

INTERVIEW MET JIM VAN OS



Hij is hoogleraar in de psychiatrie en één van de initiatiefnemers van “de nieuwe ggz”. Al lange tijd pleit hij voor een herwaardering van menselijke variatie en veerkracht als tegenhanger van het ‘hokjesdenken’ in de geestelijke gezondheidszorg. Afgelopen jaar lanceerde hij samen met Philippe Delespaul, Michael Millo, Frans Schalken en Wilma Boevink een pamflet waarin hij pleit voor een nieuwe ggz. Het uitgangspunt is om de ggz te verbeteren aan de hand van concrete voorstellen rond drie pijlers: een nieuwe visie op psychische problematiek (vanuit de herstellvisie en ervaringsdeskundigheid), het inrichten van concrete proeftuinen om de ggz op de juiste schaal te organiseren (wijkgericht) en digitale transformatie (cliëntgerichte ICT ontwikkelen vanuit de community gedachte).

In hun boek “Goede ggz!” geven de initiatiefnemers een blauwdruk voor een culturomslag binnen de ggz. Hun ideeën zijn met veel enthousiasme ontvangen en de nieuwe ggz is in korte tijd uitgegroeid tot een breed gesteunde beweging.

Wat is er gebeurd sinds de lancering van jullie pamflet? Hoe staat het ervoor met de realisatie van de nieuwe ggz?

Van Os doet uitgebreid verslag over de laatste ontwikkelingen. Om wijkgerichte zorg te kunnen organiseren zijn de initiatiefnemers intensief in gesprek met gemeenten, bestuurders van instellingen en zorgverzekeraars.

Van Os is met name hoopvol over de samenwerking met de gemeentes, die veel belangstelling hebben voor de nieuwe ggz. Zij denken immers al wijkgericht en financieren al veel initiatieven in de wijk vanuit de Wet Maatschappelijke ondersteuning (WMO). Omdat de gemeentes tegenwoordig ook de kinder- en jeugd ggz inkopen hebben zij voor deze groep ook al de macht en middelen om de ggz te stimuleren volgens de principes van de nieuwe ggz te gaan werken.

Ggz instellingen zijn ook geïnteresseerd, maar tegelijkertijd zien sommigen de nieuwe ggz als een bedreiging en een financieel risico, vertelt Van Os. Gelukkig zijn er instellingen die echt commitment tonen en in januari van start gaan met een pilot (zoals Mondriaan, Virenze, Levanto, MUMC, Arkin en Metggz). De verwachting is dat meerdere instellingen zullen volgen. De pilots, of ‘proeftuinen’ spelen een

cruciale rol in het realiseren van de nieuwe ggz. Om de verzekeraars mee te krijgen is het heel belangrijk om resultaten te kunnen laten zien.

De nieuwe ggz bestaat naast wijkgerichte zorg ook uit een landelijke online community waarbij cliënten zelf mensen om zich heen verzamelen en onder hun eigen voorwaarden zorg organiseren. Toen minister Schippers hierover las in een interview heeft ze de initiatiefnemers voor een gesprek uitgenodigd. Het ministerie van Volksgezondheid heeft veel interesse in het idee van een e-community en is bereid om hierin te investeren. Er is nu een viertal werkgroepen ingesteld om de plannen verder uit te werken, waarbij de nieuwe ggz goed vertegenwoordigd is.

Om een nieuwe visie op psychische problematiek te promoten geven de

initiatiefnemers ook veel lezingen bij instellingen, beroepsverenigingen en opleidingsinstituten. Van Os vertelt dat er vanuit de “expert benadering” veel hulpverleners zijn die het idee hebben dat ze jarenlange specialistische opleidingen moeten volgen om mensen met ernstige problematiek te kunnen helpen, met allerlei specifieke farmacologische en psychotherapeutische technieken. ‘Wat wij ze mee wil willen geven is dat het onder de technieken in

essentie gaat om het werken via de relatie. Een mooi voorbeeld daarvan is “De Brouwerij” (een kleinschalig psychiatrisch centrum in Amsterdam, red.). Een plek waar mensen binnen kunnen lopen en relaties aangaan met elkaar. Dat is geen formele zorg die je in een diagnose-behandelcombinatie (DBC) kwijt kan. Maar het werkt wel. Je ziet dat het aantal opnamedagen behoorlijk naar beneden gaat.’

“De nieuwe ggz is een beweging die van ons samen is. Je kan niet wachten tot er iets gebeurt.”

Van Os benadrukt tenslotte dat de nieuwe ggz een beweging is. Mensen verwachten van alles van de initiatiefnemers, maar: ‘De nieuwe ggz is een beweging die van ons samen is. Je kan niet wachten tot er iets gebeurt. We moeten het samen doen, of niet. De nieuwe ggz gedachte vindt zijn weg niet alleen via ons, maar ook via allerlei initiatieven in de gemeentes. De nieuwe ggz is dus al “bottum-up” aan het ontstaan. Er zijn bijvoorbeeld heel veel clubs van ervaringsdeskundigen die allerlei huizen en praktijken hebben geopend die gefinancierd worden via de WMO. En wat ook gebeurt is dat huisartsen de afstand tot de ggz zo zat zijn dat ze hun eigen psychologen en psychiaters aannemen om gewoon leuke dingen te kunnen doen in de wijk met die WMO-partners. Kijk, wat ons betreft is dat allemaal nieuwe ggz.’

Veel ervaringsdeskundige voorstanders van de nieuwe ggz hebben negatieve ervaringen opgedaan binnen de psychiatrie. Zij staan wantrouwend tegenover de samenwerking die jullie aangaan met ggz instellingen.

‘We moeten wel hoop hebben. Ik denk dat de meeste hulpverleners een intrinsieke motivatie hebben die echt heel integer is. Maar ze worden getransformeerd door het systeem waar ze in zitten. Net zoals we willen dat hulpverleners patiënten niet afschrijven als hopeloos, moet ook de cliëntenbeweging de hulpverleners niet afschrijven als hopeloos. Want dat is precies hetzelfde. Het mes snijdt aan twee kanten.’

In de nieuwe ggz is ook een belangrijke rol weggelegd voor ervaringsdeskundigen. Moet dat volgens jou een herkenbare beroepsgroep zijn, of zou je het onderscheid tussen professionals en

ervaringsdeskundigen kunstmatig kunnen noemen?

‘Onder professionals moet er denk ik erkenning komen dat iedereen met herstel te maken heeft, ook zichzelf. We hebben allemaal inzichten in wat het is om kwetsbaar te zijn. We maken allemaal moeilijke dingen mee waardoor we ons afvragen of de doelen die we ons stellen nog zinvol zijn, waarbij we onze identiteit moeten herontdekken. Het verschil tussen hulpverleners en cliënten zit vooral in de intensiteit van die ervaringen, maar niet in de kwaliteit.’

De initiatiefnemers van de nieuwe ggz spreken dan ook liever over “multideskundigheid”, waarbij je er vanuit gaat dat in iedere persoon meerdere bronnen van deskundigheid aanwezig zijn (zowel persoonlijk als professioneel) die de therapeutische relatie ten goede kunnen komen. ‘De technische competenties kunnen verschillen, maar we zijn allemaal relatiespecialisten’.

Van Os benadrukt de noodzaak van samenwerking tussen verschillende disciplines (psychologen, ervaringsdeskundigen, WMO-partners) die nu nog vaak gescheiden opereren: ‘We kunnen het ons niet permitteren om naast elkaar te blijven werken vanuit de arrogantie dat ons eigen mens-model het beste is. Daarvoor is de onderlinge afhankelijkheid te groot. Perspectiefverandering, symptoomverandering en participatiemogelijkheden zijn allemaal met elkaar verbonden.’

“Hopeloosheid bestaat niet, dat is eigenlijk een raar soort construct.”

De afgelopen tijd is er veel discussie geweest over de omgang met ‘verwarde personen’. Wat is jouw visie hierop?

‘Het probleem met de verwarde personen discussie is de discussie zelf, en de gebruikte term. Maar waar de meeste mensen het over eens zijn is dat de beddenreductie in de ggz geen gelijke pas heeft gehouden met de opbouw van ambulante voorzieningen in de wijk, en dat dit consequenties heeft gehad.’ In de gesprekken met politici merkt van Os dat politici vooral geïnteresseerd zijn in snelle deeloplossingen in termen van dwangmaatregelen. Pure symptoombestrijding in zijn ogen. Waar het over moet gaan is het gebrek aan integrale zorg. ‘We moeten met elkaar in de wijk “sociale holding” creëren waardoor verward gedrag niet op hoeft te treden.’ Dat vraagt ook om een betere samenwerking tussen de WMO-partners, gemeentes en ggz.

Jullie willen betere zorg voor mensen met ernstige psychiatrische klachten. Hoe kun je mensen langdurig steunen zonder ze van hulp afhankelijk te maken?

‘Sociale holding betekent niet dat iedereen altijd zorg heeft. Het betekent ook dat er bijvoorbeeld een plek is in de wijk waar je naartoe kan gaan om dingen te doen, of gewoon te zijn. Op dat soort plekken kun je bijvoorbeeld werken met 80% ervaringsdeskundigen en 20% professionals. Terwijl je voor de acute zorg en de meer technische handelingen dan een wijkteam hebt waar de percentages andersom liggen.

Als je aanwezig bent in de wijk kun je ook werken volgens de principes van netwerkversterking en “Open Dialogue” (zie

inzet) om op die manier hospitalisatie te voorkomen. In Finland zeggen ze; “iedereen heeft altijd ergens een paar contacten”, en als die er niet zijn heb je altijd wel vrijwilligers die bereid zijn om mee te werken, of desnoods betaalde professionals die een tijdje als een netwerk fungeren. Want je kan dus in de nieuwe ggz in principe de hele dag bij iemand blijven als dat nodig is. Daar heb je ruimte en middelen voor als je bereid bent 80% van de bedden af te bouwen. En als je bij iemand blijft in zijn eigen omgeving zijn dingen beter te managen. In een ziekenhuis raken mensen vaak alleen maar meer overstuurd en ontremd.’

In het huidige systeem sluiten we een behandeling af als er onvoldoende vooruitgang wordt geboekt. Maar hebben we geen morele verantwoordelijkheid om kwetsbare mensen bij te staan, ook als hun situatie ‘hopeloos’ lijkt?

‘Precies, dat is zeker de gedachte in de nieuwe ggz. Wij noemen dat werken vanuit de relatie. Hopeloosheid bestaat niet, dat is eigenlijk een raar soort construct. Dat is in het professionele denken geslopen onder invloed van het categoriaal denken; mensen zijn ziek of beter. Dat denken heeft veel impact op hoe we relaties met mensen aangaan. In de nieuwe ggz is persoonlijk herstel eigenlijk het hoogste doel van behandeling. Dat gaat er dus over of iemand tot een ander perspectief kan komen, zichzelf kan gaan zien als een persoon die zinvolle doelen kan nastreven ongeacht de medische uitkomst. Hoop is daarbij een essentiële voorwaarde.’ ●

Open Dialogue werd in de jaren '80 ontwikkeld in Finland. Open Dialogue omvat zowel het organiseren van een behandelstelsel als een vorm van therapeutische gespreksvoering. De behandeling wordt niet aangeboden in een ziekenhuis maar in de omgeving van de cliënt. Uitgangspunt is niet om te komen tot een diagnose maar om ruimte te maken voor de verschillende verhalen van cliënt en betrokkenen. De professionele kennis wordt met terughoudendheid toegepast evenals medicatie en opname in een kliniek.

Een belangrijk hulpmiddel van Open Dialogue is de eigen versie van de behandelsessie, de network treatment meeting, die plaatsvindt binnen 24 uur na de eerste oproep voor hulp bij een crisis. Deze network treatment meeting verzamelt iedereen die betrokken is bij de crisis, inclusief de betrokken persoon, zijn of haar familie en sociale netwerk, alle professionele hulpverleners en andere belangrijke betrokkenen. Gedurende dit proces zijn er geen aparte vergaderingen om te praten over de “casus.” Alle discussies en beslissingen vinden plaats in de bijeenkomsten, waarbij iedereen aanwezig is.

Transparantie ontstaat doordat behandelaars reflecteren in aanwezigheid van de patiënt en de familieleden. De verschillende opties voor behandeling worden zodoende onderwerpen ter discussie in plaats van aanbevelingen door experts. Haastige beslissingen en snelle conclusies over de aard van de crisis, diagnose, medicatie en de vorm van de therapie worden vermeden.

De aanpak laat opmerkelijke resultaten zien: minder chronische psychiatrie over 20 jaar; een hoog percentage sociale integratie, weinig terugval en minder opnamedagen.

Bron: www.herstelondersteuning.nl