs en redactie	231

Inleiding

Bouwstenen voor een meervoudige benadering van psychische kwetsbaarheid

De Nederlandse (geestelijke) gezondheidszorg kent één belangrijke wetmatigheid: ze is constant in beweging. Veranderingen zijn vaak oppervlakkig, bijvoorbeeld ‘wie?’, ‘wat precies?’ en ‘wie fuseert met wie?’. Maar soms zijn ze diepgaander en gaan ze over nieuwe verhoudingen tussen professionals en cliënten/patiënten (of: burgers). Echter, heel veel blijft hetzelfde en er zijn dan ook experts op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) die vinden dat er weinig vooruitgang geboekt wordt.

Er zijn de laatste jaren verschillende initiatieven gestart om (de) GGZ te verbeteren vanuit nogal uiteenlopende vertrekpunten, zoals ‘de Nieuwe GGZ’, ‘Hart voor de GGZ’ of ‘Manifest Betere Geestelijke Gezondheid’. Hoewel het uiteindelijk gaat om geestelijke gezondheid van burgers, zijn de inspanningen vooral gericht op de sector – de GGZ. Sommigen willen weer meer autonomie voor de individuele professional, anderen juist meer wetenschappelijke basis voor het handelen. Er is een roep om meer inzet van ervaringsdeskundigen, maar ook om (nog) meer scholing en specialisatie van professionals. Sommigen willen vooral focussen op lichtere problematiek die goed te voorkomen valt, anderen willen juist de zorg voor mensen met ernstige problematiek verbeteren. De een zoekt het vooral in zelfhulp, de ander in zorg in de wijk. En natuurlijk zijn er allerlei combinaties. Wat alle initiatieven, meningen, perspectieven en andere dingen gemeen hebben, is het idee dat ‘het anders moet’ in de GGZ. Deze krachtige, normatieve aanname brengt veel mensen in beweging, en soms in rep en roer. Discussie over ‘hoe het zou moeten’ is dan ook een belangrijke constante in de GGZ. Het moet goedkoper, beter, sneller, wetenschappelijker, menselijker, voorspelbaarder, vrijer, en ga zo maar door. Alle partijen beroepen zich op valide argumenten en bieden meer of minder wetenschappelijke onderbouwing voor hun perspectief.

Dit boek vormt geen uitzondering op de regel van normatieve uitspraken over de GGZ: het is kritisch en propageert dat het anders moet. Maar het bundelen van een aantal ‘het moet anders’-bijdragen betekent nog niet dat er als vanzelf een coherente en samenhangende publicatie of visie ontstaat. Toch is er een

gemeenschappelijke kern in dit boek, die verder gaat dan alleen de brede noemer 'psychische kwetsbaarheid'. De auteurs besteden aandacht aan een of meer bouwstenen van zorg voor psychisch kwetsbare mensen. Die bouwstenen zijn een selectie uit veel meer mogelijke elementen, en daarom zijn ze op zichzelf niet voldoende fundament om de zorg *volledig* te beschrijven. Wel geven ze een goed beeld van een aantal bouwstenen waarover discussie is en waarvan de auteurs vinden dat het anders zou kunnen – of zelfs moeten. Bijna alle hoofdstukken hebben nog een ding gemeen, namelijk dat ze ruimte bieden aan enige mate van onzekerheid en ambivalentie. In het sociale en gezondheidsdomein is het eenvoudiger om vanuit slechts een perspectief naar mensen en situaties te kijken, dan om verschillende perspectieven te hanteren (zogenaamde meervoudigheid). Mensen met afwijkend gedrag worden snel door een bepaalde bril bekeken, en hun gedrag wordt stereotiep uitgelegd. Maar er is niet slechts één waarheid, en het hangt sterk af van iemands perspectief, belang en socialisatie hoe hij of zij naar psychisch kwetsbare mensen kijkt.

Het opeenvolgend of gelijktijdig kunnen hebben en hanteren van verschillende perspectieven vraagt veel van mensen. Het betekent dat er niet een universele waarheid is die altijd en overal op gaat. Dat kan verwarrend zijn, maar klopt wel beter met de realiteit van psychische kwetsbare mensen. Van professionals vraagt het nog wat meer: ze moeten de verschillende perspectieven kunnen zien, kunnen wegen en beredeneerde keuzes kunnen maken in hoe zinvol met de verschillende perspectieven te werken. In dit boek reiken de auteurs vanuit verschillende perspectieven hulpmiddelen en adviezen aan om met onzekerheid en ambivalentie om te gaan, en meervoudigheid mogelijk te maken. Een voorbeeld: een SPV wordt bij een cliënte gevraagd langs te komen die na een vechtpartij met haar partner, buurtbewoners en politie in de cel is beland. Ze zei dat ze een einde aan haar leven wilde maken, en werd boos toen anderen haar daarvan wilden weerhouden. Op het bureau zegt de cliënte dat het prima gaat, ze weer zin in het leven heeft en er niks aan de hand is. Haar partner wil haar het liefst weer mee naar huis nemen maar wordt daarvan weerhouden door zijn broer en een vriend die bang zijn dat het direct weer uit de hand loopt. De dienstdoende politieagenten vinden dat mevrouw overduidelijk ziek is, hulp nodig heeft en opgenomen moet worden. En uit dossiers van GGZ en politie blijkt dat dit al de 3^e crisis van dit type is binnen enkele weken. Cliënte maakt een boze maar reële indruk, wil pertinent geen opname en zegt dat ze vooral boos is en niet dood wil. Wat is nu 'waarheid'? Bestaat zoiets in een situatie als deze, of is er alleen 'wijsheid' mogelijk? Is een (gedwongen) opname 'goede' hulp? Is iemand laten gaan 'goede' hulp? Hoe kunnen verschillende perspectieven met elkaar worden verenigd?

Bouwstenen van zorg voor psychische kwetsbare mensen

Wat is er aan de hand?

We beschikken wereldwijd en zeker ook in Nederland over goede wetenschappelijke data over het voorkomen (prevalentie) van psychische stoornissen. In Nederland wordt al vele jaren de zogenaamde NEMESIS-studie uitgevoerd, momenteel NEMESIS-2, onder leiding van onderzoekers van het Trimbos-instituut (De Graaf, 2010). In het NEMESIS-onderzoek worden elke paar jaar duizenden Nederlanders bevraagd over hun psychisch functioneren, met een gestructureerde vragenlijst gebaseerd op het DSM-classificatiesysteem. Niet alle stoornissen die in de DSM voorkomen worden uitgevraagd, vooral de meest voorkomende. De uitkomsten van eerdere NEMESIS-metingen zijn behoorlijk bekend bij het grote publiek: 42,7% van de Nederlanders krijgt ooit in het leven een psychische stoornis, waarbij angst- (19,6%), stemming- (20,1%) en middelenstoornissen (19,1%) het meest voorkomen. Internationaal gezien zit Nederland qua psychische stoornissen ongeveer in de middenmoot: in verschillende Europese landen komen ongeveer evenveel (Engeland, Duitsland), meer (Oekraïne) of minder (Italië) stoornissen voor. Daarbuiten komen de meeste stoornissen voor in de Verenigde Staten en zijn Nieuw-Zeeland en Australië weer vergelijkbaar met Nederland (Kessler et al., 2007).

De bovengenoemde hoge percentages gaan niet op voor mensen met bipolaire en psychotische stoornissen – die zijn veel zeldzamer (respectievelijk 0,5% en 1-1.5%) (De Graaf, 2010). Onder andere eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen zitten niet in het onderzoek. Veel inspanningen in de GGZ gaan naar mensen met ernstige en langdurige stoornissen. Vaak zijn hun problemen groter, maar ook veroorzaken ze vaker overlast in het publieke domein – en ze komen daardoor eerder in beeld bij politie en de media. Veel van de (vaak zorgelijke) berichtgeving over mensen met psychische stoornissen gaat over een kleine groep mensen met ernstige problemen. Wat ‘ernstig’ is, blijkt echter niet zo eenduidig vast te stellen. In Nederland hanteren we de definitie van Delespaul et al. (2013) voor ‘ernstige psychische aandoeningen’, maar heel precies is die niet. Zo zijn er mensen met een psychose (vaak gerekend tot de ernstige stoornissen) die goed functioneren in werk en vrije tijd, en mensen met een depressie of eetstoornis (vaak gerekend tot de minder ernstige stoornissen) die ernstig beperkt zijn. Het gaat dus niet zozeer om de stoornis maar om de mate van beperking die iemand, of soms diens omgeving, ervan ondervindt.

In populaire media lijkt het altijd alsof psychische stoornissen steeds maar toenemen. Zo wordt bijvoorbeeld het aantal door de politie aangetroffen ‘verwarde personen’ al jaren steeds hoger, neemt al enkele jaren het aantal suicides toe, komen er in iedere nieuwe DSM-versie meer stoornissen bij, en lijken steeds meer mensen stoornissen als autisme of ADHD te hebben. Ook worden ernstige incidenten met mensen met psychische stoornissen vaak breed uitgemeten in kranten en op tv, waarbij de suggestie wordt gewekt dat de hulpverlening

heeft gefaald. Het gaat hier echter grotendeels om beeldvorming en niet om feiten: de categorie ‘verwarde personen’ is een vergaarbak van veel verschillende mensen en situaties. Toename van het aantal meldingen betekent niet per definitie dat er meer mensen met psychische stoornissen zijn, maar kan ook met veranderingen in registratie (bij de politie), de mate van actieve hulpverlening (door de GGZ), de wijze waarop burgers reageren op verward gedrag van mensen (bijvoorbeeld 112 bellen in plaats van de huisarts) of verdraagzaamheid (in de samenleving), te maken hebben. Uit de eerder genoemde NEMESIS-studies blijkt dat het aantal mensen met een psychische stoornis *niet* toeneemt. Ook weten we dat de stijging van het aantal suicides grotendeels te verklaren is door de economische crisis, waarin (jonge) mannen die hun baan verliezen bijna de gehele stijging bepalen (Chang et al., 2013). De stijging van het aantal stoornissen in de DSM is verklaarbaar uit een groot aantal andere factoren, zoals opdeling van ‘grotere’ stoornissen in ‘kleinere’ varianten en belangen van partijen om bepaalde stoornissen in de DSM te krijgen (Frances & Widiger, 2012). Hierover is de afgelopen jaren veel gepubliceerd en de kritiek is stevig te noemen. Dat neemt niet weg dat stoornissen als autisme en ADHD inderdaad veel vaker vastgesteld worden dan enkele tientallen jaren geleden. Experts zijn het er nog niet over eens of dit te verklaren valt uit meer mensen met deze problemen, of door meer aandacht en erkenning voor problemen die er eerder ook al waren (Hertz-Picciotto & Delwiche, 2009).

Bijzonder is verder dat het aantal dwangmaatregelen al jarenlang toeneemt. Ook dat kunnen we niet verklaren uit een toename van het aantal (ernstige) stoornissen, want daarvoor zijn geen aanwijzingen. Maar wie de cijfers beter bekijkt ziet dat in de laatste 10 jaar vooral de langerlopende Rechterlijke Machtigingen (RM) zijn toegenomen, en het aantal acute opnames (Inbewaringstellingen, IBS) veel minder (Broer, Koetsier & Mulder, 2015). Veel mensen met een RM worden niet opgenomen, maar ambulante gedwongen tot behandeling. Er is dus vooral een toename van het aantal mensen dat met ambulante dwang te maken krijgt, en veel minder toename van het aantal gedwongen opnames. Kijken we naar agressie en criminaliteit in Nederland dan zien we beide al jarenlang afnemen, en ook vinden er minder gewelddadige delicten plaats waarvoor mensen Terbeschikkingstelling (TBS) zouden kunnen krijgen (Van Dijk, 2011). Er is dus blijkbaar geen toename van geweld (door mensen met een psychische stoornis) maar wel een toename van dwangbehandeling. Het lijkt er dus op dat de samenleving en de GGZ samen eerder ingrijpen dan voorheen, al gaat dit dan waarschijnlijk vaker om overlast- en teloorgangsituaties dan om gevaarlijke situaties met agressieve mensen.

Ergo: hoewel het allemaal steeds erger lijkt te worden met de aantallen en de aard van psychische stoornissen, hebben we daarvoor uit wetenschappelijk onderzoek geen onderbouwing. Wel zien we dat er meer mensen met gedwongen behandeling te maken krijgen en het lijkt dus alsof de tolerantie afneemt, of de GGZ eerder ingrijpt – al is dat ook lastig vast te stellen. Tegelijkertijd zien we

ook dat veel meer mensen in de schulden raken, arbeidsongeschikt worden of zelfs suïcide plegen – maar dat lijkt veel meer te verklaren uit de economische crisis van de afgelopen jaren dan door een toename van psychische stoornissen. Sociale problemen zijn dus van grote invloed op het welzijn van mensen, en het hebben van die problemen betekent niet per definitie dat iemand een psychische stoornis heeft – al dragen langdurige sociale problemen zeker bij aan het ontstaan daarvan.

In de volgende hoofdstukken wordt dit verder uitgewerkt:

- Hoofdstuk 4 gaat over het stigma dat psychische stoornissen aankleeft.
- Hoofdstuk 5 gaat in op de mate van ernst van een psychose, en hoe een ander perspectief kan helpen om stemmen horen te integreren in het dagelijks leven.

Wat kunnen we doen?

Al eerder noemde ik dat we, ondanks grote en jarenlange, inspanningen, relatief weinig weten over psychische stoornissen. Het is verleidelijk om ‘de psychiatrie’ te vergelijken met andere medische specialismen, maar de vraag is of die vergelijking op gaat. Bij veel lichamelijke ziekten is er een steviger biologische basis voor de oorzaken dan bij psychische stoornissen. Dat zou ervoor pleiten om psychische stoornissen echt als een andere categorie te zien, als veel meer sociaal en minder biologisch bepaalde problemen. Maar aan de andere kant blijkt dat bijna alle lichamelijke ziekten, en zeker de chronische of langdurige aandoeningen, ook sterk bepaald worden door psychische en sociale factoren. In combinatie met het feit dat er wel degelijk biologische verschillen tussen mensen bestaan, maakt dat dat we psychische stoornissen toch het meeste recht doen door te stellen dat ze biopsychosociaal bepaald worden. Per persoon en per stoornis kan het aandeel van biologische, psychologische en sociale factoren sterk verschillen.

Ondanks dat we nog weinig zeker weten over de oorzaken van psychische stoornissen, is het aantal effectieve behandelingen wel sterk toegenomen. In het verre verleden was de ‘behandeling’ vooral sociaal: mensen werden opgesloten en kregen straf voor hun vreemde gedrag, later kwam de zogenoemde actieve therapie en de arbeidstherapie. Toen mensen met psychische problemen onder de hoede van dokters en verpleegkundigen kwamen, grofweg vanaf de 19^e eeuw, kwamen er meer biologische behandelingen. Weinig daarvan bleken blijvend, met uitzondering van electroconvulsie-therapie die goed hielp bij ernstige depressieve toestandsbeelden. De komst van medicijnen tegen onrust, agressie en depressie (grotendeels bij toeval ontdekt vanaf de jaren '50 van de 20^e eeuw) brachten de nodige veranderingen teweeg. Veel van de toen ontdekte middelen zijn, soms in verbeterde vorm, nog altijd in gebruik. Vanaf de jaren '60 nam echter ook het aantal psychologische behandelingen sterk toe: daarvoor was er vooral de psychoanalyse, een intensieve behandelvorm die voor veel mensen ongeschikt was. Maar vanaf toen ontstonden er talloze varianten

van psychotherapie voor uiteenlopende problemen, mensen en situaties en met een uiteenlopende focus, duur en vorm. De psychotherapie is zich stormachtig blijven ontwikkelen, waardoor het aantal varianten nu meer dan 500 bedraagt. De sociale behandelingen zijn niet zo talrijk, maar hebben zich ook ontwikkeld in de laatste decennia: zoals vaardigheidstrainingen, job coaching en thuisbegeleiding. Maar ook het creëren van vangnetten voor mensen met ernstige problemen die zelf geen zorg of behandeling willen, is een sterk toegenomen vorm van sociale behandeling. De verschillende typen behandelingen werken over het algemeen voor verschillende soorten problemen of stoornissen, maar worden ook vaak in combinatie gebruikt.

Vanaf de jaren '50 van de 20^e eeuw is het aantal mensen in behandeling bij de GGZ, met af en toe een kleine onderbreking vanwege financiële beperkingen, eigenlijk alleen maar gestegen (Koekkoek, in druk). Ook in de laatste jaren is bijvoorbeeld het aantal recepten voor psychofarmaca toegenomen en is psychotherapie, hoe kort en pragmatisch soms ook, steeds gewoner geworden (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2015). Het vreemde is dat al deze ontwikkelingen (betere en talrijkere behandelingen voor steeds meer mensen) niet leiden tot een daadwerkelijke afname van het aantal mensen met een psychische stoornis – zoals hierboven beschreven is dat namelijk al een aantal jaren stabiel (De Graaf, 2010). Experts hebben geen goede verklaring voor dit fenomeen: steeds meer behandelingen maar niet minder mensen met stoornissen (Ormel, Bartel & Nolen, 2004). Het zou kunnen dat zonder deze ontwikkelingen het aantal mensen met een stoornis sterk gestegen zou zijn, maar ook daarvoor zijn weinig aanwijzingen.

De vraag is of we met de behandeling van stoornissen het paard niet te veel achter de wagen spannen. Preventie van problemen en stoornissen is over het algemeen effectiever en goedkoper dan het behandelen ervan. Maar de nadruk op curatieve zorg is groot in Nederland; preventie levert alleen op lange termijn iets op en is lastig te meten – en er wordt tientallen malen minder geld aan besteed dan aan curatieve zorg. Preventieonderzoek laat zien dat er wel degelijk stoornissen voorkomen kunnen worden, maar dat we onvoldoende precies weten op wie we de preventieve activiteiten moeten richten. Het is onmogelijk om in een vroeg stadium een stoornis te zien aankomen door middel van een urinetest of bloedonderzoek. Veel mensen komen dus potentieel in aanmerking, zeker als we bedenken hoe talrijk en breed de risicofactoren voor psychische stoornissen zijn. Toch is wel duidelijk dat bepaalde individuen en groepen sterk verhoogde risico's lopen: kinderen die misbruikt of verwaarloosd worden, mensen die eenzaam en sociaal uitgesloten zijn, kinderen van ouders met psychische problemen, en nog een aantal specifieke groepen. Ook bij preventie stuiten we dus op de geringe kennis over de oorzaken van psychische stoornissen, al is wel duidelijk dat een positieve sociale omgeving altijd beschermend werkt.

In de volgende hoofdstukken wordt dit verder uitgewerkt:

- Hoofdstuk 2 gaat in op de precisie van diagnostiek en timing van hulp (hoe vroeger hoe beter).
- Hoofdstuk 3 belicht nader een belangrijke sociale behandeling (via de Openbare GGZ) voor mensen met ernstige problemen die zelf niet om hulp vragen.

Hoe moeten we dat doen?

Hierboven ging het over de toename van effectieve behandelingen, waarvan er ondertussen heel veel beschikbaar zijn. Tegelijkertijd wordt het aantal mensen met stoornissen niet kleiner en lijken er nog heel veel mensen te zijn die geen baat hebben bij al deze behandelmethoden – of ze krijgen ze onvoldoende. Ofwel: veel behandelingen werken voor een deel van de mensen, maar geen werkt voor iedereen. Dit raakt aan de constatering aan het begin van dit hoofdstuk over de beperkingen van standaardoplossingen, en de vele manieren die er zijn om naar psychische problematiek te kijken. Eigenlijk weten we nog weinig over wat precies werkt voor wie, en ook is het niet zo dat we voor alles en iedereen een oplossing hebben.

De match tussen cliënt en omgeving aan de ene kant, en professional en instelling aan de andere kant is nog niet altijd optimaal. Een zorgvuldige afstemming is soms moeilijk of zelfs onmogelijk door gebrek aan verkenning van elkaars perspectieven, organisatorische speling, of financiële of personele ruimte. De GGZ doet voor sommige mensen te weinig, onder de vlag van zelfmanagement en autonomie, merkbaar aan de starheid van verwijzingsregels. Voor anderen doet de GGZ te veel, onder de vlag van sociale controle en handhaving van de openbare orde, waarbij andere partijen (buurtgenoten, politie) de GGZ de wet lijken voor te schrijven. Veel behandelingen zijn maatwerk, zeker bij ernstiger en langdurige problematiek en veel andere betrokkenen dan alleen cliënt en professional. De persoonlijke voorkeuren van cliënten voor type, duur en intensiteit van hulp zijn belangrijk. Maar ook professionals hebben hun voorkeuren, al zijn die niet altijd even expliciet. Sommige professionals vinden het lastig om mensen directief aan te spreken, sommigen vinden het juist lastig om de ander ruimte te geven. Er is dus veel discussie over de ‘juiste behandeling’ en ook over de ‘juiste bejegening’.

In de volgende hoofdstukken wordt dit verder uitgewerkt:

- Hoofdstuk 1 beschrijft de grenzen aan de autonomie.
- Hoofdstuk 6 gaat over de interactie tussen hulpverleners en het GGZ-systeem en gebruikers daarvan, waarbij de botsing tussen verschillende perspectieven aan bod komt.

Met wie moeten we dat doen?

Van oudsher is de GGZ een sterk naar binnen gerichte sector. Dat is niet zo vreemd gezien haar oorsprong in gevangenis- en ziekenhuisomgevingen, ver weg van de bewoonde wereld. Hoewel de meeste ziekenhuizen ondertussen dichter in de stad en bij burgers staan, heeft de sector nog altijd de neiging om 'het zelf te doen'. Dat wil zeggen: de zorg voor mensen met psychische stoornissen zelf aan te bieden en daarover niet zo veel te overleggen of samen te werken met anderen. Natuurlijk verschilt dit per deelgebied, maar zeker specialistische teams die langdurige (klinische) behandeling bieden zijn vaak meer naar binnen gericht dan naar buiten. De buitenwereld ergert zich daar weliswaar aan, maar maakt er ook gebruik van: nog altijd worden veel mensen aangemeld bij acute diensten als 'rijp voor opname'. Daarbij lijkt dan de hoop en verwachting, en soms zelfs impliciete eis, dat de persoon 'genezen' weer terugkeert. De verhouding tussen de GGZ en de samenleving is dus tamelijk ambivalent.

Die ambivalentie is ook merkbaar rond de zogenoemde 'ambulantisering': het proces waarbij in een aantal jaren tot circa 30% van de bedden wordt verminderd (Van Hoof et al., 2015). Dat betekent dat meer mensen met (ernstige) psychische problemen in de samenleving komen wonen, in plaats van op een ziekenhuisterrein. Dit proces is al jaren gaande, maar is de laatste tijd geïntensiveerd. Zolang dat goed gaat is iedereen voor, maar wanneer er incidenten plaatsvinden, worden die gelijk toegeschreven aan de vermeende steeds grotere groep van mensen met een stoornis in de samenleving en 'de GGZ die alleen maar bezuinigt'. Blijkbaar lukt het de GGZ nog niet goed om duidelijk te maken dat een menswaardig bestaan voor mensen met psychische stoornissen, niet alleen een zaak is van specialisten maar vooral ook van de samenleving zelf. Wellicht is dat in de GGZ ook nog niet overal doorgedrongen, dat een sector het niet alleen kan maar samen met cliënten, burgers, andere professionals en instanties moet zoeken naar de best mogelijke oplossingen voor problemen. In dit boek is gelukkig vooral voor dit thema veel aandacht.

In de volgende hoofdstukken wordt dit verder uitgewerkt:

- Hoofdstuk 7 gaat in op de locatie waar hulp geboden wordt en ziet de auteur mogelijkheden in de wijk, waar burgers elkaar meer zouden kunnen vinden met behulp van kwartiermakers.
- Hoofdstuk 8 doet hetzelfde, alleen dan van iets meer afstand en met een methodische bril waardoor handvatten ontstaan voor samenwerking.
- In hoofdstuk 9 komt dat samenwerken ook aan bod, nu sterk vanuit de houding van de hulpverlener die reflectief is gericht op interprofessioneel samenwerken.

Helpt dat/wie bekostigt dat?

In deze inleiding kwam al aan bod dat we steeds meer systematisch kijken of hulp ook echt helpt. Goede intenties, in overvloed aanwezig onder hulpverleners, zijn niet voldoende omdat ze niet altijd leiden tot goede uitkomsten.

Deze nadruk op effectiviteit, en in het kielzog daarvan op efficiëntie, botst regelmatig met bovengenoemde ‘goede intenties’. Professionals willen en kunnen niet altijd alles volgens het boekje (of protocol) doen en hebben een zekere (eigen)wijsheid. Uit onderzoek weten we dat sommige benaderingen bewezen effectiever zijn dan andere. Een heel algemeen voorbeeld daarvan is methodisch werken: vanuit een situatie een doel opstellen samen met de ander(en), hieraan werken en dit regelmatig evalueren en bijstellen. Maar we weten ook dat sommige professionals effectiever zijn dan andere, ongeacht of ze wel of niet precies volgens het boekje werken (Huppert et al., 2001). Bij de al eerdergenoemde onzekerheden over oorzaken, werkzaamheid en samenwerking kan het voor professionals verleidelijk zijn om te stellen dat ‘het gaat om de relatie’. Daarmee bedoelen ze dan het contact tussen henzelf en de cliënt, dat op zichzelf al herstellend zou werken. Inderdaad is de therapeutische relatie verantwoordelijk voor een flink deel van de effectiviteit van een behandeling, maar alleen in combinatie met een methodische aanpak. De meeste mensen, zowel cliënten als professionals, willen in hun leven of op een dag iets bereiken – ook al is het nog zo klein. De kern van hulp verlenen zit niet in het alleen maar praten met mensen, maar in echt luisteren naar hen en hen op methodische wijze helpen bij het bereiken van hun doelen, zodat voorkomen wordt dat zij afhankelijk worden van hulpverlening.

Veel was er de afgelopen jaren te doen over de vermeende grote kostenstijgingen in de GGZ, meer dan elders in de gezondheidszorg. Een nadere analyse leert dat de kostenstijging in de GGZ procentueel niet groter is dan elders, maar in de berichtgeving is dat niet overgekomen (Heijnen et al., 2013). Wel zien we dat de kostenstijgingen elders vaak ook leiden tot minder ziekte en meer gezondheid, maar dat we daarover voor de GGZ – opnieuw – maar weinig weten. Wat de GGZ bijdraagt aan gezondheid en welzijn blijft zo dus onduidelijk, net als veel andere dingen in ons vakgebied (Mackenbach, 2015). Vergeleken met andere landen geeft Nederland, ondanks enige vermindering van bedden, nog altijd veel geld uit aan intramurale zorg en relatief weinig aan ambulante zorg. Ook preventie komt er bekaaid vanaf en een open vraag is dan ook of we ons geld wel op de goede manier besteden.

De nadruk op effectiviteit en het zelf bereiken van doelen heeft ook zijn weg gevonden naar gezondheid- en welzijnsbeleid. In de afgelopen jaren, en hier begon ik deze inleiding mee, is er veel veranderd in de organisatie en financiering van de hulp bij psychische stoornissen. De grote, zogenoemde transities van langdurige zorgfinanciering naar zorgverzekering en Wmo zijn nog niet voorbij, maar hebben al wel veel veranderingen gebracht. En die veranderingen lijken minder oppervlakkig dan alleen maar welke partij wat precies betaalt: doordat de gemeente nu verantwoordelijk is voor de indicaties beschermd wonen, vindt er bijvoorbeeld veel meer afstemming plaats tussen wijkteam en woonbegeleiders. Of dit allemaal ook echt goed werkt weten we niet, want zoals zo vaak met beleid het geval is, wordt dat eerst landelijk ingevoerd en dan pas

serieus geëvalueerd. Op een aantal van deze ontwikkelingen wordt in dit boek dieper ingegaan.

In het volgende hoofdstuk wordt dit verder uitgewerkt.

- Hoofdstuk 10 gaat specifiek in op veranderingen in de financiering van GGZ.

Ten slotte

Ondanks de nodige onzekerheid over de oorzaken en aanpak van psychische stoornissen, weten we een aantal dingen ook wel. Een van die dingen die we wel weten, is dat een open en samenwerkende houding helpt om goede hulp te bieden aan psychisch kwetsbare mensen. Niet alleen in contact met henzelf, ook in contact met omstanders, familie, vrienden en andere professionals. Daarvoor worden in dit boek verschillende handvatten gegeven die zowel beginnende als ervaren professionals helpen om sociaal en systemisch te handelen.

Sociale psychiatrie?

Veel auteurs van de hoofdstukken in dit boek komen uit de 'sociale psychiatrie'. Dit is een niet zo duidelijk omschreven begrip waartoe mensen allerlei dingen rekenen. Sociale psychiatrie is dan outreachend (de straat op), bedoeld voor ernstige problemen (maar ook voor de preventie van lichte problemen) en epidemiologisch onderbouwd (net als de niet-sociale psychiatrie). Sociale psychiatrie is van oudsher ook heel veel dingen niet: het is niet 'klinisch' (in klinieken), het is niet 'diagnostisch' (alleen volgens de DSM), het is niet 'medisch-psychiatrisch' (met alleen maar medicatie of andere biologische behandelwijzen), het is niet 'individueel' (zonder aandacht voor de maatschappij). Ook de term 'sociale psychiatrie' heeft een normatieve kant: is er dan ook een niet-sociale psychiatrie, of zelfs een asociale psychiatrie? Niet echt, al lijken voorstanders van 'sociale psychiatrie' dat soms wel te bedoelen – 'sociaal' betekent dan 'goed' of 'juist' of 'menselijk'.

De term 'sociaal' gebruiken we in dit boek vooral om aan te geven dat er tussen mensen veel gebeurt, dat zowel bevorderend als belemmerend kan werken op geestelijke gezondheid. Formele en informele samenlevingsverbanden en een goed leefklimaat zijn cruciaal voor een goede geestelijke gezondheid van burgers. Hetzelfde geldt voor sociaaleconomische structuren en machtsverhoudingen (Geertsema, 2004). Aan de andere kant, als het gaat om wat we kunnen doen, verwijst 'sociaal' naar de betekenis die mensen in elkaars leven kunnen hebben. Wie een maatje heeft met wie lief en leed gedeeld kan worden, voelt zich niet snel eenzaam. Wie zich gezien en geholpen voelt door anderen, ervaart

erkenning en bestaansrecht. Bij het tot stand brengen van dit soort ‘sociale interacties’ kunnen professionals een belangrijke rol spelen, naast het uitvoeren van meer professionele ‘sociale interventies’ zoals die hier en in de volgende hoofdstukken beschreven worden.

Website

Ga naar www.psychischekwetsbaarheid.nl voor meer informatie, downloads en links horende bij dit hoofdstuk.



Literatuur

- Boer, J., Koetsier, H. & Mulder, C.L. (2015). Stijgende trend in dwangtoepassing onder de Wet Bopz zet door; Implicaties voor de nieuwe Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57 (4), 240-47.
- Chang, S., Stuckler, D. Yip, P. & Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 Global Economic Crisis on Suicide: Time Trend Study in 54 Countries. *British Medical Journal* 347:f5239.
- Delespaul, Ph., de Consensusgroep EPA (2013). Consensus Regarding the Definition of Persons with Severe Mental Illness and the Number of Such Persons in the Netherlands. *Tijdschrift Voor Psychiatrie* 55 (6), 427-38. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23864410.
- Dijk, E.M.H. van (2011). *Daling opleggingen tbs met dwangverpleging*. Ontwikkelingen en achtergronden Den Haag: WODC.
- Frances, A.J., & Widiger, T. (2012). Psychiatric Diagnosis: Lessons from the DSM-IV Pastand Cautions for the DSM-5 Future. *Annual Review of Clinical Psychology* 8 (1), 109-30. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032511-143102
- Geertsema, H. (2004). *Identiteit in meervoud. Een identiteitsbeschrijving van het maatschappelijk werk*. Groningen: Rijksuniversiteit.
- Graaf, R. de, Have, M. ten & Dorselaer, S. van (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Nemesis-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Heijnen, H., Beekman, A., Verheul, R., & Dekker, J. (2013). Kostenstijging GGZ. *Medisch Contact*, 40, 2023-25.
- Hertz-Picciotto, I. & Delwiche, L. (2009). The Rise in Autism and the Role of Age at Diagnosis. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4113600.
- Hoof, F. van, Knispel, A., Hulsbosch, L., Rooijen, S. van, Place, C., Michon, H., Oele, W. & Kroon, H. (2015). *Landelijke Monitor Ambulantisering En Hervorming Langdurige GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Huppert, J.D., Bufka, L.F., Barlow, D.H., Gorman, J.M., Shear, M.K., & Woods, S.W. (2010). Therapists, Therapist Variables, and Cognitive-Behavioral Therapy Outcome in a Multicenter Trial for Panic Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69 (5), 747-55.
- Kessler, R.C., Angermeyer, M., Anthony, J.C., Graaf, R. de, Demyttenaere K., Gasquet, I., & Girolamo, G. de (2007). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of Mental Disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 6 (3), 168-76.

- Koekoek, B. (in druk). *Verward in Nederland. Hoe we omgaan met mensen met psychische stoornissen*. Houten: LannooCampus
- Mackenbach, J.P. (2015). Wat levert de duurste gezondheidszorg van Europa ons op? *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde* 159: A9433. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26306488.
- Ormel, J., Bartel, M., & Nolen, W.A. (2004). De Depressieparadox: Werkzame behandelingen, maar geen dalende prevalentie. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 46 (4), 237-46.
- Stichting Farmaceutische Kengetallen (2015). Gebruik antidepressiva groeit al jaren met gemiddeld 3%. *Pharmaceutisch Weekblad*, 150 (11), via www.sfk.nl.

Ondersteunen of overnemen

1

1.1 Inleiding

Het landschap van de (sociale) psychiatrie is in de laatste decennia ingrijpend veranderd. Er wordt steeds meer de nadruk gelegd op het aanboren van de krachten die mensen met een psychische kwetsbaarheid ook hebben. Het benutten en versterken van deze krachten moet hen helpen om, ondanks deze kwetsbaarheid, een zo rijk mogelijk leven te leiden en hun maatschappelijke rollen naar eigen voorkeur en welbevinden in te vullen.

Deze verandering komt enerzijds voort uit wijzigingen in opvattingen over wat 'goede zorg' voor mensen met psychiatrische kwetsbaarheid nu eigenlijk inhoudt en is anderzijds het gevolg van een aaneenschakeling van veranderingen in wet- en regelgeving. In dit hoofdstuk wordt eerst uiteengezet hoe de inhoudelijke en bestuurlijke veranderingen met elkaar samenhangen en elkaar beïnvloeden. Daarna wordt geschetst welke gevolgen de recente ontwikkelingen hebben gehad en nog hebben op de manier waarop sociale professionals mensen met psychische kwetsbaarheid kunnen ondersteunen en waar nodig helpen bij de (her)opbouw van hun dagelijks bestaan. In de daaropvolgende paragraaf wordt nader ingegaan op een ander aspect van de veranderende ideeën over de beste 'zorg' voor mensen die met psychische kwetsbaarheid te kampen hebben. Het vinden en versterken van de eigen kracht, behoud en herstel van duurzame zelfredzaamheid is namelijk niet voor iedereen onder alle omstandigheden bereikbaar of zelfs wenselijk. Het aandacht hebben voor deze keerzijde maakt evenzeer deel uit van de 'bagage' van de ondersteuners van mensen met psychische kwetsbaarheid, als het kunnen herkennen en ontplooien van hun sterktes.

1.2 'Goede zorg': van klacht naar kracht, van helpen naar aanmoedigen

1.2.1 *(Het denken over) vermaatschappelijking*

De tijd waarin het hebben van psychiatrische problematiek per definitie reden was om mensen op te nemen in intramurale voorzieningen ligt inmiddels geruime tijd achter ons. Het proces van vermaatschappelijking verliep weliswaar niet zo snel en voorspoedig als de voorvechters ervan hadden gehoopt, maar vanaf de jaren '90 werd het toch een centraal begrip in de wereld van de geestelijke gezondheidszorg (Kwekkeboom, 2001).