

Wilma van der Scheer

voorzitter MIND

NIEUWE WERKWIJZEN; PREVENTIEF, PASSEND EN PERSOONLIJK



Sturing geven aan de gezondheidszorg is, ook zonder de huidige crisis door het Covid-19 virus, geen gemakkelijke opgave. Er zijn veel belanghebbenden en er is veel geld mee gemoeid. De geestelijke gezondheidszorg is extra ingewikkeld. Organisaties in de ggz behoren tot wat Hargrove & Glidewell *'impossible job organizations'* noemen. Hargrove & Glidewell sommen op: de ggz heeft 'klanten' die maatschappelijk gezien weinig aanzien genieten, waar mensen zich niet (gemakkelijk) mee identificeren, genezing is niet altijd mogelijk; de ggz is niet heroïsch en is afhankelijk van beperkte publieke middelen en gevoelig voor politieke 'moodswings'. Ook genieten professionals vaak niet hetzelfde respect als vergelijkbare professionals in andere sectoren. Deze beschrijving is niet per se gebaseerd op de Nederlandse situatie en is opgetekend in 1990. Een relevante vraag is: waar staan we nu, in Nederland?

“Het gedroomde de-medicaliseren kan alleen als we burgers en patiënten centraal stellen en niet zorgprofessionals, zorgorganisaties of het stelsel.”

Zichtbare patiënten
Anno 2020 is de ggz nog steeds een complexe sector. Middelen zijn beperkt, de zorgvraag groeit, professionals worstelen met werkdruk. Het goede nieuws is dat mensen met psychische klachten niet langer onzichtbaar zijn. Via de (social) media laten zij steeds vaker zelf van zich horen. Denk aan de actie van Charlotte Bouwman. Zij wacht al ruim 800 dagen op passende zorg en accepteert dit niet langer. Haar actie heeft geleid tot 70.000 steunende handtekeningen. Denk aan Zjos Dekker, naar eigen zeggen ‘de leukste autist van twitter’. Zjos heeft begeleiding bij het leven, werkt als ervaringsdeskundige in de ggz en helpt anderen met het omgaan met hun kwetsbaarheid. Via haar tweets, blogs en mediatraining bereikt zij veel mensen, vooral jongeren. Zij is voor hen een voorbeeld: zie je wel, dat je een leven kunt leiden dat bij je past! Patiënten zijn met andere woorden niet langer *powerless* tegenwoordig. Al voelt dat natuurlijk niet zo, als je depressief bent, psychotisch of angstig.

Waardevolle ervaringskennis

Een belangrijke ontwikkeling is de waardering voor ervaringskennis, die is goud waard. Van preventie, tot intake tot herstel: in elke fase is ervaringsdeskundigheid van grote waarde. Psychische nood wordt bespreekbaar, mensen worden beter geholpen, de hulp is passender, het

herstel gaat sneller. Dat ontdekten we in Nederland, maar ook in andere landen. In Schotland hebben ze de *psychological wellbeing practitioner* (pwp). Belangrijkste functie vereisten?

1. To be able to stand in the shoes of patients;
2. To empathise. De pwp's organiseren o.a. (*online*) *peer support*, en *peer mentoring*, en ze coördineren *family groups*. In Nederland kennen we de ervaringsdeskundige medewerker in de ggz. Zij werken voor ggz-organisaties, bestieren zelfregiecentra en herstelacademies. Hoopvolle initiatieven, die helaas vaak worstelen met hun continuïteit. Ondanks dat iedereen de voordelen ziet, lukt het bijna niet om ruimte te maken voor deze nieuwe vormen van laagdrempelige hulpverlening.

Ruimte voor nieuw

Ruimte bieden aan nieuwe werkwijzen gaat niet zonder oude werkwijzen te verlaten. Het gedroomde de-medicaliseren kan alleen als we burgers en patiënten centraal stellen en niet zorgprofessionals, zorgorganisaties of het stelsel.

Als je naar burgers en patiënten luistert hoor je de volgende boodschappen:

1. Investeer in een ontspannen, tolerante, weerbare en mentaal-vaardige samenleving: de stressvolle samenleving en prestatie maatschappij moeten bijgestuurd worden. Investeer in de leefbaarheid

van wijken, in plekken waar een mens tot rust kan komen.

2. Maak ruimte voor verschil: verschillen in tempo (van ontwikkelen, leren, werken), verschillen in voorkeuren en leefstijlen.
3. Maak ook verschil in de wijze van behandelen. Evidence based medicine is een groot goed, maar voor patiënten in de ggz is personal evidence (zorg en medicatie die bewezen effectief is bij deze persoon) belangrijker.
4. Organiseer zorg en ondersteuning dicht bij mensen thuis, zodat het aansluit bij hun leven. Mensen voelen zich beter gezien, volgen adviezen sneller op en trekken eerder aan de bel als het minder goed gaat.
5. Maak gebruik van de kennis en ervaring van (voormalig) patiënten. Dit zijn allemaal trage adviezen. Paul Cilliers, expert op het gebied van complexiteit, gaf het al aan: “complexe vraagstukken vragen om trage antwoorden (*‘a certain slowness’*), gebaseerd op doorleefde kennis (ervaring), reflectie daarop en bezinning.” Een zekere traagheid zou veel mensen goed doen, niet alleen patiënten. Een traag intake proces leidt tot een beter begrip van de zorgvraag. Het zal menig zorgverlener meer voldoening geven. Maar zal ook, naar alle waarschijnlijkheid, het gehele zorgproces verkorten. Minder misdiagnoses, minder draai-deurpatiënten, minder wachtlijsten,



“Een traag intake proces leidt tot een beter begrip van de zorgvraag en zal naar alle waarschijnlijkheid het gehele zorgproces verkorten.”

minder overbelaste mantelzorgers, minder burn-out onder zorgverleners.

De zorg ont-zorgen

Traag betekent niet stil staan, maar gestaag in de goede richting bewegen en de tijd nemen om te snappen wat de goede richting is. De richting die we in Nederland hebben gekozen draait om 'de juiste zorg op de juiste plek': verplaatsing van zorg, vervanging van duurder zorg door goedkopere zorg, inzetten op voorkomen van zorg. Kort gezegd: de zorg ont-zorgen. Dit kan alleen als we de patiënt (burger) zelf een andere plek geven. Als we beginnen bij wat hij/zij nodig heeft om een gezond leven te leiden en staande te blijven in deze maatschappij. Professionele zorg, zo blijkt dan, is niet altijd het belangrijkste. Gelukkig, gezien de richting die we voor ogen hebben.

Maatwerk door samenwerken

Zorg is een belangrijk onderdeel van een heel pallet van mogelijkheden, dat kan bijdragen aan gezondheid en geluk. Soms is een maatje belangrijk, soms vooral huisvesting of (vrijwilligers)werk of een fijne, vertrouwde (online) ontmoetingsplek. Soms is een prettige tijdsbesteding het belangrijkste, of is veel opgelost met kleinschalig onderwijs in een rustige setting of even een pauze mogen nemen van school. Soms is er tijdelijk heel veel zorg nodig, soms minder, soms continu een beetje. Die flexibiliteit is moeilijk te organiseren, maar het kan wel als we goed samenwerken met de patiënt, diens familie en netwerk én als we samenwerken over domeinen en (financiële) schotten heen. Als we een beetje overlap toestaan tussen verschillende (zorg)domeinen. Als

behandelaren de patiënt dus niet loslaten voordat er goede nazorg is geregeld in de leefomgeving, en bij een terugval beschikbaar zijn voor consultatie en eventueel nieuwe behandeling. Als we lokaal (gemeente) investeren in de inzet van ervaringsdeskundigheid en burgerinitiatieven. Als we (het mogelijk maken) als zorgsector en sociaal domein beter samen (te) werken. Dan kan dat heel veel mensen helpen. ○