

Sociale psychiatrie

Vakblad sociaal psychiatrische verpleegkunde
September 2025

SP

152

⇒ **Angstige beelden zien. Hoe daar mee om te gaan?**

Peter Oud, SPV

⇒ **SPV Bemoeizorg: Verbinden waar de samenleving loslaat**

Harald Bremer, SPV i.o. en Kees Bijmolt, SPV i.o.

⇒ **DigiTaal. De online context als speelveld van de SPV**

Elaine Blokhuis, SPV en Iris Leijstra, SPV

⇒ **Hoe toekomstbestendig is de huidige sociaal psychiatrisch verpleegkundige?**

Anke Sieswerda en Afke Wolters SPV

... en nog veel meer

Colofon

Sociale Psychiatrie is een uitgave van de V&VN - Afdeling Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen. Jaargang 44

Redactie Sociale Psychiatrie

Dhr. G. Lohuis, eindredactie
Dhr. F. van Vugt
Mw. G.B.M. van Zijl
Dhr. F. van der Lem
Mw. I. Warmerdam, eindredactie
Mw. S. van Erp
Mw H.E. Blokhuis
Contact opnemen met redactie leden, onder vermelding van naam: redactie@venvn-spv.nl

Technische uitvoering

Ontwerp en opmaak: ik-ook.nl
Coördinatie: Frans van Vugt
Druk: Skrid Media

ISSN nummer: 1386-3541

Opname: 2150
Dit tijdschrift wordt geïndexeerd in INVERT

Abonnement Sociale Psychiatrie

Kosten € 33,00 ex 9% BTW per jaar (2025)

Distributie Sociale Psychiatrie

Hosingenhof 5, 5625 NJ Eindhoven
Telefoon (040) 29 26 044
E-mail: redactie@venvn-spv.nl

Informatie V&VN-SPV

De vereniging kent leden afdeling SPV.
Zij ontvangen alle stukken van de vereniging, het blad Sociale Psychiatrie en hebben gratis toegang tot de ALV en (regionale)studiemiddagen van de afdeling SPV. Aantal leden V&VN-SPV: 2010

Bestuur

Mw. M. Zuiderveld, voorzitter
Dhr. H.J. van Essen, vice-voorzitter
Mw. L. De Vries, lid
Mw. S. Nijen Twilhaar, lid
Dhr. W. Slobbe, lid
Dhr. T. Borremans, lid

Email bestuur: postbus@venvn-spv.nl

Website: www.venvn-spv.nl
www.archief-spv.nl

Richtlijnen voor het insturen van artikelen

Algemeen:

Het vakblad Sociale psychiatrie is een driemaandelijks tijdschrift van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Doel van dit tijdschrift om elkaar en andere geïnteresseerden op de hoogte te houden van belangrijke ontwikkelingen op het gebied van de sociaal psychiatrische verpleegkunde en de GGZ in het algemeen. Bij inzendingen wordt vooral gekeken naar de relatie met de praktijk van de sociaal psychiatrische verpleegkunde. Dat wil niet zeggen dat artikelen die een andere strekking hebben, niet geplaatst worden.

Werkwijze:

Artikelen kunnen aangeboden worden, mits zij volgens de richtlijnen voor het schrijven van artikelen zijn opgesteld, dus goed beargumenteerd, en vanuit de theorie onderbouwd, met duidelijke literatuurverwijzingen. Plaatsing is niet gegarandeerd. Iedere inzending wordt beoordeeld door de redactieraad, die vier keer per jaar bijeenkomt. Na inzending (per e-mail) krijgt u bericht van ontvangst, en de datum van de eerst volgende redactievergadering door. Binnen twee weken na de redactievergadering, ontvangt u een reactie op uw inzending. Indien gewenst kunt u ook vooraf redactieleden benaderen, over het onderwerp, de opzet en eventuele begeleiding bij het schrijven.

De tekst moet overzichtelijk zijn opgebouwd met een inleiding, kopjes voor de uitwerking van het thema, een samenvatting of conclusies tot besluit. Vervolgens een -volgens de richtlijnen- opgestelde lijst met bronvermelding. Maak zo min mogelijk gebruik van puntsgewijze opsommingen, dit gaat ten koste van de leesbaarheid. Vermijd zoveel als mogelijk is vakjargon en buitenlandse termen.

Leidraad voor de lengte van hoofdartikelen bedraagt 8 A4 (4000 woorden). Voor kortere artikelen in een van de rubrieken (Mediaan en Uit den Lande) is een lengte 2000 woorden gewenst en voor de rubriek Dichterbij en Literatuurbesprekingen wordt van circa 1200 woorden uitgegaan.

Kopij per e-mail aanleveren, liefst in DOC-formaat, naar de redactieleden (zie colofon). Geef duidelijk aan wat uw naam, functie en werkplek is en eventuele andere gegevens die u belangrijk vindt om te vermelden in geval van plaatsing.

Copyright

We verwachten van door auteurs aangeboden artikelen dat deze niet op andere plaatsen gepubliceerd worden voordat plaatsing in SP heeft plaatsgevonden of is afgewezen.

Redactioneel	3
Artikelen	5
Angstige beelden zien. Hoe daar mee om te gaan? <i>Peter Oud, SPV</i>	5
SPV Bemoeizorg: Verbinden waar de samenleving loslaat <i>Harald Bremer, SPV i.o. en Kees Bijmolt, SPV i.o.</i>	15
DigiTaal. De online context als speelveld van de SPV <i>Elaine Blokhuis, SPV en Iris Leijstra, SPV</i>	23
Hoe toekomstbestendig is de huidige sociaal psychiatrisch verpleegkundige? <i>Anke Sieswerda en Afke Wolters SPV</i>	31
Psychische klachten en welbevinden: Het belang van beiden in de geestelijke gezondheidszorg, <i>Mandy Verleijdsdonk, Margot Metz, Gabriëlle van Son, Nele Jacobs, Edwin de Beurs en Anneke van Schaik.</i>	39
VerTaal armoede! Zeven tips voor de SPV <i>Mirjan van Heese, SPV en Elaine Blokhuis SPV</i>	51
Mediaan	59
Niet langer controleren en beheersen, maar verbinden Over mijn keuze voor BuurtzorgT, <i>Roel Geurts</i>	59
Jij en ik mentaal gezond? Een gebed zonder end! <i>Frans van der Lem</i>	61
Interview	65
Willem Keizer, <i>Simone van Erp</i>	
Uit den lande	70
Inaugurele rede. prof. dr. Derek W. Strijbos: Niet anderszins omschreven; Begripsruimte creëren in de ggz, <i>Ingelien Warmerdam</i>	
Literatuur	72
Doorgedraaid, <i>Lex van Berkel en Sanne Winchester</i>	72
De laatste dagen van de dorpsgek, <i>Anne-Goaitske Breteler</i>	73
Een dun streepje toeval, <i>Remke van Staveren</i>	74
Emoties doorvoelen, <i>Gerrie Bloothoofd en Rogier Poels</i>	76
Dichterbij	78
Opgewekt triest, <i>Gerard Lohuis</i>	78
Samen een koekje eten, <i>Gerard Lohuis</i>	79

Tik haar naam in op de website van het vakblad SPV en er verschijnen 71 hits. Kijk in het archief van SP na 1994 en een onophoudelijke reeks van boekrecensies van haar hand komen tevoorschijn. Op het 35-jarig jubileum van de beroepsvereniging voor SPV nam ze letterlijk de strijkstok ter hand om voor alle collega's viool te spelen. In december 2013 overleed haar partner en in haar artikel 'De hulpverlener in rouw' (juni 2016) beschreef zij op invoelbare wijze hoe het is om een dierbare te verliezen. "Kwetsbaar en dicht op de huid!" schreven we destijds. We raden u aan om het artikel nog eens in het archief erop na te slaan. We hebben het over "Onze Godelieve", Godelieve van Zijl. Ze gaat na jarenlange noeste arbeid te hebben verricht voor dit vakblad de redactie verlaten. U hebt het niet gemerkt maar ze heeft ongelooflijk veel uren besteed aan het leesbaar maken van artikelen. Ze is een rots in de redactie-branding zodat u op gepaste tijden kon genieten van een nieuwe SP. Kritiek bestaat voor haar uit het stellen van juiste vragen, een mening bestaat voor haar uit een goed onderbouwd oordeel, adviseren bestaat voor haar uit een welgemeende handreiking en boven alles siert ze in medemenselijkheid. Godelieve is voor de redactie 'de grand old lady' van wijsheid. Een bron waar men zich aan kan laven. Bij afscheid wordt stevast geroepen dat iemand onmisbaar is en in haar geval is het meer dan een 'waarheid als een koe'. Vanuit de redactie willen we haar de woorden van Kopland meegeven:

*Je blijft iemand op wie wordt gewacht.
Weggaan kun je beschrijven als een soort van blijven.
Niemand wacht want je bent er nog.
Niemand neemt afscheid want je gaat niet weg.*

Maar Godelieve kon het zelf als geen ander verwoorden in haar eigen gedicht waarmee ze destijds haar artikel afsloot:

De Bomen

*Maar de bomen zijn er nog, en de kleine takken
Mijn schoenen en mijn stap.
Ik loop langs een slootje
En zwaai naar de zwanen
De buitenlucht, de wolken
De zon en de vogels
Zij zijn als vrienden die me vergezellen
Ik vertel het jullie
De bomen blijven bestaan.*

Dank je wel Godelieve voor jouw inzet, jouw bijdragen, jouw redactionele werk maar vooral omdat we dat samen met je mochten doen. We gaan je missen.

In het nieuwe nummer neemt **Peter Oud** ons in zijn reeks van bijdragen in het artikel *'Angstige beelden zien'* mee naar een manier om angstige beelden om te zetten in een meer positieve beleving, waarbij rekening gehouden wordt met de context en betekenisgeving van waaruit ze zijn ontstaan. **Harald Bremmer** en **Kees Bijholt** nemen de bemoeizorg nog eens onder de loep. In *'Bemoeizorg- verbinden waar de samenleving loslaat'* laten ze zien wat er in de praktijk voor nodig is. Zij drukken het uit in rollen als "communicator, samenwerkingspartner, maatschappelijk handelaar, gezondheidsbevorderaar, organisator en kwaliteitsbevorderaar". Typisch de competenties van een SPV dus! Over naar een geheel andere invalshoek. Ons nieuwe redactielid **Elaine Blokhuis** schrijft samen met **Iris Leijstra** in *'DigiTaal- de online context als speelveld van de SPV'* over de invloed van de digitale wereld in de GGZ. Influencers zijn actief om hun mening te verkondigen, maar lang niet altijd het meest geschikt om te volgen. Dan liever de Nieuwe GGZ, die een toegankelijke GGZ-taal ontwikkelt. De SPV moet volgens de auteurs cliënten hierbij op een goede manier begeleiden om te leren omgaan met sociale media is hun advies. Ze geven een aantal handvatten hoe ze dat kunnen doen. Welkom in de digitale wereld anno 2025!

Anke Sieswerda en **Afke Wolters** vragen zich in *"Hoe toekomstbestendig is de huidige SPV?"* af hoe de SPV in de rol van coördinerend regiebehandelaar het best gewaardeerd kan worden binnen de functiewaardering gezondheidszorg; FWG. Ze geven uitleg over de functie omschrijving en de functie indeling, het verschijnen van het (nieuwe) Landelijk Kwaliteitsstatuut (LKS 4.0) en hoe belangrijk de rol van het werkveld, werkgevers en vakbonden hierbij is. De SPV is meer terug dan ooit weggeweest te zijn! **Mandy Verleijdsdonk** schreef in haar afstudeeronderzoek van de master Levenslooppsychologie een masterscriptie en besloot deze met een aantal collega's in een artikel om te zetten. In *"Psychische klachten en welbevinden: Het belang van beiden in de geestelijke gezondheidszorg"* wordt uitgelegd dat klachten en welbevinden twee verschillende aspecten van het geestelijk welbevinden zijn en worden er handreikingen gedaan hoe er in de praktijk mee kan worden omgegaan. Een brug tussen probleem-georiënteerd en herstelgericht werken.

In *"Vertaal armoede!- Zeven tips voor de SPV"* van **Mirjan van Heese** en **Elaine Blokhuis** worden de inzichten die Tim 's Jongers en Milio van de Kamp opdeden, beiden opgegroeid in armoede, naar de praktijk vertaald. Beiden schreven daarover ook een boek. Armoede gaat niet alleen over gebrek aan geld, maar over *'spreek-, beweeg- en gedragsregels'* die kinderen die in armoede opgroeien onvoldoende meekrijgen om zich later beter staande te kunnen houden. Armoede doet iets met zelfvertrouwen en geloven in jezelf, waarbij de auteurs laten zien wat er nodig is om de cirkel van armoede te doorbreken

In de rubriek **Mediaan** steekt **Roel Geurts** zijn enthousiasme voor het werken als SPV niet onder stoelen of banken. In zijn visie *"Niet langer controleren en beheersen, maar verbinden. Over mijn keuze voor BuurtzorgT"* komt het belang van autonomie voor zowel de hulpontvanger als de hulpverlener naar voren. Om aan beide zijden 'hospitalisatie' te voorkomen. Remke van Staveren, psychiater bij BuurtzorgT werd op zekere dag overvallen door hevige angsten. Haar weg naar herstel heeft ze beschreven in *'Een dun streepje toeval'* en op 4 april jongleden bezocht **Frans van der Lem** een studiedag op 'De Landgoederij' te Bunnik naar aanleiding van het verschijnen van haar boek. Van der Lem trof die dag *een bont gezelschap van openhartig*

communicerende deelnemers die zich bogen over de vraag hoe de hulpverlener omgaat met de eigen mentale kwetsbaarheid en wat er nodig is om te herstellen als het even niet meer gaat. Lees deze bijdrage als u wilt weten hoe *een gebed zonder end* afloopt.

Willem Keizer schreef als verpleegkundige *‘Waanzin en sneeuw’* wat voor **Simone van Erp** reden was om de auteur eens een aantal vragen voor te leggen. Keizer die ook filosofie en rechten studeerde, beschrijft wat het vak van de verpleegkundige vraagt en voor welke keuzes deze dagelijks staat. In het interview vertelt Keizer *‘Ik hoop dat mensen het boek lezen en ervaren hoe we in de praktijk dagelijks tegen de grenzen van ons kunnen en weten aanlopen. Dat is namelijk voor zowel patiënt als zorgverlener vaak een twijfelachtige ervaring’*. Een prachtig interview met een gedreven hulpverlener.

In november 2024 sprak Derek Strijbos op de studiemiddag van onze beroepsvereniging waarin hij het vakmanschap, de professionele identiteit en de maatschappelijke opdracht van de sociale psychiatrie de revue liet passeren. Bij het aanvaarden van het bijzonder hooglerschap ‘Filosofie in de ggz’ aan de Faculteit der Filosofie, Theologie en Religiewetenschappen van de Radboud Universiteit, schreef hij zijn oratie *‘Niet anderszins omschreven’* dat voor u werd gelezen door **Ingelien Warmerdam**. In de geloofsbrief bij het aanvaarden van zijn functie wordt de ‘4E-benadering van de geest of *mind*: ervaring, gedachten en gevoelens als wezenlijk **embodied, embedded, extended** en **enacted**’ beschreven. Volgens Warmerdam zeer de moeite waard. *‘Een rauw en pijnlijk levensverhaal’*, aldus **Ingelien Warmerdam** in haar recensie over het boek *‘Doorgedraaid: tussen wereldhit en psychiatrische kliniek’* van Lex van Berkel en Sanne Winchester.

In ‘De laatste dagen van een dorpsgek’ geeft de auteur Anne-Goaitske Breteler *‘een mooi historisch perspectief over het mentaal welbevinden op het platteland wat heden ten dage inzicht kan opleveren over het narratief van cliënten in plattelandsgebieden’* volgens Ingelien **Warmerdam** die ook dit boek recenseert. **Fans van der Lem** heeft voor u het eerder genoemde boek van Remke van Staveren ‘Een dun streepje toeval’ gelezen. Volgens van der Lem verplichte kost voor iedereen die aan de eigen mentale gezondheid wil werken. **Godelieve van Zijl** las het boek *‘Emoties doorvoelen’* van Gerrie Bloothoofd en Rogier Poels. Volgens haar lijkt met dit boek de psychoanalyse via een directievere manier en kortere duur, zijn weg binnen de GGZ teruggevonden te hebben.

Zoals u inmiddels gewend bent sluit **Gerard Lohuis** in **Mediaan** dit nummer af met ervaringen uit eigen praktijk.

Ingelien Warmerdam
Gerard Lohuis

Angstige beelden zien

Hoe daar mee om te gaan?

Peter Oud, SPV
Ron Verbrugge,
illustraties

De conclusies van onderzoekers op het gebied van droomanalyse, het zien van beelden variëren. Er is geen consensus over de precieze betekenis van beelden. Sommige onderzoekers geloven dat dromen, beelden een weerspiegeling zijn van onbewuste verlangens, emoties en ervaringen, terwijl anderen denken dat dromen voortkomen uit neurologische processen in de hersenen. Er zijn ook theorieën die stellen dat dromen dienen om herinneringen te verwerken, creativiteit te stimuleren of om te helpen bij probleemoplossing. Het blijft een onderwerp van voortdurend onderzoek en debat binnen de wetenschappelijke gemeenschap. Maar hoe kun je met het zien van beelden omgaan als ze als beangstigend worden ervaren?

In onze cultuur beschrijven we verschillende soorten hallucinaties, waaronder visuele hallucinaties (zien van dingen die er niet zijn), auditieve hallucinaties (horen van geluiden of stemmen die er niet zijn), tactiele hallucinaties (voelen van aanrakingen die er niet zijn), gustatieve hallucinaties (proeven van smaken die er niet zijn) en olfactorische hallucinaties (ruiken van geuren die er niet zijn).



Isolement

Er is onderzoek gedaan naar visuele hallucinaties, waarbij wetenschappers hebben geprobeerd te begrijpen hoe visuele hallucinaties ontstaan en welke factoren erbij betrokken zijn. Verschillende studies hebben aangetoond dat visuele hallucinaties kunnen optreden bij verschillende aandoeningen: zoals Charles Bonnet-syndroom, schizofrenie, epilepsie, drugsgebruik en bij bepaalde neurologische aandoeningen (Ted Talk, Oliver Sacks: What hallucination reveals about our minds). Onderzoek naar predictive coding (de informatie die zich aandient in het brein, in combinatie met de (on)bewuste verwachtingen), hoe de hersenen deze verwachtingen creëren die kunnen leiden tot hallucinaties. Dit model wordt vaak genoemd in studies van Karl Friston en anderen. Daarnaast zijn er ook onderzoeken gedaan naar de effecten van bepaalde stoffen, zoals psychedelica op het opwekken van visuele hallucinaties (Robin Carhart-Harris en Roland Griffiths, 2012).

De uitkomsten van het onderzoek naar visuele hallucinaties varieerden afhankelijk van de specifieke aandoening of situatie die werd

bestudeerd en is mede afhankelijk van de interpretatie van de onderzoeker. Onderzoekers hebben bijvoorbeeld ontdekt dat visuele hallucinaties kunnen worden veroorzaakt door verstoringen in de normale werking van de hersenen, zoals abnormale activiteit in bepaalde gebieden of chemische onevenwichtigheden. Daarnaast hebben sommige studies aangetoond dat bepaalde factoren, zoals stress, slaapgebrek of medicatie, visuele hallucinaties kunnen triggeren of verergeren. Het onderzoek naar visuele hallucinaties is nog steeds gaande en zo wordt er voortdurend meer inzicht verkregen in deze complexe fenomenen.

Anneke Bezem heeft daarentegen weer onderzoek gedaan naar 2 verschillende denkstijlen: Taal denken en beeld denken. Ook interessant. Dit zijn twee cognitieve stijlen die anders leren en denken. Beelddenkers verwerken informatie visueel, begrijpen complexe verbanden snel en blinken uit in creativiteit en ruimtelijk inzicht. Taaldenkers denken in woorden, verwerken informatie lineair, zijn analytisch sterk en goed in taal, logica en redeneren. Hierdoor kunnen deze twee groepen elkaar verkeerd begrijpen: beelddenkers vinden taaldenkers over het algemeen traag en te gedetailleerd, terwijl taaldenkers beelddenkers vaak onsamenhangend of vaag vinden. Wat vele hulpverleners echter niet weten is dat er ook wetenschappelijk onderzoek gedaan is naar de betekenisgeving van dromen door verschillende onderzoekers en wetenschappers over de jaren heen. Sigmund Freud was een van de pioniers op het gebied van droomanalyse in de psychoanalyse. Carl Gustav Jung, de Zwitserse psychiater en mede pionier van de analytische psychologie, hechtte veel belang aan beelden, vooral die welke in dromen en fantasieën verschijnen. In de moderne tijd hebben neurowetenschappers en psychologen ook onderzoek gedaan naar de neurologische en psychologische processen die ten grondslag liggen aan dromen en hun mogelijke betekenis.

Als je in een cultuur opgroeit waar: het horen van stemmen, het zien van beelden, het opmerken van lichamelijke sensaties, zonder dat er een bron voor is aan te wijzen, als afwijking wordt gezien, als een symptoom van een ernstige ziekte, leer je je terughoudend op te stellen. Zo leer je hier niet over te praten. Niemand wil immers voor “gek” worden aanzien of te worden buitengesloten.

Buitenzintuiglijke ervaringen worden denk ik, binnen de huidige GGZ-cultuur niet altijd goed begrepen. Vroeger dachten hulpverleners al gauw bij het horen van bovenstaande ervaringen aan schizofrenie-achtige symptomen. Stichting Weerklank of mijn collegae bij de Stemmenpoli zien dat als een misvatting. Dat maakt ook dat wij er in onze praktijk wat anders dan hulpverleners in de reguliere ggz er doorgaans mee omgaan. Het horen van stemmen en het zien van beelden beschouwen wij vanuit de Stemmenpoli als een menselijke variatie. Net als we inmiddels linkshandigheid, dyslexie en seksuele geaardheid als variatie zien. Mijn buurman is illustrator (zie tekeningen). Hij vertelt mij dat hij veelal denkt in beelden. Hij tekent het beeld, wat hij min of meer voor zich ziet, gewoon na. Creëert dan een schets van de tekening, die hij later uitwerkt. Mozart hoorde zijn muziek voordat hij die opschreef. De rol van de hersenen hierbij, is nog een zoektocht.



Beelddenken

Nu heb ik jaren geleden geleerd, zo tussen mijn 30-35ste, van mijn eigen ervaring met stemmen horen, beelden zien en lichamelijke sensaties. Ik werkte destijds als psychiatrisch verpleegkundige op een Paaz. Ik hoorde stemmen, kreeg suggesties wat te doen, zag beelden en ervoer aanrakingen of een drang mij ergens naar toe te bewegen. Daar heb ik mee leren dealen. Ik heb het geluk gehad dat ik dat in die tijd buiten de psychiatrie, van andere mensen met vergelijkbare ervaringen en die daar geen problemen van maakten, geleerd heb.

Op de Stemmenpoli in Alkmaar komen we vooral mensen tegen die bang voor hun stemmen zijn, bang voor de beelden die ze zien, of bang zijn voor de lichamelijke sensaties die zij ervaren. Ik richt mij hieronder even op het zien van beelden.

Het beschrijven van de beelden kan lastig zijn, omdat deze vaak abstract, chaotisch of emotioneel geladen zijn. Als we iets lastig vinden, of ergens bang voor zijn, hebben we van nature vaak de houding om deze ervaringen uit de weg te gaan, te vermijden.

We hebben de neiging dat beeld te negeren. Ook als het negeren het advies is van de hulpverlener die je treft, is het logisch dat je hier gehoor aan geeft. Maar dan kan je angstig voor het beeld blijven.

In dromen zien we ook beelden. In een nachtmerrie zien we doorgaans beangstigende beelden. Het helpt als je erover vertelt, en als je kan beschrijven wat je kan zien. Dat geldt ook voor het zien van beangstigende beelden overdag, als je gewoon wakker bent. De eerste stap is dan ook om erover te vertellen of de beelden te beschrijven. Als je die beelden voor je houdt en probeert te negeren dan blijft dat probleem bestaan, wordt het probleem wat je ermee hebt alleen maar groter. Dat is met het horen van stemmen ook zo. Probeer maar eens ergens niet aan te denken...

Carl Gustav Jung, een Zwitserse psychiater, hechtte veel belang aan beelden. Hij geloofde in tegenstelling tot Freud, in een collectief onbewuste. Hij ervoer die beelden, visioenen zelf namelijk ook. Hij heeft hierover in 'Het Rode Boek', geschreven. Hier zijn enkele kernpunten van wat Jung over beelden zei:

1. Beelden kan je zien als uitdrukking van het onbewuste

Jung geloofde dat beelden, vooral in dromen, een directe manifestatie zijn van het onbewuste. Ze drukken gevoelens, verlangens en spanningen uit die niet gemakkelijk toegankelijk zijn voor het bewuste denken.

2. Archetypische beelden

Veel van de beelden in dromen zijn volgens Jung archetypisch, wat betekent dat ze universele symbolen vertegenwoordigen die diep geworteld zijn in de collectieve ervaring van de mensheid. Deze archetypen, zoals de held, de schaduw of de anima/animus, zijn terug te vinden in mythologieën, religies en kunst over de hele wereld.

3. Symbolische betekenis

Jung zag beelden als symbolisch, waarbij één beeld meerdere betekenissen kan hebben. Hij geloofde dat het analyseren van deze symbolen helpt om diepere psychologische inzichten te verkrijgen. Een beeld kan dus zowel een persoonlijke als een universele betekenis hebben.

4. Individuatieproces

Voor Jung hadden beelden belangrijke betekenis in het proces van individuatie, het proces waarin een persoon zijn of haar ware zelf ontdekt en ontwikkelt. De confrontatie en integratie van deze beelden helpt bij het groeien naar psychologische heelheid.

5. Actieve verbeelding

Jung ontwikkelde de techniek van actieve verbeelding (imaginatie), waarbij men bewust met innerlijke beelden werkt om te communiceren met het onbewuste. Dit proces helpt om onbewuste inhoud bewust te maken en te integreren. Een belangrijk voorbeeld is Het Rode Boek, waar hij 15 jaar lang beschreef hoe hij met zijn eigen diepere ervaringen omging.

6. Dromen en hun beelden

Jung zag dromen als een dialoog tussen het bewuste en het onbewuste. De beelden in dromen zijn volgens hem niet willekeurig, maar hebben een doel en betekenis die inzicht kunnen bieden in de psyche van de dromer.



Laat je denkkader los

In het kort geloofde Jung dat beelden de taal van het onbewuste zijn en een essentieel hulpmiddel voor zelfinzicht en psychologische groei. Het fenomeen beelden zien is van alle tijden - zie bijvoorbeeld de Bijbel - en over de betekenis ervan is al veel geschreven.

Deze zienswijze van Jung t.a.v. beelden, sluit aan bij de Maastrichtse benadering, hoe wij hebben leren omgaan met stemmen. Romme en Escher hebben in hun onderzoek in 1996 mensen geïnterviewd die goed met

stemmen om konden gaan. Zij hoorden terug dat je stemmen in de context kan zien, dat stemmen in metaforen praten, in een soort droomtaal, en dat deze vaak aansluiten bij de emotioneel belastende ervaringen die mensen in hun leven hebben meegemaakt. In de decennia daarna hebben we in de praktijk alleen maar bevestigd gezien dat stemmen en beelden en andere buitengewone ervaringen een betekenis hebben in het leven van de persoon die ze ervaart. Door de jaren heen, zijn we steeds beter gaan begrijpen wie of wat die stemmen vertegenwoordigen en voor welk problemen deze stemmen staan. Wat de redenen zijn dat mensen stemmen zijn gaan horen. Een vergelijkbare ervaring als met stemmen horen, hebben we met beelden zien. Hier is, voor zover ik weet, met betekenisgeving en dromen nog weinig wetenschappelijk onderzoek naar gedaan.

Eugen Bleuler, de Zwitserse psychiater die vooral bekend is om zijn werk over schizofrenie, had een genuanceerde benadering van hoe patiënten beelden of hallucinaties zagen die niet fysiek aanwezig waren. Hij was erg geïnteresseerd in wat we nu paranormale ervaringen noemen. Bleuler keek veel verder dan zijn neus lang was, Kräpelin niet. Bleuler geloofde dat dergelijke ervaringen belangrijk konden zijn om de onderliggende mentale processen van mensen met psychotische stoornissen te begrijpen. Bleuler beschouwde deze visuele ervaringen als uitingen van de innerlijke wereld van de patiënt, die conflicten, angsten of verlangens weerspiegelden. Hij benadrukte het belang van het interpreteren van deze beelden binnen de bredere context van de mentale toestand en levenservaringen van de patiënt. Zijn benadering was grotendeels psychoanalytisch, waarbij hij dacht dat deze visuele verschijnselen inzicht konden geven in onbewuste processen. Hij introduceerde dan wel de term "schizofrenie" ter vervanging van "dementia praecox", wat een verschuiving betekende in het begrijpen van de stoornis:

niet als een vorm van vroege dementie, maar als een fragmentatie van mentale processen. Visuele hallucinaties werden door hem gezien als een aspect van deze fragmentatie, waarbij de waarneming van de patiënt geen fysieke bron was aan te wijzen.

Carl Gustav Jung kende de Zwitserse psychiater Eugen Bleuler goed. In feite werkten Jung en Bleuler nauw samen in de psychiatrische kliniek Burghölzli in Zürich, waar Bleuler de directeur was en Jung als assistent werkte. Tijdens hun samenwerking richtten zij zich op de behandeling en studie van psychotische patiënten, met een bijzondere interesse in schizofrenie. Geleidelijk is het in onze cultuur steeds meer een ziekte (een bedacht construct) geworden in plaats van een raadselachtige categorisering.

In de huidige cultuur denkt men binnen reguliere ggz praktijken, veelal vanuit een biomedisch- of psychologisch denkkaders, sluit men andere denkkaders vaak buiten en dat is jammer. Dat maakt dat de kennis over buitenzintuigelijke waarnemingen bij hulpverleners veelal onbekend is.

Hier zijn enkele tips met betrekking tot de ervaringen met omgaan met dromen. Deze kan je aan je cliënt voorstellen om hiermee aan de slag te gaan.

Zijn ervaring op te schrijven, direct na het ervaren. Om hem zo te helpen anders met deze beelden om te gaan. Het vraagt om een onderzoekende houding naar deze, vaak intrusieve beelden:

1. Schrijf direct nadat je ze hebt ervaren

Beelden vervagen snel, dus noteer ze meteen. Gebruik een notitieboekje of een app naast je bed of in je zak.

2. Beschrijf emoties en sfeer

Hoe voelde je je tijdens het ervaren van de beelden? Angstig, blij, verbaasd? De emoties kunnen vaak meer zeggen dan de precieze beelden.

3. Focus op opvallende details

Welke beelden, geluiden of kleuren sprongen eruit? Beschrijf specifieke elementen zoals gezichten, objecten of omgevingen.

4. Gebruik vergelijkingen

Als iets moeilijk te beschrijven is, gebruik metaforen of vergelijkingen:

Een beeld van bedreiging, kan staan voor dat je onvoldoende voor jezelf opkomt; Het beeld van de brievenbus, doet denken belangrijke nieuwe informatie, welke boodschap probeert je onderbewuste je te geven, doe iets nieuws, doe iets anders; Een beeld van een fragiel roosje, wat krom ging staan, wat leek te staan dat iemand gebukt door het leven ging. Diegene bleek borstkanker te hebben gekregen op haar 14e en dacht dat ze dood zou gaan; Een springend persoon op de berg, wat om aandacht vroeg;

5. Volg de structuur

Beschrijf het beeld zoals je het herinnert, ook al is het niet logisch. Zie je meer een aaneenschakeling van beelden? Noteer opeenvolgende gebeurtenissen of scènes.

6. Maak het abstract tastbaar

Als iets vaag is, probeer het te omschrijven met woorden als “het voelde als...” of “het was alsof...”. Bijvoorbeeld: “Ik stond op een plek die aanvoelde als een strand, maar zonder zand of zee.”

7. Vergeet dialogen niet

Als er gesproken werd, schrijf op wat er gezegd werd of hoe het klonk.

8. Geef ruimte voor het onverklaarbare

Accepteer dat sommige aspecten ongrijpbaar blijven en schrijf dat ook op: “Het was alsof ik wist wat er ging gebeuren, zonder dat iemand het zei.”



9. Onderzoek wat er gebeurt als je bij het beeld benoemt wat je ziet:

Verdwijnt dat beeld of komt er een nieuw beeld? Hoe ziet dat eruit? Kan je dat beeld beïnvloeden als je je ernaar toe beweegt? Bijvoorbeeld: het beeld van het donker poppetje. Diegene met een onderzoeken-de houding blijft kijken en ziet enkele lichtere poppetjes verschijnen die willen helpen, wat het beeld dan lichter maakt.; Of het beeld van kinderlijke Djinns, wat bij mij ontstond toen een moslima in een stemmenhoordersgroep vertelde dat ze 10 Djinns zag die onrustig waren, zij vertelde dat deze haar uitschelden. Ik vroeg haar zich voor te stellen, hoe een juf met 10 onrustige kinderen om zou gaan. De kinderen voor te stellen samen een boekje voor te lezen of een balspel te gaan doen.



Met stemmen, beelden leren omgaan

Een ander beeld wat bij mij zo'n 20 jaar geleden ontstond toen ik een 45-jarige vrouw tegenover mij had, dat ik een fragiel donker-rood roosje zag. Dit roosje krom ging staan. Wat voor mij voor een metafoor stond, alsof zij gebukt door het leven ging. Ik de steel in mijn fantasie in drieën deelde en haar vroeg wat er op haar 15e gebeurd was waardoor zij gebukt door het leven ging. Zij antwoorde dat zij rond haar 14e borstkanker kreeg, waardoor zij dacht dat ze dood ging. Op haar 31ste raakte ze zwanger, vertelde dat ze vanaf die tijd weer durfde weer te leven.

Met het Maastrichtse interview, gericht op het zien van beelden, en door bovenstaande aanpak te gebruiken, kun je je beelden levendiger en gedetailleerder vastleggen. Later kan je dan samen met je client sparren over welke betekenis deze beelden kunnen hebben. Het gaat hierbij niet over waarheidsvinding, maar de betekenis in de context van geschiedenis en ervaringen. Later als je merkt dat je je client minder bang is voor de beelden, kan je je client suggereren mogelijk wat met de beelden te spelen. Dan merkt diegene dat de beelden kunnen veranderen. Het vraagt van de hulpverlener en zijn cliënt om een onderzoekende benadering.

Casusbespreking:

Het betreft een 28-jarige man, aangemeld met schizofrenie, van het paranoïde type. De heer heeft sinds 2014 dagelijks last van intrusies: negatieve gedachten en nare filmpjes die zich in zijn hoofd afspelen. In deze filmpjes is hij de oorzaak van iets wat zijn dierbaren overkomt. In 2014 had hij naast de intrusies ook buitenzintuigelijke ervaringen, waarbij hij stemmen hoorde. Hiervoor is hij met medicatie succesvol behandeld.

De stemmen zijn toen weggegaan. Bleef echter afgelopen 11 jaar zijn medicatie slikken, bleef wel klachten houden. Het is hem niet gelukt zijn MBO studie tot lasser af te ronden. Zijn sociale contacten zijn verwaterd. Cliënt woont nog thuis bij zijn ouders. Zijn steunsysteem bestaat nu uit familieleden.

Cliënt gaat 3 ochtenden naar een dagbesteding: 'ICT werkzaamheden'. Hij zit nu veel met zijn koptelefoon op de bank of loopt heen en weer. Muziek geeft hem afleiding. In tegenstelling tot 4-5 jaar geleden, doet hij nu niet veel meer aan sporten. Hij heeft de wens om scholing te volgen tot technisch tekenaar. Presentatieangst en concentratieproblemen maken de stap tot het inschrijven bij een studie lastig. Somatisch is sprake van overgewicht en een te snel hartritme bij gebruik van clozapine, waarvoor hij nu propranolol slikt.

Doel behandeling:

Om leren gaan met de beelden, zodat ik er niet meer bang van wordt of dat ik er minder last van heb. Ik hoop er achter te komen waar de beelden mee te maken hebben. En als de beelden toenemen, ik dan weet wat ik er aan kan doen. Zodat ik de impact van de beelden op mijn leven kan verminderen.

Ik wil gewoon naar school gaan. Ik wil weer kunnen presenteren met gezonde spanning. Ik wil de medicatie geleidelijk afbouwen zonder dat de psychotische klachten terugkomen of dat de intrusies weer toenemen.

Tijdens het afnemen van het Maastricht interview beschreef cliënt 16 beelden. Twee beelden hiervan zijn hieronder beschreven:

1e beeld:

Ik ben op mijn werk en zie ineens een beeld voor me dat mijn zoon wordt gemarteld door de jongen die ik van vroeger ken. (een bedreiging) Mijn zoon is zwaar in paniek en zo wanhopig (machteloos gevoel) van al dat geweld dat hij zegt dat hij niet meer wil leven. Maar degene die het mijn zoontje aandoet blijft er maar mee doorgaan en lacht hem uit. (de ander verantwoordelijk maken) Hierna kwam er nog een beeld bij dat dit al 2,5 jaar aan de gang (langer bestaand probleem) is en dat mijn vader mij er niet mee wil helpen. (gemiste steun) Hij verbiedt mij om naar de politie te gaan. (de ander verantwoordelijk maken zodat ik geen actie

hoef te ondernemen) In dat beeld zie ik mezelf zo wanhopig dat ik niet meer wil leven.

2e beeld:

Ik ben op de scooter en rij door Heerhugowaard. Ineens krijg ik het beeld in mijn hoofd dat ik thuis zit en dat mijn zoon al jaren vermist is. (de weg kwijt zijn) Ik ben nooit naar de politie geweest en weet dat het me niet meer lukt om het op te lossen. Omdat ik niet weet waar ik moet beginnen. In dat beeld ben ik erg wanhopig en dat maakt me in het echt erg angstig.

Zoals gebruikelijk stellen wij na het afnemen van het interview 2 vragen:

1. Wat wordt door de beelden gerepresenteerd?

De 16 beelden hebben we 1 voor 1 doorgenomen, gekeken naar associaties, de thema's. Deze thema's dikgedrukt weergegeven. Onderstaande teksten zijn slechts overwegingen, suggesties om bovenstaande vraag te kunnen beantwoorden. Het gaat hier niet om waarheidsvinding. Het gaat om de betekenisgeving van cliënt. Waar cliënt zich in herkent. De beelden van ontvoering laten de machteloosheid van cliënt zien t.o.v. de ervaren bedreigingen rond zijn 4-5e jaar.

- Het kleine kind laat zien dat cliënt een slecht contact heeft met zijn binnenwereld, het innerlijk kind waar cliënt geen verbinding

mee lijkt te hebben of dat dat kind, door gebrek aan veiligheid, kan staan voor het kind wat cliënt vertegenwoordigd, rond zijn 4-5-jarige leeftijd.

- De vader leek in die tijd door zijn eigen problemen die veiligheid niet te kunnen bieden.
- Het kind kan ook een metafoor zijn voor een belangrijk aspect van je leven, dat je bent “kwijtgeraakt” of hebt verwaarloosd.
- Het kind kan ook als metafoor staan voor onschuld.
- De beelden laten cliënt zien dat hij t.g.v. vroegere trauma's ook nu geen controle heeft over zijn emoties en zijn leven.
- Aan de andere kant lijkt cliënt nu geen verantwoording te durven nemen. Mogelijk bang dat hij dit niet kan dragen. Het daarom aan een ander overlaat. Of wacht dat een ander in actie komt, zo kan hij ook geen fouten maken.
- Het wapen lijkt als metafoor te staan voor cliënt die een kracht zoekt om zich te wapenen, alsof hij zelf onvoldoende tools heeft, of deze niet gebruikt.

2. Welke problemen representeren de beelden?

Wat uit de beelden naar voren lijkt te komen is dat cliënt rond zijn 4-5 jaar trauma's heeft opgelopen. De gebeurtenissen destijds hem hebben overspoeld. In die periode dat cliënt 4-5 jaar was. Bij navraag bij zijn ouders vertellen zij dat in die tijd 3 kleine kinderen uit zijn binnen kring zijn overleden. Het verlies gaf veel verdriet binnen de familie en binnen het gezin. Het kan zijn dat dit verdriet nog aan cliënt kleeft (vroeg kinderlijk trauma). Daarnaast lijkt het er op dat de spanning in de relatie van zijn ouders in die tijd, een grote impact op hem heeft gehad. Dit heeft cliënt gevormd. Datgene wat zich destijds in de relatie van vader en moeder heeft afgespeeld brengt mogelijk nog steeds spanning in gezin, maar vooral bij

cliënt. Mogelijk dat hij hier, vanwege zijn ervaringen in zijn jeugd nog gevoeliger voor is, getriggerd wordt. Datgene wat tussen vader en moeder speelt is hun zaak* (om op te lossen). cliënt kan hier voor zichzelf grenzen in leren aangeven. Leren beter met zijn emoties om te gaan en met de emoties van anderen.

** Mocht er daadwerkelijk nog spanning zijn in de relatie tussen moeder en vader, zij vast zitten en zij hiervan af willen, zijn hier wel wegen voor te bewandelen.*

In de nabespreking: de machteloos die cliënt als kind voelde, voelt hij nog steeds. Uit de beelden komt de bedreiging en de machteloosheid en het verlies van controle naar voren. Cliënt tijdens het volwassen worden, zich mogelijk vanuit loyaliteit weinig heeft afgezet. Hij geen verantwoording heeft leren nemen voor zijn eigen leven.

Zijn ervaringen maken dat cliënt weinig weerbaarheid heeft opgebouwd, niet goed voor zichzelf heeft leren opkomen, en negatief zelfbeeld heeft ontwikkeld.

Na het bespreken van bovenstaand construct bespreken wij een lijst met suggesties voor in het herstelplan, welke helpend kunnen zijn?

Samenvattend:

Middels het besef dat beelden voor metaforen kunnen staan van onverwerkte ervaringen, leert men begrijpen dat de beelden nuttige informatie kan opleveren. Hiermee kan het negatieve beeld actief omgevormd worden tot positievere informatie over de levensproblemen waar men mee kampt.

Een andere manier van kijken naar beelden, waarbij de betrokkene een onderzoekende beweging naar het beeld maakt, maakt dat positieve, helpende beelden kunnen ontstaan wat vervolgens meer rust en gevoel van veiligheid kan brengen. De context en de betekenisgeving speelt hierbij een rol.

Literatuur

- M. Romme, S. Escher: *Stemmen horen accepteren*. (1999)
 - M. Romme, S. Escher, J. Dillon, D. Corstens, M. Morris: *Leven met stemmen, 50 verhalen over herstel*. (2012)
 - M. Romme, S. Escher, D. Corstens: *Stemmen horen begrijpelijk maken*. (2021)
 - Robin Timmers: *Leren omgaan met stemmen horen. Een op herstel en emancipatie gerichte benadering*. (2018)
 - Podcast van de C.G. Jung Vereniging. (2024)
 - Artikel: The “Psychopathologic laboratory” at Burghölzli. Development and termination of the working relationship of C.G. Jung and Eugen Bleuler, A Möller et al. *Nervenarzt*. 2003 Jan.
 - Eugen Bleuler: *Wikipedia*.
 - Carl Gustav Jung, *Het Rode Boek*, (herdruk 2024)
 - Lichaam en Geest: 1500 dromen uitgelegd, website.
 - Anneke Bezem, *Beelddenken 2.0*. E-boek, (2021) <https://beeldenbrein.nl/>
-
- Peter Oud, SPV, werkzaam op de Stemmenpoli in Alkmaar, BuurtzorgT Dijk en Waard en voorzitter van Stichting Weerklank.
 - Ron Verbrugge, illustratie.





SPV Bemoeizorg:

Verbinden waar de samenleving loslaat

*Harald Bremer,
SPV i.o. en Kees
Bijmolt, SPV i.o.*

Het ongeluk is de knik in zijn levenslijn. Van nooit uitstaan en zichzelf totaal voorbijlopen is het maandenlang invalide zijn op jonge leeftijd de druppel. Dit maakt dat zijn ontwikkeling en dromen op jonge leeftijd totaal veranderen. Zijn onveilige jeugd in combinatie met een neurodivers brein zijn er de oorzaak van zich te onttrekken aan alle sociale contacten. Verstopt in een rommelige studio ergens in de stad vult hij zijn dagen, die eerder op nachten lijken, met blowen, gamen en bier drinken. De moed om te veranderen, zijn leven weer op een goed spoor te krijgen, is hij kwijt. Van opruimen is geen sprake en de woning vult zich met resten en verpakkingen van junkfood. Vuilnis stapelt zich op. Je ruikt de stank als hij net die ene keer de deur open doet. Buren die hem hierop aanspreken, worden afgeweerd met gesnuif of geschreeuw.

In de bemoeizorg treffen we dit soort situaties. Mensen die zorg liever mijden en al snel het gevoel krijgen dat er aan hun onafhankelijkheid getornd wordt. Of die goedbedoelde zorg als bedreigend ervaren. Om toch verbinding te maken is het belangrijk om als sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) met de juiste taal aan te sluiten. Verbinding maken met mensen die zelf de verbinding zijn verloren en in eerste instantie de indruk wekken niet open te staan voor contact, hoe doe je dat? Hoe vind je de juiste woorden en toon?

In dit artikel richten wij ons op bemoeizorg in Groningen die door de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz) wordt verzorgd. Er zullen landelijk ongetwijfeld verschillen en nog meer overeenkomsten zijn maar we richten ons voor dit artikel enkel tot Groningen. Hoe is bemoeizorg in de OGGz binnen Groningen tot stand gekomen en werkt deze naar behoren? Spreken de huidige OGGz-hulpverleners de juiste taal?

De aanleiding voor het onderwerp wordt uitgelegd aan de hand van een casus. Hierop volgt een verslag van meerdere interviews met experts uit de praktijk. Het artikel wordt afgesloten met een conclusie en aanbevelingen voor collega SPV.

Casus

Op een zonnige donderdagmiddag ga ik samen met mijn collega in de auto op pad om een mevrouw te spreken in het kader van bemoeizorg. Bij haar huis wacht de betrokken wijkagent ons op. Ik werk als casemanager voor het forensisch FACT-team van de Ambulante Forensische Psychiatrie Noord (AFPN) in Groningen.

We krijgen een verzoek van het zorg- en veiligheidshuis om deze mevrouw op te zoeken, omdat er mogelijk sprake is van een onveilige situatie. De mevrouw in kwestie maakt de indruk al langere tijd in de war te zijn. Haar woning is veranderd in een soort speelparadijs, afkomstig uit een grimmig sprookje. Haar tuin is bezaaid met glimmende tierlantijntjes en de woning is niet meer begaanbaar via de voordeur. Met de mevrouw in kwestie is geen gesprek mogelijk. Ze wil net weggaan op haar fiets, wat vanwege twee lekke banden niet lukt. Ze ziet ons aankomen en mompelt iets onverstaanbaars. Hierna vlucht ze via een raam haar woning in. Ze was eerder in zorg bij Lentis, voormalig GGZ Groningen. Behandeling bij Lentis is stopgezet op het moment dat het goed met haar ging. In de afsluitbrief naar de huisarts staat de afspraak dat als er weer hulp nodig is, de zorg weer kan worden opgestart.

De problematiek in deze casus is niet ineens ontstaan. De wijkagent vertelt dat het al maanden bergafwaarts gaat. Buren dienen klacht na klacht in, zonder dat er iets veranderd. Nu zijn wij betrokken omdat de veiligheid van deze mevrouw in gevaar komt. De buren pikken het niet meer. Ze dreigen het heft in eigen handen te nemen. Mevrouw is ver verwijderd van de maatschappij en dreigt haar woning te verliezen.

De SPV maakt zich sterk om te voorkomen dat mensen in de maatschappij uitgesloten of uitgestoten worden. Desondanks zijn er mensen die door bepaalde omstandigheden aan de rand van of helemaal buiten de maatschappij komen te staan. Het lijkt erop dat de maatschappij aan het verharderen is (Movisie, 2022). De politie geeft aan dat geweld toeneemt (Politie, 2024). Verschillende bronnen tonen aan dat polarisatie een steeds groter probleem begint te worden. Komen er daardoor ook meer mensen buiten de maatschappij te staan? Het aantal geregistreerde daklozen neemt toe in Groningen (OOG Groningen, 2023). Deze maatschappelijke veranderingen maken het belangrijk dat de OGGz goed georganiseerd is om te voorkomen of te verhelpen dat deze kwetsbare groep mensen nog verder buiten de maatschappij komt te staan.

Bovenstaande casus beschrijft een situatie waarbij iemand buiten de maatschappij dreigt te komen. Is dit een uitzonderingssituatie of komt dit vaker voor? Hoe is de OGGz tot stand gekomen binnen Groningen en werkt dit op dit moment naar behoren? Wat vinden SPV-en die werken binnen de OGGz belangrijke aspecten om hun werk goed te kunnen uitvoeren en worden ze hierin gefaciliteerd? En waar moet goede bemoeizorg eigenlijk aan voldoen? Om antwoord te krijgen op deze vragen spreken we twee SPV-en die betrokken zijn geweest bij het opbouwen van bemoeizorg in Groningen en twee hulpverleners die werken binnen de huidige OGGz.

Waar moet goede bemoeizorg aan voldoen?

Antwoord op deze vraag vinden we in het handboek Bemoeizorg van A tot Z. Hierin staat beschreven waar de werkwijze aan moet voldoen en wat voor kwaliteiten de hulpverlener nodig heeft.

Bemoeizorg wordt uiteengezet in zeven methodische stappen. De eerste stap is de voorbereiding waarin zoveel mogelijk informatie wordt ingewonnen. Hierna wordt een inschatting gemaakt van de situatie. De ernst van de situatie wordt bekeken, is er gevaar? De duur en het beloop van problematiek, is er draagvlak in de omgeving of binnen een eigen netwerk en wie is het

meest geëigend om iets te doen? De derde stap is contact maken en vertrouwen winnen. Een stap die veel geduld en uithoudingsvermogen van de hulpverlener vraagt. De vierde stap is op zoek gaan naar een makkelijk op te lossen probleem van de cliënt om zo meer vertrouwen te vergaren. De vijfde stap is verder contacttrouw krijgen en problemen inventariseren. Dan volgt het maken van een plan en dit uitvoeren en de laatste stap is het evalueren en verzorgen van een warme overdracht.

Kwaliteiten die een hulpverlener nodig heeft bestaan uit houdingsaspecten, persoonlijkheidskenmerken en vaardigheden. Houdingsaspecten als compassie, vasthoudendheid, flexibiliteit, optimisme, diplomatie, geduld, altruïsme, trouw, betrokkenheid en stressbestendigheid zijn belangrijk. Persoonlijkheidskenmerken als ervaring, communicatief sterk zijn (de juiste taal kunnen spreken), levenservaring hebben, grensverleggend en pionierend zijn, empathisch zijn, humor hebben en tevreden kunnen zijn met kleine doelen. Qua vaardigheden is het handig om verschillende technieken en benaderingswijzen te kunnen inzetten. Voorbeelden hiervan zijn de presentiebenadering, narratieven, motiverende gespreksvoering, assessment, diagnostiek, onderhandelen, oplossingsgerichte benadering en de krachtgerichte benadering/rehabilitatie (Roeg et al., 2015).

“Wat we deden was achter de mensen aangaan, ons zorgen maken om mensen, zorgen dat we contact kregen”

Totstandkoming van bemoeizorg in Groningen

Om een beeld te krijgen van de totstandkoming van bemoeizorg in Groningen spreken we *Gerard Lohuis*. Hij was van 1997 tot 2005 werkzaam als SPV binnen de OGGz. Hij heeft meerdere boeken geschreven over zijn ervaringen en is momenteel werkzaam bij BuurtzorgT. Hij is sinds de beginperiode betrokken bij bemoeizorg in Groningen.



Gerard vertelt: “We zijn begonnen met bemoeizorg in 1997 en het was een verademing om hiermee te kunnen beginnen. Toegestaan werd dat we met een soort experiment vanuit de GGD mochten starten om ervaring op te doen met bemoeizorg. Er was een directe lijn tussen hoe wij met bemoeizorg bezig waren en het onderzoek naar wat het beste werkt, om zo de praktijk verder te ontwikkelen. Dit onderzoek werd gedaan door SPV Gert Schout, die later promoveerde op zorgvermijding en zorgverlamming (Schout, 2007).”

“Voordat we met bemoeizorg zijn begonnen, werkte ik voor het zorgcoördinatieproject. In dit project hebben wij netwerken

opgezet in de wijk met maatschappelijk werk, de woningbouw en de politie. Deze netwerken konden we goed gebruiken binnen de bemoeizorg.”

“Aan het begin was het zoeken naar een nieuwe methode voor bemoeizorg, hierover was namelijk nog niet veel geschreven of onderzocht. Het was mooi dat in 2003 Andries Baart met zijn boek over presentie kwam. Veel aspecten van deze methodiek gebruikten wij sinds we gestart zijn met bemoeizorg. Wat we deden was achter de mensen aangaan, ons zorgen maken om mensen, zorgen dat we contact kregen.”

“Ondanks dat we best succesvol waren, werden we in 2005 opgeheven. Er was een methodiek ontwikkeld die door andere partijen opgepakt kon worden, maar dit is helaas niet gebeurd. Bemoeizorg is een tijd uit het budget verdwenen, omdat men dacht dat de grote zorgorganisaties als Lentis en VNN dit oppakten, maar het oppakken bleek maar mondjesmaat te gebeuren.”

“In 2012 is er een soort revival van bemoeizorg ontstaan, omdat bleek dat bemoeizorg niet altijd werd opgepakt. De bemoeizorg die toen weer is opgestart is doorontwikkeld tot de bemoeizorg zoals deze nu geregeld is.”

“Ik kijk positief naar de huidige OGGZ. Een goede ontwikkeling is dat er meer in de buurten wordt gewerkt. Bemoeizorg wordt door de WIJ-teams opgepakt en als zij er niet uitkomen dan wordt doorverwezen naar de achterliggende netwerken zoals Lentis en VNN. Daarmee is het in Groningen goed geregeld. Er is een organische ontwikkeling geweest.”

De bemoeizorg is nooit af. Gerard denkt ook niet dat je het ooit kan dichttimmeren: “Professionals hebben altijd gedacht dat de bemoeizorg dichtgetimmerd moest worden, maar dat blijkt niet te kunnen. Bemoeizorg vraagt steeds weer om aanpassingen in de context. Ik ben benieuwd wat de volgende uitdaging zal gaan worden. Een leer uit het verleden is dat je steeds actueel moet kijken naar de context. Verder vind ik het belangrijk dat hulpverleners zich realiseren dat elke verwijzing van een cliënt ook een afwijzing is. Ik vind dat een hulpverlener samen met de cliënt in het contact moet bespreken waar de cliënt bij gebaat is om vervolgens hiermee aan de slag te gaan. Dit moet leidend zijn in plaats van de werkwijze die een instelling hanteert. Het contact tussen hulpverlener en cliënt moet bepalen wat het beste gedaan kan worden en niet hoe het volgens protocol geregeld is.”



Ervaren OGGZ medewerker aan het woord

Pete Kuiper, een ervaren SPV, vertelt: “Rond 2000 kwam ik vanuit een stageplek in aanraking met de OGGz. De OGGz werd gedragen door specialisten. Specialisten waren sociaal psychiatisch verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en verpleegkundigen vanuit de GGD. Ik heb gewerkt bij verschillende OGGz teams in Appingedam, Delfzijl, Winschoten, Leek, Grootegast en Stadskanaal. Ik weet nog dat in Appingedam de burgemeester zelf bij de vergaderingen van het OGGz team aan tafel zat.”

Pete vindt dat vroeger de lijntjes tussen hulpverleners korter waren. “Er waren minder professionals betrokken en betrokken

professionals hadden elkaars telefoonnummer.” De casuïstiek die we tegenkwamen betrof vaak de meest extreme gevallen. De doelgroep van destijds was een groep mensen die vaak zwaar in de problemen zat, veelal ten einde raad was en veel problemen op straat veroorzaakte. Je zag veel verward en onbegrepen gedrag en de mensen die wij bedienden, hadden vaak verslavingsproblematiek. Ze hadden hulp nodig, maar waren vaak echte zorgmijders. Soms kwamen mensen in beeld door overlast of kwamen er meldingen vanuit de wijk van bezorgde buurtbewoners. Sinds de wijkteams OGGZ hebben overgenomen is het aanbod van hulp toegenomen en komen er mensen op af die vroeger niet binnen de bemoeizorg zouden vallen.”

“Ik kan generalistisch denken, maar ik ben een specialist”

“Vanuit de sociale psychiatrie kijkt de hulpverlener naar het totaalplaatje. Hoe leeft iemand, hoe zit hij erbij, heeft hij werk, is er familie of heeft hij helemaal niemand? Je moet mensen als geheel zien. Is er bijvoorbeeld een schuldeiser? Dat heeft veel invloed op de context. Ik weet nog dat toen ik solliciteerde bij het sociaal team van de Oosterparkwijk, ik benoemde te weten dat ze een generalist zochten. Ik kan generalistisch denken, maar ik ben een specialist. De wijkteams willen nu liever generalisten, want die zijn een stuk goedkoper.”

“Ik vond de OGGz vroeger beter. Het specialisme lijkt verdwenen uit het huidige aanbod. Ik vind dat er meer samenwerking moet zijn met organisaties als Lentis, VNN en BuurtzorgT. Vroeger maakte je als organisatie deel uit van de OGGZ, nu word ik ingevlogen. Ik heb niet meer het gevoel dat ik weet wat er speelt binnen de OGGZ. Ik denk dat iemand met psychiatrische problematiek sneller over het hoofd wordt gezien. Een medewerker van het WIJ-team heeft de GGZ onder de aandacht gebracht, maar daar heb ik weinig vertrouwen in. De ontwikkeling gaat steeds verder naar de brede aanpak en niet specialistische aanpak van zorg. Ik maak me daar zorgen over.”

“Ik zou willen dat er weer een OGGz-team van specialisten terugkomt zoals vroeger bij het Stadsbrede team. Ik heb het dan over het echte OGGz werk. Ik denk alleen niet dat dit ooit terugkomt. Ik vind dat de maatschappij insteekt op brede zorg en niet meer op kwalitatief goede zorg. Als je echt mensen wilt bereiken dan heb je specialisten nodig en geen generalisten.”

Huidige OGGz

Idske Drijfhout en *Chris Heeres* zijn beiden werkzaam bij OGGz. Idske vanaf 2015 als generalist en Chris als casemanager bemoeizorg vanaf 2016. Allebei zijn ze werkzaam binnen de bemoeizorg van WIJ-Groningen Zuid, een wijkteam.

Idske en Chris: “Het WIJ-team waar wij beiden werken is van een platte organisatie naar een minder platte organisatie gegaan. Dit betekent dat wij minder controle hebben en dit is niet zoals we zijn begonnen of zoals we het graag willen hebben. Het is in de OGGZ belangrijk dat er lage drempels zijn en dat mensen ons makkelijk kunnen bereiken. Dat wij makkelijk contact

kunnen maken met bewoners en we niet te veel administratieve last hebben. Wij willen onze tijd besteden aan het maken van contact. Dit is helaas voorbij: er zijn steeds meer lagen en drempels tussen ons en de bewoners gekomen. Het was de bedoeling dat mensen laagdrempelig konden starten en dat wij er op uit gingen om contact te maken. Dit doen we nog steeds, maar het wordt ons best wel lastig gemaakt. Gelukkig is het WIJ-team wel bezig om de administratieve last weer wat lager te krijgen. De manier waarop wij werken wordt door onze manager en de mensen om ons heen gedragen. Onze manier van werken is niet gelijk aan de andere WIJ-teams. Ieder team werkt op zijn eigen manier.”

“Na corona zijn de OGGz-werkers meer als collega’s gaan samenwerken door samen op pad te gaan. Voor corona kwam dat zelden voor. Er werd toen meer gekeken naar wat voor discipline gepast was bij de problematiek. Dat was een kracht van voor corona, je keek naar het probleem, de persoon achter het probleem en welke hulpverlener het best aansluit. Nu gaan we vaker met dezelfde discipline op pad.”

“We zijn verhuisd naar een nieuwe locatie en zijn als organisatie groter geworden. Het komt vaker voor dat de presentiemethodiek minder wordt toegepast door personeel met minder ervaring in de bemoeizorg. De presentiemethode is de methodiek die past bij OGGz-werk. We zien dat collega’s sneller afhaken als ze zien dat er veel werk bij een bewoner komt kijken. Of collega’s haken af als ze te vaak voor een dichte deur komen te staan. Ook denken collega’s soms dat het geven van een indicatie het probleem oplost, terwijl dit vaak niet zo is. Wij zijn bezig om dit te veranderen, om onze visie weer bij te stellen, zodat de presentiemethodiek breed wordt ingezet.”

“Hij benoemde dat ik hem aan het begin een arrogante klootzak vond. Hij had gelijk.”

“Wij werken beiden al lang in de OGGz en spreken een andere taal. Wij proberen om aan te sluiten bij wat belangrijk is voor een bewoner. Gisteren was er contact met een meneer die niets wil. Wij blijven zoeken tot we een ingang vinden. We vinden uiteindelijk iets wat de bewoner wel wil. Als er een opening is dan komt er ruimte voor een volgende stap. Dit kost tijd. Je moet op zoek naar waar je de ruimte krijgt van iemand. We hebben net een jongeman zover kunnen krijgen dat hij voor een behandeling gaat, maar daar gaat een jaar aan werk aan vooraf; kleine stapjes vooruit, achteruit, heen en weer, zoeken naar openingen. Dat is de kracht van goed OGGz werk, ook als je 100 keer wordt afgewezen als hulpverlener, moet je blijven proberen. Wij hebben als hulpverlener geen oordeel en dat is belangrijk. Als je met een oordeel komt, dan merkt iemand dat direct.” Idske werd laatst nog aangesproken door een bewoner waar ze al langere tijd contact mee heeft. “Hij benoemde dat ik hem aan het begin een arrogante klootzak vond. Hij had gelijk, ik dacht dat inderdaad. Het mooie is dat er na lange tijd verbinding is ontstaan waardoor je zo kunt terugkijken en hij ook kan reflecteren en kan beamen dat hij dit ook wel een beetje van zichzelf wist.”

“Met contact maken en benaderbaar zijn kun je zoveel bereiken. Als je klein begint en je richt je op een klein puntje dan kun je grote veranderingen in gang zetten. Zo kwamen wij bij een zwaar vervuild huis van een meneer die vierhoog woonde en veel alcohol dronk. Door daar zonder oordeel aanwezig te zijn en het te hebben over basale onderwerpen kun je een verandering teweegbrengen. Het opmerken van plantjes die nog groen zijn en het dus best goed doen of benoemen dat een shirt ook al een poosje geen wasmachine heeft gezien bijvoorbeeld. Een bezoek later had hij een schoon shirt aan en die keer erna was hij naar de kapper geweest. Door zo nu en dan een complimentje te geven en breed te kijken kun je zoveel bereiken. De weken erna begon hij zijn huis op te ruimen en dit was een casus waar hulpverleners al zo lang mee bezig waren geweest. De behandelaars benaderen deze bewoner vooral klachtgericht. Breed kijken is belangrijk, dus niet alleen richten op een probleem, maar de context meenemen.”

“Wij maken ons best wel zorgen over de huidige OGGZ. Er lijkt een enorm gebrek aan personeel. Er ontstaan wachtlijsten in de zorg. Soms wordt er dan afgesloten door een organisatie zoals Lentis met de afspraak dat als het niet goed gaat de zorg weer opgestart kan worden. Zo waren wij net aan de deur bij een mevrouw waar in haar dossier met grote letters stond: GGZ bellen als er wat is. Maar nu is er wat en zegt de GGZ: ‘Nee, die kennen wij niet, die is afgesloten.’ Ze willen wel een keer mee op huisbezoek om te beoordelen, maar wij moeten de zorg oppakken.”



Chris Heeres

“Als je naar de OGGZ van WIJ-Groningen kijkt, dan stemt dat treurig. Iedereen die het leuk lijkt om met deze doelgroep te werken mag het doen. Sommige hulpverleners hebben wat meer in huis dan anderen, maar er zijn ook hulpverleners die niet gekwalificeerd zijn om dit werk te kunnen doen. Als je een collega meeneemt die net de goeie toon mist of die zich niet gepast kleedt, dan krijg je van bewoners te horen dat je die persoon niet meer mee hoeft te nemen. Je kunt het wel leuk vinden, maar bemoeizorg is echt een vak met ook een eigen manier van communiceren. Door de organisatie wordt het niet meer gezien als een specialisme en dat is het wel.”

Conclusie en aanbevelingen

Terugkomend op de vooraf gestelde vragen: Gerard Lohuis schetst een mooi beeld over het tot stand komen van de OGGZ in Groningen. Sinds 2015 valt bemoeizorg onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) van de gemeenten. Het is goed om uit de interviews te vernemen dat ervaren hulpverleners bemoeizorg binnen de wijkteams oppakken op een wijze die veel weg heeft van “goede” bemoeizorg. Ze spreken de taal die nodig is om bemoeizorg te geven. Het lijkt er dus op dat dit op deze plekken naar behoren werkt. Er zijn echter wel veel zorgen over de toekomst.

Eén zorg is dat er meer onervaren en ongekwalificeerd personeel komt te werken binnen de OGGZ. De geïnterviewde specialisten zijn het erover eens dat je wel wat in huis moet hebben om “goede” bemoeizorg te kunnen geven. Hier ligt een mogelijkheid voor toekomstige SPV-en. Veel van de benodigde vaardigheden worden aangeboden binnen de opleiding. Competenties van de SPV als communicator, samenwerkingspartner, maatschappelijk handelaar, gezondheids-

bevorderaar, organisator en kwaliteitsbevorderaar zijn belangrijk in de bemoeizorg (V&VN-SPV, 2023). Hierin zouden SPV-en de “OGGZ-taal” kunnen leren.

De ingebrachte casus zou een uitzonderingssituatie kunnen zijn. Het boek bemoeizorg van A tot Z heeft het over front office teams en backoffice teams. Bemoeizorg hoort bij de front office teams en poogt na verloop van tijd de zorg warm over te dragen aan de backoffice teams. In Groningen zijn grote organisaties als Lentis en VNN specialistische zorginstellingen die deze warme zorg op zich kunnen nemen. Echter wordt vanuit de praktijk ervaren dat er meer wachtlijsten ontstaan wat voor stagnatie zorgt. In het laatste interview wordt geopperd dat grote GGZ-instellingen de zorg op zich nemen en dat het in de praktijk nog tegenvalt. Vanuit de bemoeizorg zeven stappen methodiek is dit niet per se een rare gedachte. Eerst stabiliseren en daarna verder kijken.

Hoe kunnen SPV-en ervoor zorgen dat “goede” bemoeizorg behouden blijft, welke taal is daarvoor nodig? SPV-en zijn aangeliend bij zowel de front- als de backoffice teams. We leven in een tijd waarin krapte onder zorgpersoneel gaat komen, financiering een steeds grotere rol gaat spelen en kennis soms verloren lijkt te gaan (Van Rooijen, 2024). Juist nu is het belangrijk dat er koplopers en bruggenbouwers zijn die de taal van verbinding spreken. Dit is een rol die weggelegd is voor de SPV. Dit vraagt erom dat je buiten gebaande paden durft te treden, dat je tegen structuren in durft te gaan om mensen te helpen niet meer tussen wal en schip te vallen. Want wij SPV-en zijn immers tegen marginalisering, uitsluiting en polarisatie.

Bronnen

- Schout, G. H. (2007, april). Zorgvermijding en zorgverlamming een onderzoek naar competentieontwikkeling in de openbare geestelijke gezondheidszorg. Geraadpleegd op 7 februari 2025, van ProefschriftDefVersie2007
- Movisie. (2022, mei 9). Samenleving wordt steeds harder, gemeenten moeten investeren in positieve ontmoetingen. Geraadpleegd op 13 december 2024, van <https://www.movisie.nl>
- OOG Groningen. (2023, juli 21). Aantal geregistreerde daklozen in Groningen neemt voor het eerst in jaren weer toe. Geraadpleegd op 13 december 2024, van <https://www.oogtv.nl>
- Politie. (2024, mei 21). Toename geweldsaanwendingen door politie. Geraadpleegd op 13 december 2024, van <https://www.politie.nl>
- RABWO. (z.d.). Daklozenopvang. Geraadpleegd op 10 februari 2025, van <https://rabwo.nl/sociaal-domein/maatschappelijke-opvang>
- Roeg, D., Van de Lindt., Lohuis, G., Van Doorn, L. (2015). Bemoeizorg van A tot Z (2e druk). Amsterdam: B.V. Uitgeverij SWP
- Van Rooijen, S. (2024). Van vangnet naar bemoeizorg: Wat weten we? Geraadpleegd op 10 februari 2025, van <https://www.movisie.nl/artikel/vangnet-naar-bemoeizorg-wat-weten-we>
- Van Tongerloo, M. (2024). Komt een land bij de dokter: Nederland door de ogen van een straatarts. De Correspondent
- V&VN-SPV. (2023). Expertisegebied sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Geraadpleegd op 13-12-2024, van <https://www.archief-spv.nl>

DigiTaal

De online context als speelveld van de SPV

Elaine Blokhuis, SPV

Iris Leijstra, SPV

Scrollend door social media kom je ze steeds vaker tegen: influencers die persoonlijke ervaringen delen van hun burn-out, OCS, 'high functioning' anxiety of autisme. Voor zoekenden voelt het herkenbaar en geruststellend. Maar wat gebeurt er als dit soort content leidt tot zelfdiagnoses? Content op platforms zoals TikTok en Instagram maken het verleidelijk eenvoudig om klachten bij jezelf te herkennen en jezelf een label op te plakken. Daarmee lijkt een korte weg naar de GGZ geplaveid. Is de bijdrage van social media zorgelijk of waardevol? Hoe verhoudt de SPV zich tot deze populaire content?



Achtergrond:

Tussen 2009 en 2021 steeg het aantal mensen met een DSM-5 geclassificeerde psychiatrische stoornissen met 53%. Het percentage volwassenen groeide in twaalf jaar van 17% (2007-2009) naar ruim 26% (2019-2022). Dit is een toename van 1,9 miljoen naar 3,3 miljoen mensen, blijkt uit het Nemesis-3 onderzoek. De toename is goed zichtbaar bij stemmings- en angststoornissen welke steeg van 6% (2007-2009) naar 11% (2019-2022) (Maassen, 2023, Trimbos Instituut, z.d.).

Een reden van deze stijging kan social media zijn, een online context die sinds 2004 zijn intrede deed in het publieke domein (Ortiz-Espina, 2019). De hashtag anxiety kreeg op TikTok wereldwijd zo'n negen miljard views (Lemmink, 2024). In Nederland gebruiken meer dan 95% van 12 tot 45-jarigen social media. In de leeftijdscategorieën daarboven liggen de percentages tussen de 40 tot 75% (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020). Ruim 87% van de scholieren zijn dagelijks actief op social media (Rombouts et al, 2023). De online context is onderdeel van de context geworden.



Digitaal!

De SPV bereikt haar medemens in alle hoeken van de samenleving—op straat onder de brug, in gevangenissen, thuis of op het werk — maar online worden zij vaak aan hun lot overgelaten. De SPV werkt vanuit de context, daar hoort ook de online context bij. In de somatische gezondheidszorg wordt ‘telezorg’, oftewel digitale hulpmiddelen, al jaar en dag ingezet om de kwaliteit van zorg te vergroten. De GGZ heeft te lang gedacht dat de online

context iets ‘voor erbij’ was (Delespaul et al, 2018). De online wereld, waaronder social media, zijn een deel van ons leven geworden. Social media omvatten alle online platforms waarmee gebruikers met elkaar in contact komen en content uitwisselen. Het wordt de gebruiker makkelijk gemaakt om met één druk op de knop berichten, foto's, video's en informatie te delen (Social Lane, 2025). De SPV is waar haar medemens te vinden is, dus ook online.

Doel:

De SPV ontwikkelt een authentieke visie op actuele, relevante en urgente onderwerpen binnen het werkveld, waardoor de SPV vanuit eigen regie haar werk kan organiseren (Dochy et al, 2015 geciteerd in HanzePro Hanzehogeschool Groningen, 2023). Na het lezen van dit artikel bent u zich nog meer bewust van de invloed van social media als ‘online context’ op de ervaren mentale problemen van uw patiënt. U kent de voor- en nadelen van social media ten opzichte van mentale problemen. U kunt uw expertise inzetten om op micro, meso of macro niveau, de online context te benutten.

Van taboe naar acceptatie in de context

Jaren geleden waren mentale problemen nog taboe. Dankzij inspanningen van overheden over de hele wereld is de taboesfeer grotendeels een gepasseerd station. Sinds 1990 zijn er in Amerika overheids campagnes die begon met 'Decade of the Brain' (Goldstein, 1994) en 'Real Men. Real Depression'. (National Institutes of Health, 2003). Hierbij werden zelfonthullingen van bekende sterren ingezet. Sinds 2018 voert ook de Nederlandse overheid campagne. Een recent voorbeeld is 'Hey, het is oké'. Deze begon met een focus op depressie en breidde zich uit naar angst- en paniekstoornissen (Rijksoverheid, 2021). Staatssecretaris Blokhuis trad op als voorvechter voor open gesprekken over mentale problemen, wat heeft bijgedragen aan meer begrip en destigmatisering in de samenleving, offline en online. Dat dit zijn vruchten heeft afgeworpen blijkt onder andere uit onderzoek van Veldkamp et al (2021) waarin staat dat 95% van de jongeren (tot 21 jaar) het belangrijk vinden dat mensen met mentale problemen professionele hulp zoeken.

Van acceptatie naar omarming en zelfdiagnose

De invloed van de campagnes op het publieke denken is groot. Sinds het opkomen van social media posten influencers content omtrent mentale problemen. Het is waardevol geweest dat sterren en influencers zich publiekelijk hebben uitgesproken. Echter ligt een keerzijde op de loer. Door content te maken met een intelligente mix van spreken, de beelden, suggestieve inhoud, de kracht van sociale validatie en het uitvergroten van symptomen treedt al snel herkenning bij de kijker op. Kijkers raken overtuigd van de boodschap die overgebracht wordt en herkennen zichzelf in de (alledaagse) 'problemen' van de influencer. De kijker zal al snel concluderen dat hij dezelfde diagnose heeft: de zelfdiagnose. Hierbij is naar de achtergrond verschoven dat de symptomen misschien wel alledaags of breed interpreter

baar zijn. Mensen kunnen zichzelf onterecht een diagnose geven of hun symptomen ernstiger ervaren door zelf vervullende overtuigingen. Dit kan leiden tot passiviteit, waarbij iemand denkt dat bepaalde activiteiten of werk niet haalbaar zijn vanwege een (vermeende) aandoening. Een belangrijk risico is zelfstigma, waarbij mensen negatieve maatschappelijke denkbeelden over mentale kwetsbaarheden internaliseren, wat kan leiden tot een laag zelfbeeld, angst, depressie en het vermijden van professionele hulp (GGZ Friesland, 2025; Sikkes & Blauw, 2023). Het potentieel hiervan is schokkend, wanneer miljoenen volgers een destructief narratief over zichzelf creëren met negatieve gevolgen voor hun ontwikkeling, levenslust en welbevinden.

Een zelfdiagnose op basis van online content van influencers is een actualiteit in de spreekkamer van de SPV geworden. Dat is niet onlogisch: de mens is van nature geneigd zich te scharen achter de uitlatingen van de door hen ervaren charismatische 'leiders', zoals influencers (Gordon & Berson, 2017). Het gevaar is dat de grens tussen waardevolle bewustwording en misleidende informatie vervaagd. Mede vanwege deze reden vinden 4,7 miljoen Nederlanders social media een gevaar voor de mentale gezondheid (NPO Kennis, 2025).

De fabeltjesfuik

De kans op misleidende informatie wordt vergroot doordat social media ontworpen zijn om zoveel mogelijk tijd van gebruikers te vangen, daar is het verdienen immers op gestoeld (NPO Kennis, 2025). Het verslavende aspect waarbij ons dopaminesysteem wordt getriggerd door de notificaties, likes, en eindeloze scrol functies is ons allemaal inmiddels bekend (NPO Kennis, 2025). Content die je aandacht trekt wordt geanalyseerd en geprioriteerd, meestal is dit content die emoties oproepen of die in lijn van je interesses liggen (O'Reilly, 2018).

Specifiek gaat dat over je voorkeuren én je zwakheden (Valkenburg et al., 2023, p. 7). Tijdens je *scroll* merkt het algoritme stilzwijgend op welke *thumbnail* je net even langer blijft hangen. Zo versterk je zelf zonder het te weten telkens de kans dat je soortgelijke content te zien krijgt. Arjen Lubach noemde dit treffend ‘de fabeltjesfuik’ (NOS op 3, 2022). Eenmaal in de fabeltjes fuik krijg je enkel content aan ideeën en informatie die jouw mening bevestigen en tegengestelde perspectieven uitsluiten. Medemensen die onder de content reacties plaatsen zijn gevangen in diezelfde fuik - waardoor zij elkaar versterken. Wat doet de fabeltjesfuik met de waardevolle bewustwording van mentale problemen?

De verwatering van taal

Lucy Foulkes (2021), academisch psycholoog werkzaam bij de University of Oxford en auteur van het boek *‘What Mental Illness Really Is...(and what it isn’t)’* schrijft dat de opkomst van influencers op social media die posten over mentale problemen hebben bijgedragen aan waardevolle bewustwording. Maar dit is een tweesnijdend zwaard, omdat veel gebruik van diagnosetaal tot ‘taalinflatie’ heeft geleid. In content waar de influencer bijvoorbeeld in 60 seconden uitlegt hoe ‘je weet dat je ADHD hebt’ of lijstjes met ‘symptomen van autisme die niemand je vertelt’ worden termen van psychiatrische stoornissen uit de Diagnostic Manual of Statistics (DSM) te pas en te onpas gebruikt. Hierdoor wordt de ernst van echte stoornissen afgezwakt en minder serieus genomen. Foulkes benadrukt dat de alledaagse, onnauwkeurige en ‘populaire’ toepassing van termen zoals ‘OCD’, ‘depressie’ en ‘faalangst’ niet alleen de ernst van deze aandoeningen minimaliseert, maar ook de verkeerde interpretaties bij het grote publiek bevordert (Underhill & Foulkes, 2024). Sommige influencers gaan een stapje verder door ‘memefication’: een flitsende, schreeuwerige vorm van content die ‘lekker wegkijkt’. Gevolg van deze schreeuwerige

aandachtvragerij is dat het publieke scepsis groeit ten aanzien van de serieuze psychiatrische stoornissen (Foulkes, 2021, p. 168). Foulkes roept op om psychiatrische diagnoses alleen te gebruiken wanneer er ook echt een stoornis is. Maar wanneer is een klacht nu eigenlijk een stoornis?



Het grijze gebied tussen stoornis en normale ervaringen van het mens-zijn

Als grote groepen mensen zich herkennen in ‘klachten’ zou de vraag moeten zijn of deze symptomen zijn van ziekte of horen bij een normale ervaring van het mens-zijn. De SPV heeft een visie op gezondheid en ziekte die gebaseerd is op onder andere de sociale psychologie, de netwerktheorie, preventie theorieën en de verpleegkundige theorieën (Expertisegebied SPV, 2023). De SPV weet vanuit deze visie dat een harde grens van mentaal ziek of niet ziek zijn in de psychiatrie moeilijk te stellen is. Jim Van Os zegt hierover:

“Het verschil tussen ziek zijn en niet ziek zijn zit hier namelijk niet zozeer in de vraag of je stemmen hoort (of andere psychische klachten hebt, red.), maar hoe je ermee omgaat. De een schrikt zich er het leplazarus van en kent die stemmen enorm veel macht toe, de ander is in staat die stemmen te negeren als ze even niet uitkomen. Die kan dus verder gewoon functioneren.” (Pek, 2023).

Foulkes (2021) is van mening dat mentaal ziek of gezond zijn als een schaal gezien moet worden waarbij aan de ene kant normale

menselijke emoties staan en aan de andere kant mentaal ziek. Daar tussenin is een groot grijs gebied. Foulkes beschrijft dat psychische pijn altijd heeft bestaan en pleit ervoor (weer) publieke acceptatie te bewerkstelligen voor de normale menselijke emoties zoals stress, verdriet, gemoedstoestanden, zelfbeschadigend gedrag, bijzondere ideeën hebben of zorgen maken (Foulkes, 2021). In Foulkes' visie is iemand mentaal ziek wanneer symptomen zo oncontroleerbaar overweldigend en intens zijn dat iemand niet kan functioneren in het leven. De symptomen veroorzaken immense stress en significante impact in relaties en de mogelijkheid om te werken of leren, waarbij het leven in gevaar kan zijn.

Het is interessant om te verkennen hoe een stoornis wordt gedefinieerd en wat het onderdeel is van DSM-deskundigen (psychologen, psychiaters, onderzoekers) in dit proces. Van oudsher heeft de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) zich gespecialiseerd in de mensen die hulp nodig hebben. DSM-deskundigen hebben de DSM zo samengesteld dat er een dichotoom systeem ontstond waarbij je een 'ziekte' óf wel óf niet hebt. Hiermee gaan de nuances en de normale menselijke maat verloren. Daarnaast ontstaat door de categorisering het *looping effect* (Hacking, 1995, 2007). Het *looping effect* ontstaat wanneer een individu wordt gecategoriseerd, bijvoorbeeld met een psychische stoornis, en deze persoon zijn gedrag en zelfbeeld gaat aanpassen op basis van die categorisering. DSM-deskundigen nemen deze veranderingen waar, passen hun classificaties aan, en creëren zo nieuwe sociale categorieën die eerder niet bestonden. Hacking noemt dit proces *making up people* (vrij vertaald als het 'verzinnen van groepen', red.) (Hacking, 2007 geciteerd in Foulkes & Andrews, 2023). Dit heeft er mede toe geleid dat er inmiddels meer dan vierhonderd diagnoses te vinden zijn in de DSM-5 terwijl er maar vijftig diagnoses beschreven werden in de DSM-I (Nederlandse Federatie Gezondheidszorg, 2015). DSM-deskundigen verscho-

ven dus de lat en creëerden zo zelf de markt. De SPV denkt niet dichotoom. De SPV kent het grijze gebied en de normale menselijke variaties. Als psychiatrische stoornissen meer als syndromen benaderd worden, in termen van veranderlijkheid, krijgen personen met mentale problemen de kans zich ondanks klachten toch 'gezonder' te voelen (Delespaul et al., 2018, Pek, 2023). Dit past bij de moderne visies op gezondheid. Hoe speelt dezelfde online context die leidt tot zelfdiagnose ook een rol in het herstelproces hiervan?

Social media als veilige haven

Lemmink (2024) onderzocht in haar Master thesis waaróm mensen content plaatsen over mentale problemen op social media. Natuurlijk hebben alle mensen aangeboren behoefte aan aandacht en bevestiging (NPO Kennis, 2025) en kan sociaal contact in elke vorm tegemoetkomen aan deze normale behoefte. De motieven die Lemmink (2024) vond voor het delen van content over mentale gezondheid op social media zijn volgens de content makers zelf: destigmatiseren, bewustwording vergroten, zelfexpressie, steun bieden, aansluiting vinden en informeren. Dit wordt ondersteund door onderzoek van Van De Putte et al. (2022, geciteerd in Lemmink (2024), die aangeven dat social media vaak worden gebruikt om bevestiging te zoeken en een gevoel van sociale verbinding te krijgen.



Milton et al. (2023 geciteerd in Lemmink, 2024) ontdekten dat gebruikers van TikTok het platform ervaren als een veilige plek om persoonlijke verhalen te delen, waarbij het platform aanvoelt als een vertrouwde omgeving.

Herstel dānkzij social media

Herstel vindt onder andere plaats door herstel van sociale rollen, identiteit, eigen regie, validatie, veerkracht en zingeving (Akwa ggz, 2017). In de herstelvisie ligt de focus op de vier vormen van herstel, waarbij de online context aandacht verdient. In essentie is zingeving een onlosmakelijk aspect van gezondheid volgens moderne visies op gezondheid (Van Os, 2023). Veerkracht kan voortkomen uit lotgenotencontact en steun van voorbeeldfiguren. Lemmink (2024) merkt op dat communiceren via TikTok kan leiden tot het ontstaan van onlineleergemeenschappen, waarin deelnemers sociale erkenning en een bepaalde status kunnen verwerven. Naslund et al. (2016 geciteerd in Lemmink, 2024) constateerden dat mensen met mentale problemen vaak moeite hebben met offline socialisatie, maar via TikTok toch contact kunnen leggen met gelijkgestemden. Binnen deze gemeenschap worden ervaringen gedeeld, voorlichting gegeven, tips uitgewisseld, en peer-to-peer support geboden (Naslund et al., 2016 geciteerd in Lemmink, 2024).

Een taak en een doel voor de SPV

Het lijkt een goed idee om de sociale media in te zetten voor de 97.450 Nederlanders die op de wachtlijst staan waarvoor de Treeknorm niet wordt gehaald (Nza,2024). De implicaties van de wachttijd zijn groot. Wachtende mensen raken gedemotiveerd en het kan mensen doen besluiten om van behandeling af te zien. Het Trimbos (2024) geeft aan dat wanneer iemand langer moet wachten, hoe langer en intensiever iemand uiteindelijk behandel moet worden. Een online context kan uitkomst bieden omdat het een laagdrempelige, effectieve en goed-

kope manier is om informatie te verstrekken (Speelman & Oostra, 2022)

We kunnen concluderen dat social media een krachtig hulpmiddel voor bewustwording en herstel van mentale problemen zijn. Maar zonder professioneel tegengeluid ook een risico voor misinterpretatie, taalinflatie en zelfstigma. Het is duidelijk dat de toekomst van de GGZ niet alleen in de spreekkamer ligt, maar ook in de online wereld. De SPV heeft de mogelijkheid om niet alleen zorg te bieden, maar ook een actieve rol te spelen in het begeleiden van mensen door de wereld van social media, met de focus op het bevorderen van herstel en het voorkomen van schadelijke zelfdiagnoses. Het is tijd om de online context te omarmen en de SPV als bruggenbouwer in de moderne GGZ te positioneren.

De oproep van de auteurs aan de grote GGZ-organisatie is: maak zelf content, creëer tegengeluid en bied tegenwicht, maak openbaar de (online) verbindingen met relevante (internationale) deskundigen die in lijn zijn met de moderne visie op gezondheid. Denk hierbij aan Jim van Os, Floortje Schepers, Xavier Amador en Lucy Foulkes. Voor een toekomstbestendige uitoefening van het beroep kunnen wij niet anders dan concluderen dat de online context onderdeel van ons zorgaanbod is geworden. Dit is passend in de visie van de Nieuwe GGZ die aanstuurt op een verandering van taal: van symptoom en ziekte naar betekenis en relatie en het creëren van het eigen narratief, offline of online. De SPV heeft een unieke positie om de kloof tussen online en offline zorg te overbruggen en kan haar GGZ-organisatie helpen zich te verhouden tot de online context en social media. Van Hintum schreef een tiental aanbevelingen om met een klein budget en beperkte menskracht effectief te kunnen werken met (social) media. Ook Lemmink (2024) heeft een passende aanbeveling.

Hieronder parafraseren de auteurs elf aanbevelingen. De auteurs moedigen de SPV aan deze aanbevelingen in de praktijk te brengen in de eigen GGZ-organisatie.

1. *Ontwikkel een mediacode*: Maak afspraken met ketenpartners en stel een mediacode op met do's en don'ts voor de communicatie. Verstevig hiermee het gebruik van de juiste taal.
2. *Kies strategische partners*: Bouw een netwerk op met mediaorganisaties zoals de plaatselijke opleiding journalistiek, zodat je een brug kunt slaan tussen de praktijk en (social) media.
3. *Maak correcte berichtgeving gemakkelijk*: Creëer content op social media, deel betrouwbare informatie over mentale gezondheid om bewustwording te vergroten. Houd de frequentie en duur binnen redelijke grenzen, maar zorg ervoor dat de inhoud diepgaand en boeiend is.
4. *Wees zichtbaar als deskundige en mediawijze professional*: Volg mediatrainingen en werk samen met collega's om eenduidige en goed onderbouwde informatie te kunnen geven over mentale gezondheid.
5. *Handel proactief*: Neem zelf het initiatief en bied je aan als mediawijze expert van je vak. Lever commentaar op content, posts en nieuws. Breng zelf nieuws met een slimme framing. Draag hierbij altijd zorg voor inhoudelijke integriteit en kwaliteit.
6. *Zoek charismatische ambassadeurs*: Werk mediagenieke ervaringsdeskundigen die de cliënt kunnen aanspreken op een passende manier voor die regio.
7. *Zet een goede beeldbank op*: Vermijd cliché beeldmateriaal van mensen met mentale problemen, zodat je online publicaties minder snel terugvallen op stereotiepe en misleidende afbeeldingen.
8. *Geen publieke naming en shaming*: Benaad influencers die mentale gezondheid door 'memefication' presenteren liever persoonlijk met uitleg over waar de pijn zit en suggesties om het anders te doen.
9. *Zorg voor inbedding en continuïteit*: Voorzorg versnippering of eenmalige acties. Maak jezelf persoonlijk betrokken, leg contacten en onderhoud die ook.
10. *Heb een reflectieve houding*: Een succesvolle (social) media-aanpak vereist niet alleen feitelijke berichtgeving, maar ook een bewuste houding van GGZ-organisaties die openstaan voor zelfreflectie en verandering (Van Hintum, 2015).
11. *Lanceer een keurmerk*: Maak in samenwerking met GGZ-organisaties een keurmerk zodat betrouwbare content met de juiste taal en informatie officieel erkend wordt (Lemmink, 2024).

Bronnen

- Akwa GGZ. (2017). *Herstelondersteuning*. GGZ Standaarden.
- De Vries, W. (2024). *Zelfdiagnose op TikTok en Instagram: 'Déze vijf kenmerken wijzen op ADHD'*. Universiteit Groningen. Geraadpleegd op 10 februari 2025 van, <https://research.rug.nl>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2020). *Wie gebruikt het vaakst social media?* Geraadpleegd op 4 januari 2025, van <https://longreads.cbs.nl>
- Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., & Van Os, J. (2018). *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Foulkes, L., & Andrews, J. L. (2023, February 10). Are mental health awareness efforts contributing to the rise in reported mental health problems? A call to test the prevalence inflation hypothesis. *New Ideas in Psychology*, 69, 101010.
- Goldstein, M. (1994). Decade of the brain: An agenda for the nineties. *West Journal of Medicine*, 161(3), 239–241.

- Gordon, I., & Berson, Y. (2018). Oxytocin modulates charismatic influence in groups. *Journal of experimental psychology*. General, 147(1), 132–138.
- Green, K. (2024, 24 mei). *Gen Z en mentale gezondheid: Watskebeurt?* NEMO Kennislink. Geraadpleegd op 12 februari 2025, van www.nemokennislink.nl
- GGZOnline. (2021, 3 mei). *Een heldere visie op online behandelen*. Geraadpleegd op 5 maart 2025 van Een heldere visie op online behandelen – GGZ hulp online
- Lane, S. (2025). *Wat is Social Media?* Geraadpleegd op 6 januari 2025, van <https://sociallane.nl/online-kennisbank/wat-is-social-media>
- Lemmink, M. (2024). *Paniek in pixels: Een onderzoek naar motivaties voor het delen van video's over paniekaanvallen op TikTok*.
- Maassen, H. (2023, 28 februari). *Psychiaters over vastgelopen ggz: 'Marktwerking is desastreus'*.
- National Institute of Mental Health. (2003, maart). *Real men. Real depression*. U.S. Department of Health and Human Services.
- NOS op 3. (2022, oktober 13). *Waarom jij vastzit in de fuik van algoritmes*. [Video]. YouTube.
- NPO Kennis. (2025, 14 januari). *Welke invloed hebben social media op ons?*
- Nza. (2024, 4 maart). *Wachttijden ggz blijven hoog: mensen wachten in bijna alle regio's en voor alle diagnoses te lang*.
- O'Reilly, M., Dogra, N., Whiteman, N., Hughes, J., Eruryar, S., & Reilly, P. (2018). *Is social media bad for mental health and wellbeing?* Exploring the perspectives of adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 23(4), 601-613.
- Ortiz-Espina, E. (2019). *Rise of social media*.
- Pek, A. (2023, 8 november). Jim van Os: *Er is geen grens tussen gek en normaal*. PsychologieMagazine.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). (2019, december). *Factsheet brede gezondheidsconcepten*.
- Rijksoverheid. (2021, 2 maart). *Staatssecretaris Blokhuis start campagne om praten over psychische aandoeningen te stimuleren*.
- Rombouts, M., Morren, K., van Dorselaer, S., Tuijthof, M., Monshouwer, K. Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. *Digitale media en gokken*.
- Somers, H. (2023, 6 februari). *Via TikTok een zelfdiagnose binnen 30 seconden: Psychologen zijn er niet blij mee*. Het Parool.
- Sikkes, S., & Blaauw, E. (2023, april). *Zelfstigma en sociale steun bij patiënten met verslavingsproblematiek*. Tijdschrift voor psychiatrie.
- The New York Times. (2024, mei 14). *'High-functioning anxiety isn't a medical diagnosis. It's a hashtag.'* | NYT Opinion [Video]. YouTube.
- Trimbos Instituut. (2024, 17 juni). *Wachttijd in de ggz heeft impact op patiënten, naasten én zorgverleners*.
- Trimbos-instituut. (z.d.). *Psychische gezondheid en ggz: Feiten en cijfers*.
- Underhill R., & Foulkes, L. (2024). *Self-Diagnosis of Mental Disorders: A Qualitative Study of Attitudes on Reddit*. Qualitative Health Research.
- Van der Stel, J. (2016). *Definitie 'gezondheid' aan herziening toe*.
- Van Os, J. (z.d.). *Stigma en zelfstigma*. PsychoseNet.
- Van Os, J. (2024, februari 12). *Er is geen grens tussen gek en normaal* [Video]. YouTube.
- Van Hintum, M. (2015). *Te gek voor woorden: Stigma en media*. Samen Sterk zonder Stigma. <https://www.psychosenet.nl>
- Zondag met Lubach. (2020, 4 oktober). *De online fabeltjesfuik | Zondag met Lubach (S12)* [Video]. YouTube.

De redactie beschikt over alle url's van geraadpleegde bronnen.

Opvragen bij redactieSP@venvn-spv.nl

Hoe toekomstbestendig is de huidige sociaal psychiatrisch verpleegkundige?

Anke Sieswerda
Afke Wolters SPV

De functie Sociaal Psychiatrische Verpleegkundige (hierna SPV) vindt zijn oorsprong in de jaren '80. Waar de inzet van de SPV zich in die jaren voornamelijk beperkte tot de geestelijke gezondheidszorg, is dat tegenwoordig wel anders. De SPV is inmiddels een waardevolle bruggenbouwer in de maatschappij geworden met een brede inzetbaarheid. Deze inzetbaarheid verplaatst zich steeds vaker naar taken die passen bij een coördinerend regiebehandelaar waarbij deze zorgt voor afstemming en coördinatie van de zorg, ook met andere betrokken hulpverleners (Zorginstituut Nederland, 2020). Het bepalen van de richting van de behandeling blijft de verantwoordelijkheid van de indicierend regiebehandelaar (Zorginstituut Nederland, 2021).

Uit het onderzoek van Grefelman en Winkel komt naar voren dat SPV zich veelal herkennen in de taken van de coördinerend regiebehandelaar en de behoefte te hebben om dit officieel te maken. Tevens vinden velen dat inschaling in functiegroep schaal 60 hierbij passend is (Grefelman & Winkel, 2024).

Dit roept bij ons de vraag op: *Hoe komt deze functiewaardering eigenlijk tot stand?*

Functiewaardering Gezondheidszorg

In Nederland werken 1,4 miljoen mensen in de zorg. Samen verdienen zij 23 miljard euro. Met functiewaardering gezondheidszorg (hierna FWG) wordt de maatschappelijke opdracht om dit loon eerlijk te verdelen en om het op die manier beheersbaar te houden, ingevuld. Hierdoor wordt, zoals bij Nederlandse wetgeving is bepaald, hetzelfde werk op dezelfde manier beloond en wordt daardoor concurrentie op primaire arbeidsvoorwaarden zoveel mogelijk voorkomen. Als gezamenlijk initiatief van werknemers

en werkgeversorganisaties in de zorg is het FWG-systeem het fundament voor een eerlijke loonverdeling. Door de inzet van dit uniforme meetinstrument kunnen functies naar zwaarte worden gerangschikt en ingedeeld in functiegroepen (salarisschalen). Deze functiegroepen zijn opgenomen in de zorgcao's en van salarisbedragen voorzien.

“Voor een eerlijke loonverdeling”

Belangrijk om hierbij te vermelden is dat het FWG-systeem dus niet gaat over de hoogte van de salarissen in de zorg, maar over de koppeling van een functie aan een functiegroep in de zorg cao's. Het is aan werkgeversorganisaties en vakbonden om de

hoogte van de salarissen en de functiegroepen te bepalen door middel van een cao-overleg (*FWG-Systeem - FWG Progressional People*, 2024).

Hiermee is systeemhouder FWG van mening dat het FWG-systeem eerlijk en transparant is. Onderzoek naar het FWG-systeem leert ons dat de huidige omschrijving van de ijk-functie SPV niet meer van deze tijd lijkt te zijn.

Ook al heeft het takenpakket zich zo langzamerhand uitgebreid richting coördinerend regiebehandelaar, deze taken komen niet voor in de ijkfunctie SPV en de indeling blijft hierdoor binnen de kaders van (*FWG-Systeem - FWG Progressional People*, 2024) functiegroep 55 vallen.



Rijst bij ons de vraag: Waarom is dit al lange tijd zo'n grijs gebied? En waarom wordt deze erkenning tot nu toe niet landelijk gegeven en beperkt zich dit tot een handjevol organisaties? Want er zijn namelijk wel organisaties die hun SPV waarderen en indelen in functiegroep 60. In onze zoektocht naar antwoorden hebben we ons gewend tot de systeemhouder FWG voor een schriftelijk interview.

Met de komst van het nieuwe Landelijke Kwaliteitsstatuut 4.0 lijkt de SPV eindelijk meer erkenning te krijgen dan in de jaren ervoor. Heeft dit ook invloed op de FWG?

Bij functiewaardering worden de taken en verantwoordelijkheden die in een functiebeschrijving zijn opgenomen gewaardeerd en ingedeeld. Als het FWG-systeem correct wordt toegepast, dan is de indeling in de betreffende functiegroep het terechte eindresultaat en daarmee erkenning voor zwaarte van de taken en verantwoordelijkheden die worden uitgevoerd. Als uit het nieuwe landelijke kwaliteitsstatuut GGZ 4.0 blijkt dat de SPV andere taken en verantwoordelijkheden krijgt, die bij het indelen van de functie ook nog eens leiden tot andere scores op één of meer van de gezichtspunten, dan kan wellicht het eindresultaat zijn dat er een andere functiegroep uitkomt. Het FWG-systeem werkt met bandbreedtes, dus extra of andere taken en verantwoordelijkheden leiden niet automatisch tot een andere functiegroep.

Maar in eerste instantie is het belangrijkste dat een zorginstelling zoals GGZ Friesland er ook voor moet kiezen om de SPV te gaan inzetten conform het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ 4.0. Als dat zo is, dan kan dat aanleiding geven tot het opstarten van de herindelingsprocedure conform de CAO GGZ en mogelijk leiden tot het opnieuw beschrijven en indelen van de functie SPV.

Waarom is er (al zo lang) een verschil in functiewaardering van de SPV bij verschillende organisaties? Waarom lukt het niet om hier eenduidigheid in te krijgen?

Iedere zorginstelling is vrij om de functie zelf te beschrijven en in te delen met het FWG-systeem. Dat betekent dat organisaties zelf bepalen wat ze in de functiebeschrijving zetten om deze daarna te waarderen en in te delen. Als de functies sterk op elkaar lijken, zou je wel verwachten dat de functie landelijk ook hetzelfde wordt ingedeeld,

conform de ijkfunctie SPV in het FWG-systeem (FG 55). Echter, organisaties passen soms de FWG-systematiek niet goed toe, hebben te maken met een krappe arbeidsmarkt of richten de functie van SPV anders in, met andere taken en verantwoordelijkheden. Alle drie die redenen kunnen een verklaring zijn waarom de waardering en indeling verschilt per organisatie.

In hoeverre zijn de ijkfuncties bepalend voor de inschaling?

Het proces van waarderen en indelen met FWG 3.0 kent 2 belangrijke stappen: het toekennen van scores op de gezichtspunten (waarderen) en het vergelijken met ijkfuncties en vervolgens een keuze maken voor een indeling (indelen). Als een functie binnen een zorginstelling sterk lijkt op een ijkfunctie, dan moet je een goede argumentatie hebben als organisatie als je toch afwijkt van de ijkfunctie qua waardering en indeling. Met andere woorden, als de functie qua taken en functie-eisen sterk op de ijkfunctie lijkt, dan verwacht je bij correcte toepassing van de FWG-systematiek ook dezelfde indeling. Dus ijkfuncties zijn in die zin best bepalend.

Wordt er weleens afgeweken van de ijkfuncties?

Ja, wanneer een functie binnen een zorginstelling afwijkt van een ijkfunctie in taken, verantwoordelijkheden of functie-eisen (denk aan een SPV die bijvoorbeeld ook leidinggeeft), kan de indeling ook afwijken. In de praktijk zien we wel dat organisaties ook afwijkend indelen, terwijl de functie wel sterk op een ijkfunctie lijkt. Er is dan geen inhoudelijke verklaring/onderbouwing voor de afwijking. Wij hebben geen zicht op de beweegredenen van organisaties, maar dit kan dan waarschijnlijk te maken hebben met de eerdergenoemde arbeidsmarkt, waarbij werkgevers zich genoodzaakt voelen functies hoger in te delen dan waar ze op basis van correcte toepassing van de FWG-systematiek op zouden uitkomen. Hier is dan geen sprake van functiewaardering, maar van intern beloningsbeleid. Als FWG adviseren wij altijd met klem aan werkgevers om dit niet te doen, alleen iedere werkgever is zelf eigenaar van, en baas over het eigen functiehuis.

Welk belang hebben werkgevers bij het FWG Nederland systeem?

Het primaire doel van het FWG-systeem (en iedere functiewaarderingssysteem) is de totale loonsom van de zorg (op dit moment ca 23 miljard euro) op een eerlijke manier verdelen onder de zorgprofessionals. Een tweede doel is gelijk loon voor gelijk of voor hetzelfde werk. Los van het feit dat dit het zich houden aan Nederlandse wetgeving betekent, zorgt het ook voor een eerlijk speelveld in Nederland (dezelfde functie in Limburg, de Randstad en Groningen krijgt ook hetzelfde salaris). Dit is van belang voor werkgevers, zodat ze elkaar niet gaan beconcurreren op primaire arbeidsvoorwaarden. Dit zou in tijden van arbeidsmarktkrapte (zoals nu) een opwaartse spiraal van loonsomstijging creëren, waarbij uiteindelijk de zorgkosten oncontroleerbaar stijgen.

Merken jullie ook een spanningsveld tussen werkgevers en werknemers hieromtrent? En wat is de rol van de vakbond hierin?

Ja, langdurige arbeidsmarktkrapte verhoogt de druk op het functiewaarderingssysteem en op zorgprofessionals, omdat werkgevers zich steeds vaker genoodzaakt voelen toch af te wijken van het functiewaarderingssysteem en omdat de zorg met steeds minder mensen meer werk moet doen. Dit ondermijnt mogelijk het draagvlak voor functiewaardering-

systemen op de lange termijn, met uiteindelijk de hierboven genoemde oncontroleerbare loonsomstijging als gevolg. De vakbonden onderschrijven het nut en de primaire doelstelling van een functiewaarderingssysteem zoals het FWG-systeem, waarmee de loonsom op een eerlijke wijze binnen de branche verdeeld wordt en waarbij er geen onderlinge concurrentie op loon tussen zorginstellingen plaatsvindt.

Wat zou er moeten veranderen in de functieomschrijving van de SPV zodat de indeling in functiegroep 60 uitkomt? Welke criteria worden hiervoor gebruikt?

De waardering en indeling van iedere functie, dus ook die van SPV, is gebaseerd op de combinatie van de uitgevoerde werkzaamheden en de daarbij behorende functie-eisen. Voor een indeling in functiegroep 60 zouden deze moeten worden verzwaaard. De functie van SPV is een BIG geregistreerde zorgfunctie die qua rol en verantwoordelijkheden in ingebed in het Landelijk Kwaliteitsstatuut. Binnen FWG hebben we in de periode van 2019 tot 2024 zo'n 30 SPV-functies ingedeeld, waarvan ook een aantal met de rol van coördinerend regiebehandelaar. De rol en taken als coördinerend regiebehandelaar zorgden op enkele gezichtspunten voor een hogere score, maar de indelingen bleven allemaal binnen de bandbreedte van functiegroep 55 uitkomen.

De vergaarbak van Senior Gedifferentieerde Verpleegkundige

Wie zich ook met dit vraagstuk bezighoudt, en zich hard maakt voor erkenning van de functie is Marcello Braschi, SPV bij Lentis en docent aan de Hanze Groningen.

Braschi vertelt dat binnen Lentis in 2015 de functie van SPV werd opgeheven. Ook de opleidingsmogelijkheden werden niet meer ondersteund door het toenmalige bestuur van Lentis die het functiehuis wilde opschonen. Voor de SPV kwam dit als een donderslag bij heldere hemel. De verontwaardiging, het verdriet en boosheid resulteerde in de decennia daarna tot het vertrek van veel SPV-en. Enkel de reguliere verpleegkundige die iets extra's had geleerd (zoals AGOG, SPH, een module of een cursus) kreeg de, door de organisatie zelf gecreëerde, functie van Senior Gedifferentieerde Verpleegkundige toebedeeld.

Dit kwam de kwaliteit van zorg niet ten goede en na verloop van tijd werd duidelijk dat er behoefte was aan mensen met meer gerichte kennis met betrekking tot contact maken,

kennis van psychopathologie, sociaal psychiatrische kennis en vaardigheden op het gebied van crisisinterventie. Het volgen van een aantal modules bleek onvoldoende te zijn om verpleegkundigen op te leiden tot de functie van SPV.

De vakgroep SPV, onder voorzitterschap van Braschi, heeft zich hard gemaakt voor de positionering van de SPV binnen Lentis. In de laatste fase is daarbij ook de vakbond NU'91 betrokken voor advies. Vanuit de vakgroep werd een werkgroep opgericht die de functie is gaan herschrijven. Dit alles kent een zeer lang, frustrerend en moeizaam traject waardoor ondertussen bijna de helft van de SPV zijn verdwenen binnen Lentis, aldus Braschi. Men wilde als vakgroep SPV het tij keren, met name ook door functie goed te omschrijven voor een duidelijke positionering en waardering binnen de organisatie.

Deze nieuwe functieomschrijving kan nu uiteindelijk aan de functiehouders worden aangeboden (waarna het gewogen kan worden door de FWG). Hierin is ook de nieuwe taak van coördinerend regiebehandelaar meegenomen.

In de functiebeschrijving is vooral gekeken naar de taken en verantwoordelijkheden van de coördinerend regiebehandelaar en hoe dit wordt omschreven. Welke eisen worden er specifiek gesteld aan de coördinerend regiebehandelaar?

“Er lijkt sprake te zijn van een gunfactor”

De werkgroep heeft onderzoek gedaan bij GGZ Noord Holland Noord. Hier wordt de SPV al wel ingezet als coördinerend regiebehandelaar en is ingeschaald in functieschaal 60, ondanks dat de functiewaardering op schaal 55 uitkomt volgens de FWG. Daarmee lijkt er vooral sprake te zijn van een gunfactor volgens Braschi.

Dit roept bij ons verschillende vragen op, zoals: Is de functieomschrijving niet overal hetzelfde en hoe verhoudt zich dat dan tot de salaris schalen? Hierop gaf Braschi aan dat eigenlijk elke organisatie het takenpakket van de SPV weer anders invult. Bij Lentis werk je als SPV bijvoorbeeld mee in de 24 uursdiensten terwijl dit bij GGZ Friesland geen vereiste is. De werkgroep heeft dit ook meegenomen in de functiebeschrijving want dit brengt ook weer andere verantwoordelijkheden met zich mee.

Wat ons nog wel bezighoudt is de financiering van dit proces. Want stel dat de SPV inderdaad in schaal 60 gewaardeerd gaat worden in de toekomst: Hoe verhoudt zich dat dan tot de verdeling van het budget? Want waar de SPV meer gaat verdienen zal er ergens anders bezuinigd moeten worden. Braschi is van mening dat dit wel mee zal vallen. De SPV-en zijn een relatief kleine groep. Het wordt tijd dat men in gaat zien

dat dit een grote organisatie niet de kop gaat kosten, andersom echter wel. Want wat gebeurt er wanneer alle SPV-en opstappen? En wat misschien nog wel zwaarder weegt: Door de SPV-en in hun kracht te zetten als coördinerend regiebehandelaar kunnen zij taken overnemen van de indicierend behandelaar waardoor er minder regiebehandelaren nodig zijn. En laat dat nou net een knelpunt oplossen: Er is een tekort aan indicierend regiebehandelaren binnen de GGZ.

Om dit proces tot een goed einde te kunnen brengen zou de hulp van de vakbond helpend kunnen zijn volgens Braschi. Nu zijn er te weinig SPV-en lid van een vakbond om een vuist te kunnen maken. Hoe meer leden, hoe groter de vuist gemaakt kan worden. De vakbond heeft hiervoor input nodig vanuit het werkveld. Hier ligt dus een taak voor de SPV-en zelf.

In 2021 is er binnen GGZ Friesland een werkgroep geweest die zich, net als nu bij Lentis, hard heeft gemaakt voor herijking van de functie. De werkgroep heeft zich gericht op de 24-uurs crisisdienst, maar daar is de taak van coördinerend behandelaar niet in meegenomen. Dit heeft toen niet geleid tot een hogere functieschaal.

Het basisprincipe vanuit de vakbond is solidariteit: We staan voor goede zorg, maar we moeten als SPV uitdragen wat onze visie, vanuit onze professie, op goede zorg is. En daar willen we logischerwijs ook voor betaald worden. Nu doet de beroepsgroep hierin geen beroep op de vakbond dus dan wordt dat ook niet opgepakt.



(Luchinovich, n.d.)

Beroepsvereniging NU '91

We lijken hiermee een spanningsveld te raken in zorgland en zijn benieuwd wat de vakbond hierover te zeggen heeft. We benaderen Ton van der Plas, belangenbehartiger voor de noordelijke provincies Friesland, Groningen en Drenthe van NU '91.

“Zijn we als hulpverlener te lief?”

Van der Plas merkt dat andere zorgprofessionals meer opkomen voor hun functie, hierin lijkt de SPV achter te blijven. Waar ligt dat aan? Zijn we als hulpverlener te lief? Te dienstbaar? Komen we te weinig voor onszelf op ondanks dat we ons onder gewaardeerd voelen? Van der Plas stelt dat de functie coördinerend regiebehandelaar in het leven geroepen is om de regiebehandelaar te ontlasten, het tekort aan psychiaters op te vangen. Daar mag dan toch ook een financiële waardering tegenover staan! Het spaart tenslotte duurdere regiebehandelaren uit. Organisaties mogen zelf het toegekende budget van de zorgverzekeraars verdelen, daarmee lijkt de indeling van de SPV in schaal 60 vooral voort te komen vanuit een gunfactor, aldus van der Plas. Volgens hem zou het werken met een arbeidstoeslag in plaats van schaalverhoging uitkomst kunnen bieden.

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut

Het Landelijk Kwaliteitsstatuut geestelijke gezondheidszorg (hierna LKS) regelt de kwaliteit en verantwoording binnen de GGZ in Nederland. Het beschrijft vooral de rollen van de betrokken zorgverleners in verschillende onderdelen van het zorgproces. Hierbij ligt de focus op indiceren, coördineren en evalueren van behandelingen.



(Kwaliteit, n.d.)

Het LKS zet uiteen welke taken en bevoegdheden bij deze rollen horen en welke competenties er nodig zijn om deze uit te voeren. Hiermee kan de zorgaanbieder zorg leveren in het kader van de zorgverzekeringswet. Het Zorginstituut Nederland (hierna ZN) houdt toezicht en speelt een centrale rol in het proces.

Met deze wettelijke opdracht zijn de drie hoofdpartijen (de zorgverzekeraar, patiënten vertegenwoordiging en zorgverleners) regelmatig in overleg om dit LKS zo nodig aan te passen en te verbeteren.

Door meningsverschillen tussen betrokken partijen over de invulling van regiebehandelaren werd in 2022 een nieuwe versie van het LKS opgesteld door de ZN. Dit leidde tot een tijdelijke veldafpraak (LKS 3.0). Met name de invulling welke beroepsgroep in welke zorgsetting regiebehandelaar kon zijn bleek toen niet oplosbaar in het onderling overleg.

“De SPV kan regiebehandelaar zijn”

Inmiddels is een vernieuwde versie, LKS 4.0 is door alle partijen geaccordeerd en vastgesteld door ZN. Dit statuut moet duidelijkheid scheppen over de rollen en verantwoordelijk-

heden van zorgverleners, inclusief hun bevoegdheden en benodigde competenties, om de kwaliteit van zorg verder te waarborgen (Zorginstituut Nederland, 2020).

In het LKS 4.0 staat het volgende:

De SPV kan regiebehandelaar zijn. Hiermee wordt de SPV genoemd als (coördinerend) regiebehandelaar. Dit houdt in dat zij een behandelplan mogen opstellen en geacht worden complexe problematiek te behandelen. De inzet als regiebehandelaar is voor de SPV als volgt gespecificeerd:

“Gespecialiseerde verpleegkundige behandeling en begeleiding bij gevolgen van complexe psychiatrische stoornissen en beperkingen met als doel persoonlijk en maatschappelijk herstel. Doelgroep: Mensen met een korte en langdurige rehabilitatie vraag. Coördinerend en uitwerken van het behandelplan; stelt niet de psychiatrische diagnose noch de medische indicatie.” (Glazenborg, 2024)

Conclusie

De SPV heeft in de afgelopen decennia bewezen een cruciale rol te spelen binnen de GGZ. Door de toenemende complexiteit van zorgvragen en de druk op de arbeidsmarkt is de inzetbaarheid van de SPV als coördinerend regiebehandelaar relevanter dan ooit.

Maar zolang er geen landelijke eenduidigheid is over het takenpakket van de SPV, blijft deze rol onduidelijk en moeilijk te positioneren. Vanuit ons gesprek met Braschi lijkt de functiewaardering vast te zitten aan beheersing vanuit de werkgever om ervoor te zorgen dat de loonkosten niet te hoog worden. Waar zij dat volgens een eerlijk systeem trachten te doen zien we in de praktijk dat er voldoende speelruimte is om hier een eigen invulling aan te geven als organisatie. Maar daarbij lijkt men niet in te zien dat het veel efficiënter is om de relatief goedkopere SPV in te zetten als coördinerend regiebehandelaar zodat dit de indicierend regiebehandelaar ontlast.

“Onderaan de streep verlaagt dit de kosten in de geestelijke gezondheidszorg”

Dit zou een zeer welkome optie zijn om de torenhoge werkdruk op de, overigens ook nog eens veel te weinig beschikbare, indicerende regiebehandelaren omlaag te brengen. Positieve bijkomstigheid is dat dit ook weer lucht geeft op de krappe arbeidsmarkt. Het maakt efficiënter werken mogelijk wat onderaan de streep de kosten in de geestelijke gezondheidszorg verlaagt doordat er minder dure regiebehandelaren nodig zijn. Hiermee kan deze beroepsgroep worden ingezet daar waar dat echt nodig is en een verschil kan maken!

Om dit te kunnen realiseren, is het noodzakelijk dat de functie van SPV niet alleen helder wordt gedefinieerd, maar ook eerlijk wordt gewaardeerd. Een passende beloning die recht doet aan het opleidingsniveau, de zelfstandigheid, en de verantwoordelijkheden van de SPV is onmisbaar om de SPV gemotiveerd te houden en de kwaliteit van zorg te waarborgen.

Met de komst van het nieuw LKS 4.0. lijkt de discussie weer op scherp te worden gezet en lijkt de SPV eindelijk weer meer erkenning te krijgen dan in de jaren ervoor. Laten we voorkomen dat de functiegroep opnieuw ondersneeuwt zoals in 2016 toen de SPV niet eens als functie werd genoemd in het LKS. Het is ons duidelijk geworden dat dit vraagt om gezamenlijke inspanning vanuit zowel het werkveld, de werkgevers als ook

de vakbonden. Daarmee wordt het tijd de praktische en financiële barrières over boord te gooien. Hierbij heeft de SPV zelf ook een verantwoordelijkheid om lid te worden van de vakbond door zich te kunnen verenigen in een vuist tegen de jarenlange onderwaardering. We moeten laten zien dat we trots zijn op onze functie en klaar zijn voor de toekomst!



“Dus: betere zorgkwaliteit, en minder druk op regiebehandelaren: Dat klinkt toch als muziek in de oren?”

Bronnen

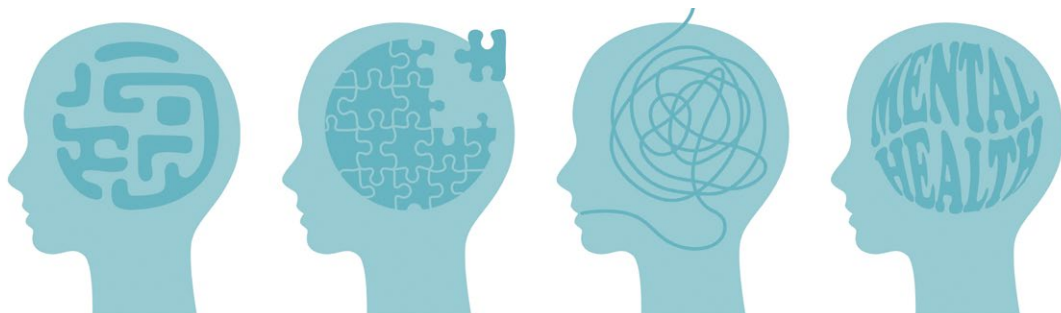
- *FWG-Systeem - FWG Progressional People*. (2024b, July 26). FWG Progressional People. Geraadpleegd op 18 december 2024, van: <https://fwg.nl/fwg-systeem/>
- Glazenborg, A. (2024, October 8). *LKS: de SPV in de GGZ*. Geraadpleegd op 18 december 2024, van: <https://nl.linkedin.com/pulse/lks-de-spv-ggz-arjon-glazenborg-vocne>
- Grefelman, S., & Winkel, M. (2024). De SPV als Coördinerend Regiebehandelaar: Rolverandering in de GGZ en VGZ vraagt om erkenning en actie. *Sociale Psychiatrie*, 43(147).
- *Kwaliteit*. (n.d.). IVMV. Geraadpleegd op 18 december 2024, van: <https://www.ivmv.org/algemene-info/kwaliteit/>
- Luchinovich, D. (n.d.). *Tijd is geld. Scales pictogram in platte stijl. Weegschaal symbool, balans teken. Tijdmanagement. Dollar en klok pictogrammen. Vector ontwerp elementen voor u zakelijke projecten op kleur achtergrond*. 123RF. Geraadpleegd op 5 december 2024, van: https://nl.123rf.com/clipart-vectoren/financiele_balans.html?page=2
- Zorginstituut Nederland. (2020, December 15). *GGZ Landelijk Kwaliteitsstatuut*. zorginzicht.nl. Geraadpleegd op 18 december 2024, van: <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ggz-landelijk-kwaliteitsstatuut>
- Zorginstituut Nederland. (2021). *Veelgestelde vragen over invoering Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ*. Geraadpleegd op 12 december 2024, van: <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/veelgestelde-vragen-over-invoering-landelijk-kwaliteitsstatuut-ggz.pdf>

Psychische klachten en welbevinden: Het belang van beiden in de geestelijke gezondheidszorg

Mandy Verleijdsdonk,
Margot Metz,
Gabriëlle van Son,
Nele Jacobs,
Edwin de Beurs,
Anneke van Schaik.

In de ggz is steeds meer aandacht voor positieve gezondheid en persoonlijk herstel. De doelstelling van het huidige onderzoek was meer inzicht krijgen in de samenhang tussen psychische klachten en welbevinden bij cliënten in de ggz met verschillende psychiatrische stoornissen, alsmede wat de betekenis van deze resultaten is voor de praktijk. Het onderzoek betrof een analyse van de vragenlijsten I.ROC (voor welbevinden) en SQ-48 (voor psychische klachten) ingevuld door cliënten (n = 2,943) van twee Nederlandse ggz-instellingen, gevolgd door twee focusgroepen met ggz-medewerkers (n = 15).

Wij vonden een sterke negatieve samenhang tussen klachten en welbevinden bij de start van de behandeling, dus meer klachten gaan samen met minder welbevinden. De aard van de psychiatrische stoornis was in beperkte mate van invloed op deze samenhang. Tijdens focusgroepen gaven hulpverleners en leden van de cliëntenraad aan dat zij in de praktijk verschillen zien tussen kortdurende en langdurige klachten wat betreft het verband tussen welbevinden en psychische klachten. De samenhang tussen welbevinden en psychische klachten is volgens hen vooral herkenbaar bij kortdurende en depressieve klachten. Bij langdurige klachten en andere problematiek lopen klachtniveau en welbevinden vaker uiteen en kunnen cliënten ondanks de klachten toch een hogere mate van welbevinden ervaren. Dit past bij het twee-continuamodel van geestelijke gezondheid, waarbij in de mate van samenhang tussen psychische klachten en welbevinden diverse combinaties mogelijk zijn. Voor de praktijk betekent dit dat het belangrijk is om vanaf de start van de behandeling aandacht te hebben voor zowel het meten en verminderen van psychische klachten, als voor het meten en bevorderen van welbevinden.



Inleiding

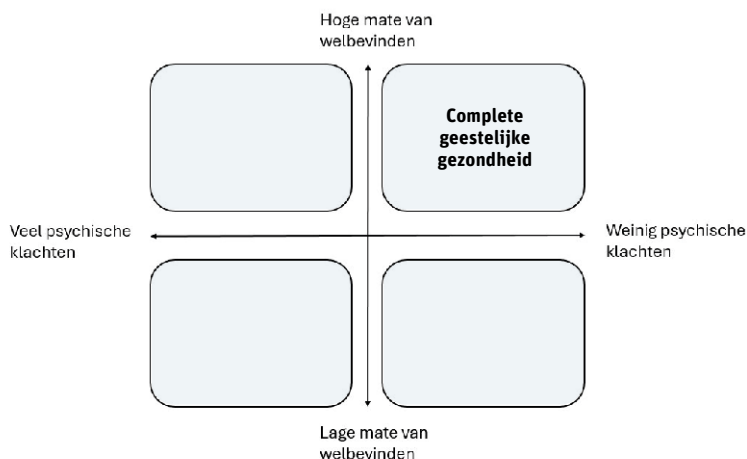
Een goede geestelijke gezondheid werd lange tijd vooral geassocieerd met afwezigheid van ziektesymptomen, maar wordt inmiddels ruimer gedefinieerd (WHO, 2022). Aansluitend bij deze visie hebben hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) meer oog voor wat cliënten zelf belangrijk vinden, zoals het ervaren van meer welbevinden (Dell et al., 2021). De ggz werkt bij steeds meer cliëntpopulaties volgens deze positieve visie op gezondheid (Baufeldt & Dawson, 2022). Vanwege de aanvankelijk overheersende focus op het verminderen van negatieve gezondheid of psychische klachten (Bohlmeijer et al., 2021) is er nog onvoldoende kennis over algeheel welbevinden bij verschillende cliëntpopulaties en hoe dit samenhangt met het ervaren van klachten.

Psychische klachten en welbevinden zijn twee relatief onafhankelijke constructen (Westerhof & Keyes, 2008) en liggen volgens het twee-continua model van geestelijke gezondheid van Keyes (2005) elk op een eigen continuüm (zie Figuur 1), waarbij diverse combinaties van de mate van psychische klachten en welbevinden mogelijk zijn. Mensen kunnen een hoge mate van welbevinden ervaren ondanks de aanwezigheid van psychische klachten, en omgekeerd kunnen mensen zonder psychische klachten toch een lage mate van welbevinden ervaren (Weijers et al., 2021). Tegenwoordig is er, in het kader van de brede kijk op gezondheid, bij behandeldoelen in de ggz meer aandacht voor zowel het verminderen van psychische klachten als het verhogen van welbevinden (Keyes, 2010; Trompetter et al., 2017). Dit is ook van belang omdat een hoge mate van welbevinden kan beschermen tegen het ontstaan of terugkeren van psychische klachten (Delleman, 2015; Geerling et al., 2020; Wood & Joseph, 2009). Tenslotte is aandacht voor welbevinden belangrijk, omdat het verhogen van welbevinden perspectief biedt voor cliënten met chronische klachten, passend bij de uitgangspunten van herstelgerichte zorg (Roosenschoon et al., 2019; Van Aken et al., 2022; Van Eck et al., 2018).

Onderzoek ondersteunt het twee-continua model van geestelijke gezondheid. Schotanus-Dijkstra, Pieterse, et al. (2016) toonden aan dat maar 36,5% van een representatieve (niet klinische) steekproef uit de Nederlandse bevolking hoog scoorde op welbevinden. In cross-sectioneel onderzoek bij cliënten met eetstoornissen was bij vergelijkbare ernst van de klachten veel variatie in de mate van hun welbevinden (De Vos et al., 2018). Ook verandering verloopt niet persé synchroon: vermindering van psychische klachten leidt volgens het model niet automatisch tot meer welbevinden. Het meten van diverse aspecten van welbevinden geeft zicht op in welke levensgebieden het welbevinden bevorderd kan worden voor een betere geestelijke gezondheid (Leamy et al., 2011). Zo kan het herstelproces meer op maat worden ondersteund (Couwenbergh et al., 2014). Het blijft ook belangrijk om psychische klachten te behandelen, omdat uit onderzoek blijkt dat diagnose-gerelateerde behandelingen effectief en efficiënt zijn (Korrelboom, 2015), en bijdragen aan cliënttevredenheid (Van Dijk et al., 2014). Ander onderzoek laat zien dat meer psychische klachten vaak samengaan met minder vorderingen in het persoonlijk herstelproces (Beckers et al., 2022; Roze et al., 2020; Sportel et al., 2023) en het proces naar meer welbevinden kunnen belemmeren (Dell et al., 2021; Kraiss et al., 2021; Rudd et al., 2020).

Figuur 1

Het twee-continua model van geestelijke gezondheid van Keyes

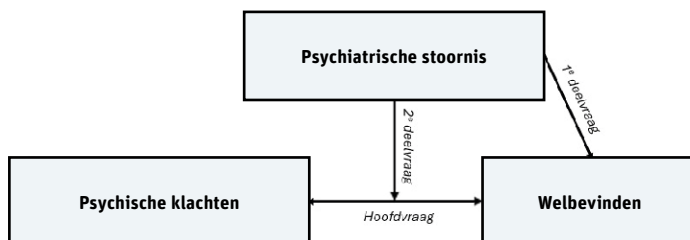


Noot. Overgenomen en vertaald uit "Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches" door Slade, M., 2010. *BMC Health Services Research*, 10, Article 26 (<https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-26>). CC-BY-NC.

Hoewel er discussie is of de koers van herstelgericht werken direct passend is voor cliënten bij wie eerst ingezet kan worden op afname van psychische klachten (Korrelboom, 2015), is het belangrijk om te onderzoeken hoe welbevinden samenhangt met psychische klachten en psychiatrische stoornissen. Daarin willen we in deze studie meer inzicht krijgen, met als hoofdvraag: wat is de samenhang tussen ervaren psychische klachten en welbevinden bij aanvang van behandelingen in de ggz? De eerste deelvraag is: in hoeverre verschilt de mate van welbevinden tussen de verschillende psychiatrische stoornissen? De tweede deelvraag: is er verschil in samenhang van psychische klachten met welbevinden bij de verschillende psychiatrische stoornissen? Zie Figuur 2 voor het conceptueel model. De afsluitende deelvraag luidt: welke betekenis hebben de uitkomsten van het onderzoek voor de benodigde behandeling en zorg in de praktijk?

Figuur 2

Conceptueel Model



Methode

Het huidige onderzoek had een mixed-methods design. Dit betekent dat zowel cijfermatig (kwantitatief) als via groepsinterviews (focusgroepen, kwalitatief) informatie is opgehaald en geanalyseerd. Het kwantitatieve gedeelte betrof data van ROM-vragenlijsten (Routine Outcome Monitoring) op één meetmoment (cross-sectioneel). De vragenlijsten waren door cliënten

van de specialistische ggz-organisaties GGz Breburg en GGZ inGeest ingevuld aan het begin van hun behandeling. Het ging om cliënten die nieuw werden ingeschreven in de periode 1 januari 2018 t/m 1 november 2023. In het kwalitatieve gedeelte werden de resultaten van de data-analyse besproken in focusgroepen met medewerkers en leden van de cliëntenraad vanuit deze twee organisaties.

Beschrijving steekproef

De steekproef voor het kwantitatieve onderzoeksgedeelte bestond uit 2943 cliënten in de ambulante behandelteams van de deelnemende organisaties (zie Tabel 1). De gemiddelde leeftijd was bijna 40 jaar en 64% van de deelnemers was vrouw. De vijf stoornissen die het meest voorkwamen waren: persoonlijkheidsstoornissen, depressieve stoornissen, trauma-gerelateerde stoornissen, angststoornissen en neurobiologische ontwikkelingsstoornissen. Overige stoornissen werden niet meegenomen vanwege kleine groepsgroottes.

Aan de eerste focusgroep deden zes deelnemers mee: een trajectbegeleider, ervaringsdeskundige, twee verpleegkundig specialisten en twee leden van de cliëntenraad. Aan de tweede focusgroep deden negen deelnemers mee: een teamleider, sociotherapeut, verpleegkundig specialist, activiteitenbegeleider, twee verpleegkundigen en drie leden van de cliëntenraad. Van de in totaal vijftien deelnemers was 60% vrouw.

Tabel 1
Beschrijvende Statistieken van de Steekproef (N = 2.943)

Variabele	n ^a	%	M ^b	Min-max
Geslacht				
Vrouw	1.889	64,2		
Man	1.054	35,8		
Leeftijd			39,9	18,0 – 94,0
DSM-5-classificatie				
Persoonlijkheidsstoornissen	901	30,6		
Depressieve stoornissen	794	27,0		
Traumagerelateerde stoornissen	542	18,4		
Angststoornissen	459	15,6		
Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen	247	8,4		
Duur van behandelgeschiedenis ^c			0,9	0,0 – 21,0

Noot. ^a n is het aantal mensen in de steekproef. ^b M staat voor het gemiddelde. ^c In jaren.

Meetinstrumenten

Als maat voor welbevinden is de vragenlijst Individual Recovery Outcomes Counter (I.ROC, Monger et al., 2013) gekozen. De I.ROC is ontwikkeld door Penumbra, een instelling voor zorg aan cliënten met psychiatrische aandoeningen in Schotland (Monger et al., 2013; Dickens et al., 2017; Rudd et al. 2020). Deze vragenlijst is vertaald naar het Nederlands (Beckers et al., 2022; Roze et al., 2019; Sportel et al., 2023). De I.ROC bestaat uit twaalf items en meet diverse aspecten van welbevinden, waarmee positieve gezondheid in kaart wordt gebracht.

Antwoorden worden gegeven op een 6-punts Likertschaal van 1 (nooit) tot 6 (altijd) en richten zich op het eigen gevoel (van geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, veiligheid, zelfwaardering, eigen regie, hoop, verbonden zijn in een persoonlijk netwerk), op gedrag en bezigheden (lichamelijk actief zijn, zelfzorg, zelfmanagement, zinvolle bezigheden hebben en deelnemen aan sociale activiteiten). Voor het huidige onderzoek werd de gemiddelde totaalscore op de twaalf items gebruikt. Een hogere score betekent meer algemeen welbevinden. Validatieonderzoeken in Schotland en Nederland lieten positieve resultaten zien in de betrouwbaarheid en validiteit (Beckers et al., 2022; Monger et al., 2013; Rudd et al., 2020).

Om de ernst van de psychische klachten te meten werd de Symptom Questionnaire 48 (SQ-48, Carlier et al., 2017) gebruikt. De SQ-48 vragenlijst is ontworpen door de afdeling psychiatrie van het Leids Universitair Medisch Centrum als checklist voor psychische klachten of symptomen. Antwoorden worden gegeven op een 5-punts Likertschaal van 0 (nooit) t/m 4 (zeer vaak). Voor het huidige onderzoek werd de gemiddelde totaalscore op 37 items over angst, depressie, somatische klachten, sociale fobie, agorafobie, agressie en cognitieve klachten gebruikt (Carlier et al., 2017). De subschalen “vitaliteit” en “werk” werden niet meegenomen, omdat deze geen klachten meten. Een hogere totaalscore op de klachtgerelateerde items van de SQ-48 betekent een ernstiger klachtniveau.

De psychiatrische stoornis werd vastgesteld als de actuele DSM-5 classificatie (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed), op basis van de klinische inschatting van de intaker (er werd geen semi-gestructureerd diagnostisch interview afgenomen). Overige cliëntkenmerken die werden meegenomen waren: duur van de behandelgeschiedenis (eerdere behandelduur in jaren bij de betreffende organisatie voorafgaand aan de huidige inschrijving), leeftijd (op het moment van invullen van de vragenlijsten) en geslacht.

Procedure en analyses

De Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO) van zowel GGz Breburg als GGZ inGeest gaven toestemming voor (gebruik van geanonimiseerde data voor) dit onderzoek (CWO-nummer 2023-13). Bij beide organisaties konden cliënten bezwaar maken tegen gebruik van geanonimiseerde gegevens voor wetenschappelijk onderzoek; enkel data van cliënten die geen bezwaar hadden werden meegenomen. Deelnemers van de focusgroepen gaven toestemming voor gebruik van de bevindingen voor rapportage.

Data werden geanalyseerd met SPSS versie 29 met een stapsgewijze meervoudige regressie-analyse met de totaalscore van de I.ROC als uitkomstvariabele. In de eerste stap werd gecontroleerd op duur van behandelgeschiedenis, geslacht en leeftijd, omdat deze invloed kunnen hebben op welbevinden (Franken et al., 2018). In de tweede stap werden de SQ-48 klachterschaal en DSM-5-classificaties (met depressieve stoornis als referentiegroep) als mogelijke voorspellers toegevoegd (hoofdvraag en eerste deelvraag). In de laatste stap werd getest of psychiatrische stoornis de samenhang tussen psychische klachten en welbevinden zou beïnvloeden (tweede deelvraag). Het significantieniveau waarop getoetst werd was $\alpha < .05$ (tweezijdig). Bij het interpreteren van de predictoren werd een correlatie $r \geq 0.50$ beschouwd als een sterk verband (Cohen, 1988) en een bèta (β) groter dan .25 als een groot effect (Keith, 2006). De volledige beschrijving van de statistische analyse is opvraagbaar bij de 1e auteur. Het kwalitatieve onderzoeks gedeelte bestond uit twee online focusgroepen met medewerkers en leden van de cliëntenraad. Het doel was om vanuit de praktijk betekenis te geven aan de

resultaten. Voor de focusgroepen was vooraf een semigestructureerde interviewgids gemaakt op basis van de bevindingen uit de data-analyse (opvraagbaar bij de 1e auteur). De focusgroepen werden begeleid door een gespreksleider (MV) en observator (MM). Inbreng van de deelnemers werd woordelijk getranscribeerd en vervolgens thematisch geanalyseerd (Clarke et al., 2015).

Tot slot is er een aanvullende, beschrijvende analyse uitgevoerd waarbij de steekproef van cliënten werd opgedeeld in vier groepen: hoge versus lage I.ROC score gekruist met hoge versus lage SQ-48 score. Zo kon worden vastgesteld welke percentages van cliënten ‘ziek’ en ‘gezond’ waren op basis van de I.ROC en SQ-48. De indeling werd gemaakt op basis van een I.ROC afkappunt van 4.05 op de totaalscore welbevinden en een SQ-48 afkappunt van 0.99 op de totaalscore psychische klachten. Deze afkappunten zijn berekend volgens de methode van Jacobson en Truax (1991) en markeren de grens tussen ziek en gezond.

Resultaten

Om op basis van het twee continua model een beeld van de cliëntengroep te schetsen, beschrijven we eerst de resultaten van de aanvullende, beschrijvende analyse. Vervolgens beantwoorden we de onderzoeksvragen over de samenhang tussen psychische klachten en welbevinden, de samenhang met psychiatrische stoornissen en de mogelijk invloed van behandelgeschiedenis, geslacht en leeftijd.

Uit de beschrijvende analyse bleek dat de grootste groep (82%) van de cliënten bij aanvang van de behandeling een lage mate van welbevinden en veel klachten rapporteerde. Deze groep wordt ‘ziek’ genoemd. 11% gaf veel klachten aan, maar ervaarde alsnog een hoge mate van welbevinden. Deze groep is enkel te oormerken als ‘ziek’ op basis van klachten. 4% rapporteerde een hoge mate van welbevinden en weinig klachten. Deze groep noemen we ‘gezond’. Tot slot scoorde een kleine groep (3%) een lage mate van welbevinden, maar ervaarde weinig klachten. Deze groep is ‘ziek’ te noemen enkel op basis van welbevinden. Zie Tabel 2 voor het overzicht.

Tabel 2
Verdeling van cliënten bij aanvang van behandelingen in vier groepen

		Klachten		
		Weinig	Veel	Totaal
Welbevinden	Hoge mate	‘Gezond’: 124 (4%)	‘Ziek’ o.b.v. klachten: 316 (11%)	440 (15%)
	Lage mate	‘Ziek’ o.b.v. welbevinden: 87 (3%)	‘Ziek’: 2416 (82%)	2503 (85%)
	Totaal	211 (7%)	2732 (93%)	2943 (100%)

Noot. De indeling werd gemaakt op basis van een I.ROC afkappunt van 4.05 op de totaalscore welbevinden en een SQ-48 afkappunt van 0.99 op de totaalscore psychische klachten.

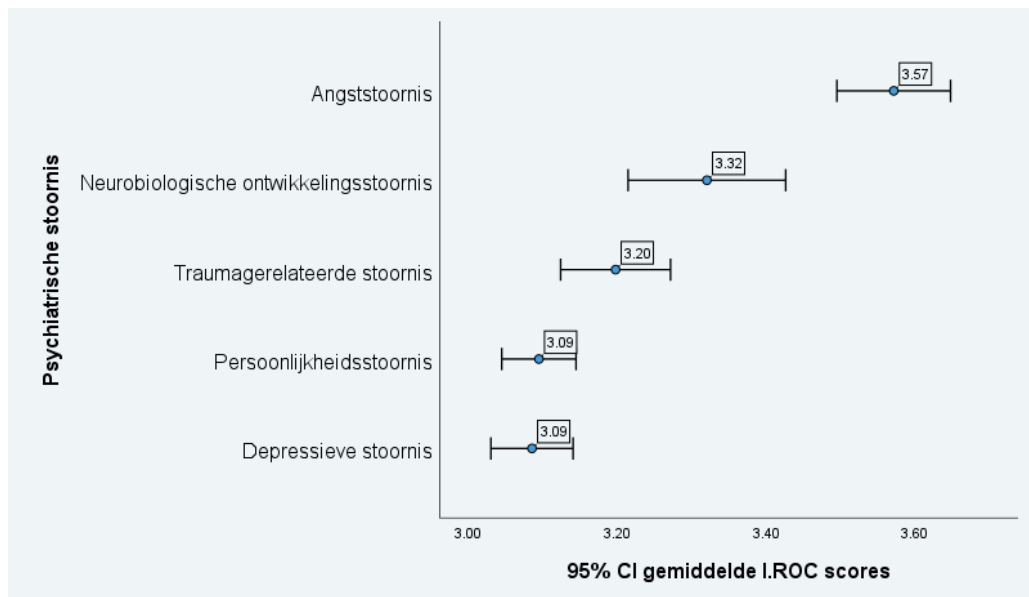
De samenhang in de data tussen psychische klachten en welbevinden was significant, groot en negatief (correlatie $r = -.58$, $p < .001$), de tabel met verklaarde variantie is opvraagbaar bij de 1e auteur). Dit betekent: hoe hoger de mate van ervaren klachten, hoe lager de mate van welbevinden, en omgekeerd. Dit sterke verband werd herkend in de focusgroepen. Zo zei een deelnemer: “Als je de meting doet wanneer iemand opgeknapt is, zie je vaak dat thema’s als

sociaal netwerk of hoop voor de toekomst weer beter scoren. Dus dat varieert mee met de ernst van de klachten.” Vooral bij deelnemers met depressieve klachten werd een lage mate van welbevinden waargenomen, daar deze klachten leiden tot een overwegend negatieve interpretatie van verschillende levensaspecten. Toch werd aangegeven dat het verschillend is per cliënt. Zo noemde een deelnemer dat een cliënt bij de beginmeting weinig psychische klachten scoorde en tegelijkertijd laag scoorde op de I.ROC. Uit de focusgroepen kwam naar voren dat de sterkte van het verband tussen klachten en welbevinden mede afhankelijk was van de ervaren duur van de klachten. Cliënten die al één of meerdere jaren last hebben van een stoornis, hebben mogelijk een manier gevonden om daarmee te leven, wat een positieve invloed heeft op welbevinden. Samenvattend bleek zowel uit de kwantitatieve als kwalitatieve bevindingen dat er een negatieve samenhang is tussen psychische klachten en welbevinden, en dat hierin variatie is waarbij het verband sterker lijkt bij cliënten met kortdurende en depressieve klachten.

Uit kwantitatieve analyses kwam naar voren dat cliënten met neurobiologische ontwikkelingsstoornissen, angststoornissen en traumagerelateerde stoornissen gemiddeld hoger scoorden op welbevinden dan cliënten met persoonlijkheidsstoornissen en depressieve stoornissen ($\beta < .200$, $p < .001$), zie Figuur 3). Het verschil was statistisch significant, maar qua betekenis voor de praktijk klein. Cliënten met persoonlijkheidsstoornissen en depressieve stoornissen verschilden onderling niet ($p = .163$). Behalve bij depressieve stoornissen, werden de verschillen in welbevinden tussen bovengenoemde cliëntengroepen niet herkend tijdens de bespreking ervan in de focusgroepen.

Figuur 3

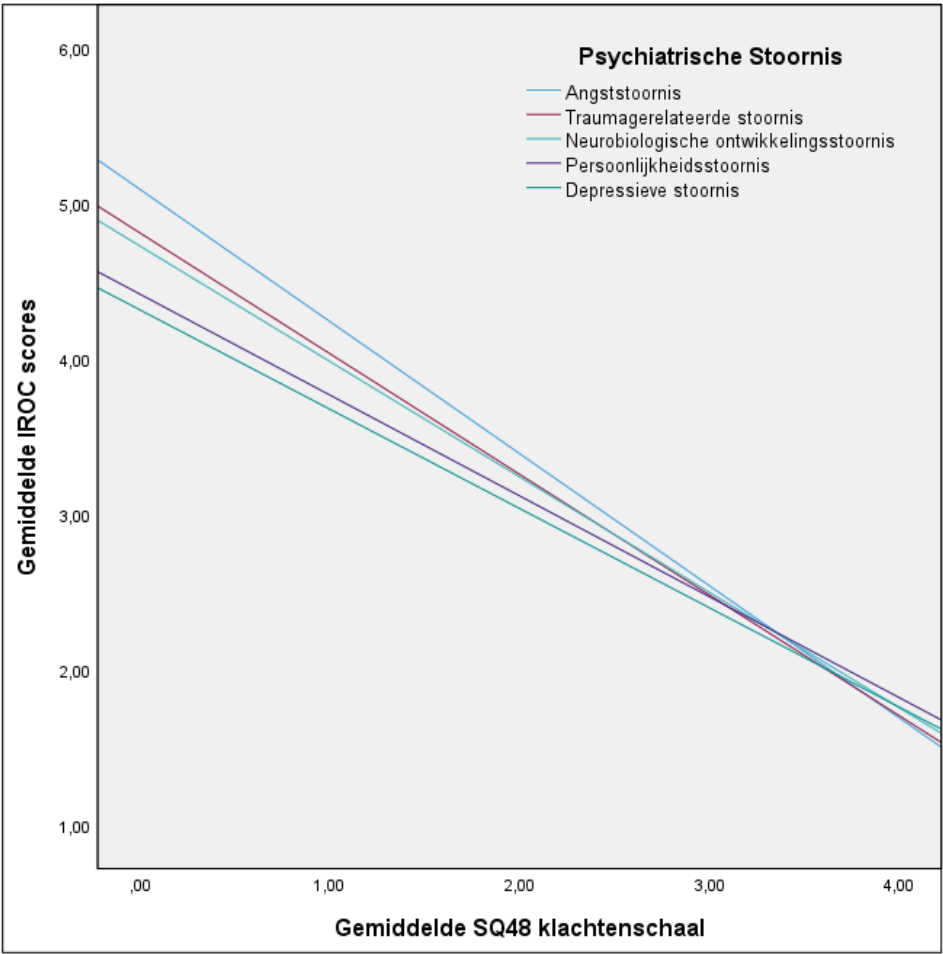
Mate van welbevinden bij verschillende psychiatrische stoornissen



Noot. In betrouwbaarheidsintervallen (CI) verwacht je met een bepaalde mate van zekerheid (hier 95%) de werkelijke waarde in de populatie te vinden. Het zegt iets over de nauwkeurigheid van een schatting.

Uit kwantitatieve analyses bleek de DSM-5-classificatie de mate van samenhang tussen klachten en welbevinden significant te beïnvloeden (zie Figuur 4). Specifiek was de samenhang tussen psychische klachten en welbevinden sterker bij cliënten met angststoornissen ($\beta = -.058$, $p < .001$) en bij traumagerelateerde stoornissen ($\beta = -.041$, $p = .034$) vergeleken met depressieve stoornissen. De groepsverschillen waren statistisch significant, maar deze verschillen in samenhang waren wel erg klein. In Figuur 4 is verder te zien dat het verschil tussen stoornissen in welbevinden vooral aanwezig was bij weinig klachten en dat het verschil minder werd bij meer klachten. De samenhang tussen psychische klachten en welbevinden verschilde niet significant tussen neurobiologische ontwikkelingsstoornissen en depressieve stoornissen, evenmin tussen persoonlijkheidsstoornissen en depressieve stoornissen. De focusgroepen suggereerden dat in de praktijk geen klinisch betekenisvolle verschillen werden waargenomen tussen de stoornissen in de sterkte van het verband tussen psychische klachten en welbevinden. Zo zei een deelnemer: “Problemen zijn heel generiek over alle diagnoses heen: trauma, eenzaamheid of lichamelijke problemen bijvoorbeeld.”

Figuur 4
Het verband tussen welbevinden en psychische klachten per psychiatrische stoornis



In de statistische analyse werd gecontroleerd op enkele cliëntkenmerken. De duur van de behandelgeschiedenis hing niet samen met welbevinden ($p = .257$). Er was wel een verband met leeftijd: hoe hoger de cliënt hoe lager het welbevinden ($\beta = -.065$, $t(2,930) = -4.28$, $p < .001$). Geslacht was ook significant ($\beta = -.069$, $t(2,930) = -4.62$, $p < .001$); vrouwen scoorden gemiddeld hoger op welbevinden dan mannen. Deze effecten van leeftijd en geslacht waren klein ($\beta < .100$). Deelnemers van de focusgroepen zagen geen duidelijke verschillen in welbevinden op basis van de duur van behandelgeschiedenis of geslacht. Qua leeftijd noemde men enkel verschillen op itemniveau. Zo kwam men bij ouderen vaker lagere scores op het item “sociaal netwerk” tegen en bij jongvolwassenen vaker een lagere score op “hoopvol naar de toekomst kijken” en “zelfmanagement”.

Discussie

Het doel van dit onderzoek was meer inzicht krijgen in het verband tussen psychische klachten en welbevinden bij cliënten met verschillende psychiatrische stoornissen bij aanvang van hun behandeling, met als doel om de behandeling en zorg in de praktijk beter op hen te kunnen afstemmen. Overeenkomstig met eerder onderzoek (Franken et al., 2018; Weijers et al., 2021) werd een sterke negatieve samenhang tussen psychische klachten en welbevinden gevonden. Bij aanvang van ambulante behandelingen gaan over het algemeen meer klachten gepaard met minder welbevinden. Deelnemers in de focusgroepen herkenden dit verband voornamelijk bij de cliëntengroep met kortdurende en depressieve klachten, waarbij de eerste fase van herstel van ‘overweldigd worden’ meer op de voorgrond staat (Gagne, 2004). Bij langdurige klachten werd dit verband in de praktijk minder gezien, mogelijk doordat er dan meer acceptatie is van de psychische klachten en meer inzicht in hoe ermee om te gaan (Dell et al., 2021). Ook kunnen cliënten met aanhoudende klachten in verder gevorderde fases van hun herstelproces komen en stappen zetten die hun welbevinden bevorderen, zoals weerstand bieden aan stigma (Dubreucq et al., 2022). Naast overweldigd zijn, zijn dit de fases in het herstelproces: ‘worstelen met je kwetsbaarheid’, ‘leven met je kwetsbaarheid’ en ‘leven voorbij de symptomen van je kwetsbaarheid’ (Gagne, 2004).

Uit de focusgroepen bleek dat deelnemers de indruk hadden dat het verband tussen psychische klachten en welbevinden op individueel niveau kan verschillen, wat in overeenstemming is met het twee-continua model van Keyes (2005), waarbij diverse combinaties van de mate van psychische klachten en welbevinden mogelijk zijn. De grootste groep (82%) van de steekproef ervaart een lage mate van welbevinden en veel klachten, wat in lijn der verwachting ligt als mensen hulp zoeken bij de ggz en net starten met hun behandeling. Dit ondersteunt de samenhang tussen welbevinden en psychische klachten. 11% rapporteert veel klachten en alsnog een hoge mate van welbevinden. Een kleine groep (4%) scoort een hoge mate van welbevinden en weinig klachten. Dit is de groep met compleet ervaren (geestelijke) gezondheid in de rechterbovenhoek van het twee-continua model van Keyes (2005). Men zou dit eerder verwachten aan het einde van de behandeling, dan aan het begin van een behandeltraject dat start met een hulpvraag. Mogelijk zijn de huidige twee vragenlijsten niet volledig genoeg om alle aspecten van negatieve en positieve gezondheid bij iedereen vast te stellen, omdat deze cliënten immers wel hulp zochten. Het zou ook kunnen dat het hier cliënten betreft waarvan naasten hebben aangedrongen om hulp te zoeken, terwijl de cliënt dit zelf niet nodig vond. Een kleine groep (3%) rapporteert weinig klachten en toch een lage mate van welbevinden. Mogelijk zoeken zij hulp voor andere klachten of psychosociale problemen dan die welke in de SQ-48 aan bod komen.

MENTAL HEALTH

De invloed van de stoornis op welbevinden en op de samenhang van welbevinden met psychische klachten was beperkt. Het maakt weinig uit welke stoornis een cliënt heeft voor de mate van welbevinden of de samenhang van klachten en welbevinden. Wel waren hierin kleine groepsverschillen. Bij cliënten met angststoornissen en traumagerelateerde stoornissen was de gemiddelde score op welbevinden iets hoger en de samenhang tussen psychische klachten en welbevinden iets sterker, vergeleken met cliënten met depressieve stoornissen. Dit verschil in samenhang kwam vooral tot uiting in een verschil in welbevinden bij weinig klachten. Verder scoorden cliënten met neurobiologische ontwikkelingsstoornissen gemiddeld iets hoger op welbevinden, maar de samenhang tussen psychische klachten en welbevinden was net zo sterk, als bij cliënten met depressieve stoornissen. Tot slot verschilden cliënten met persoonlijkheidsstoornissen niet van depressieve stoornissen in zowel de mate van welbevinden als de samenhang van psychische klachten met welbevinden, wat overeenkomt met het onderzoek van Beckers et al. (2022). Met uitzondering van cliënten met een depressie, zien deelnemers van de focusgroepen vooral variatie op individueel niveau en geen duidelijke groepsverschillen betreffende stoornissen, zowel niet voor de mate van welbevinden als niet qua samenhang met psychische klachten.

Een mogelijke verklaring voor de beperkte verschillen tussen de hoofdclassificatiegroepen is dat het in de specialistische ggz gaat om een complexe cliëntengroep met meerdere (neven) classificaties. Door overlap in symptomen tussen de stoornissen en comorbiditeit van stoornissen, verschillen de groepen wellicht minder van elkaar dan op basis van de geregistreerde

hoofdclassificatie lijkt (Forbes et al., 2024). Naast dat stoornissen niet zo onderscheidend zijn voor de mate van welbevinden, en de samenhang van psychische klachten met welbevinden, past het bij de uitgangspunten van positieve gezondheid en herstelgerichte zorg om transdiagnostisch en mensgericht te werken (Bohlmeijer et al., 2021; Huber et al., 2016). Een andere verklaring voor de beperkte verschillen tussen de hoofdclassificatiegroepen is dat in de huidige steekproef cliënten ontbraken die al langer aaneensluitend in behandeling waren, waarvan een aanzienlijk deel cliënten met psychotische stoornissen. Lambert et al. (2009) toonden aan dat het welbevinden bij de cliëntengroep met psychotische stoornissen bij aanvang van de behandeling lager was dan bij bipolaire stoornissen. Andere onderzoeken lieten juist meer welbevinden of persoonlijk herstel bij psychotische stoornissen zien, vergeleken met angststoornissen, stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en bipolaire stoornissen (Poplawska et al., 2022; Vaingankar et al., 2017). Tan et al. (2019) toonden aan dat de negatieve samenhang tussen welbevinden en psychische klachten bij stemmingsstoornissen sterker was dan bij psychotische stoornissen.

Sterke punten en beperkingen

Het huidige onderzoek heeft als sterke punten dat de bevindingen gebaseerd zijn op data van bijna drieduizend cliënten vanuit twee sggz organisaties, wat generaliseerbaarheid mogelijk maakt naar cliënten die in Nederland ambulant (poliklinisch) starten met behandeling bij 'een dergelijke instelling. Daarnaast biedt de combinatie van kwantitatief en kwalitatief onderzoek perspectieven die elkaar aanvullen. Dit maakt een vertaalslag mogelijk naar aanbevelingen voor de praktijk.

Er zijn enkele methodologische beperkingen. Ten eerste is comorbiditeit niet meegenomen als variabele, terwijl 42.5% van de cliënten in de ggz meer dan één stoornis heeft (Have et al., 2023). Comorbiditeit hangt samen met het psychische klachtniveau en welbevinden. Uit eerder onderzoek bleek dat cliënten met zowel een bipolaire stoornis als een borderline persoonlijkheidsstoornis lager scoorden op welbevinden dan cliënten die één van die stoornissen hadden (Elliott & Ragsdale, 2022). Een tweede beperking is dat het onderzoek alleen is uitgevoerd op gegevens van cliënten die een behandeling starten in de ambulante sggz. Daarom zijn niet alle DSM-5-classificaties meegenomen, zoals de groep met ernstige psychiatrische aandoeningen waaronder cliënten met psychotische stoornissen. Een derde beperking is dat de SQ-48 niet alle psychische klachten en symptomen meet. Denk daarbij aan manie, psychotische klachten, eetproblematiek en verslavingsproblematiek. Mogelijk hebben deze klachten een ander verband met welbevinden. Een vierde beperking is dat er niet ingezoomd is op afzonderlijke items van de I.ROC, die in meer of mindere mate invloed hebben op het algemeen welbevinden. Een aanbeveling is om dit in vervolgonderzoek uit te diepen. Naast de itemscores van de I.ROC kan de vitaliteit subschaal van de SQ48 meegenomen worden. Verder is het aan te bevelen om vervolgonderzoek te richten op meer metingen (longitudinale data) om zicht te krijgen op hoe psychische klachten en welbevinden zich ontwikkelen gedurende de behandeling: wat verandert er het eerst en wat verandert er het meest: psychische klachten of welbevinden? Een tweede mogelijkheid voor vervolgonderzoek is meer verdiepend onderzoek middels interviews met cliënten over positieve en negatieve gezondheid.

Betekenis voor de praktijk

Gezien de bevinding dat klachten en welbevinden twee verschillende aspecten van geestelijke gezondheid weergeven die uiteen kunnen lopen, is het aan te bevelen om bij cliënten die instromen in de sggz, naast de gerichte behandeling van psychische klachten, aandacht te hebben

voor het verbeteren van het algemeen welbevinden. Zowel klachtgerichte behandelingen (Korrelboom, 2015) als interventies uit de positieve psychologie kunnen hieraan bijdragen, gericht op bijvoorbeeld veerkracht, dankbaarheid, hoop of optimisme (Bolier et al., 2013). In positieve psychotherapie worden verschillende interventies uit de positieve psychologie gecombineerd en kunnen positieve bronnen van cliënten worden versterkt, zoals krachten aanboren en positieve relaties hebben (Bohlmeijer et al., 2021). Omdat de samenhang tussen welbevinden en psychische klachten in beperkte mate afhangt van DSM-5-classificatiegroepen en persoonslijk is, is het advies om zowel psychische klachten als welbevinden regelmatig te meten met behulp van vragenlijsten. Dit is zinvol bij alle psychiatrische stoornissen, en ongeacht de duur van de behandelgeschiedenis, geslacht of leeftijd. Wanneer zowel psychische klachten als welbevinden aan het begin en gedurende de behandeling gemeten en besproken worden met de cliënt, kan men de doelen van de behandeling hierop aanpassen (Metz et al., 2019). De insteek van de behandeling kan dan aansluiten bij waar cliënten zelf mee aan de slag willen, passend bij eigen regie, een belangrijk uitgangspunt van herstelgerichte zorg (Ørjasæter, & Almvik, 2022). Kortom, voor passende zorg is het van belang om breed naar gezondheid te kijken, zowel naar psychische klachten als welbevinden.

Conclusie

Over het algemeen is een sterke samenhang tussen psychische klachten en welbevinden gevonden bij cliënten die starten met behandeling in de ambulante sggz. Omdat de psychiatrische stoornis weinig invloed heeft op welbevinden, en de samenhang tussen psychische klachten en welbevinden op cliëntniveau kan variëren, is het regelmatig meten van zowel psychische klachten als welbevinden zinvol. Bij het bespreken van uitkomsten met cliënten, kan men de behandeling daarop afstemmen, passend bij de fase van herstel en gewenste doelen van de cliënt.

Acknowledgements

Dit artikel is een herziene versie van de masterscriptie van de eerste auteur Mandy Verleijdsdonk, die zij schreef als afstudeeronderzoek van de master Levensloopspsychologie aan de OU. Zij wil Dr. Lilian Jans-Beken hartelijk bedanken voor haar begeleiding.

Auteursgegevens

M. C. D. Mandy Verleijdsdonk, MSc. Spreker en schrijver

Dr. M.J. Margot Metz Senior onderzoeker en verpleegkundige

Dr. G.E. Gabrielle van Son Senior onderzoeker

Prof. dr. N. Nele Jacobs Hoogleraar Levensloopspsychologie, Open Universiteit

Prof. dr. E. Edwin de Beurs Hoogleraar/senior onderzoeker

Dr. D.J. F. Anneke van Schaik Directeur Onderzoek Academische Taken, GGZ inGeest

Literatuur

Omvangrijke literatuur lijst,
te raadplegen via deze QR-code.



VerTaal armoede!

Zeven tips voor de SPV

Mirjan van Heese,
SPV en Elaine
Blokhuys SPV

Stel je voor: je woont in een land waar je de taal maar matig van beheerst. Om je heen lijkt iedereen de taal vloeiend te spreken. Men weet hoe men zich moet uitdrukken en kent de ongeschreven regels. Als jij spreekt verradt je accent meteen dat je er niet bij hoort. De metafoer van armoede als taalbarrière wordt beschreven door Tim 's Jongers (1981), politicoloog, bestuurskundige en auteur van het boek *Armoede uitgelegd aan mensen met geld*. Tim leefde tot na zijn dertigste in heftige armoede en heeft daarna het tij weten te keren. Tim benadrukt dat armoede niet alleen een gebrek aan geld is, maar vooral een gebrek aan toegang tot de juiste 'taal' en kansen.



Figuur 1. Overgenomen van Lectrr (z.d.).

Want hoe hoor je eigenlijk te praten, je te bewegen of te gedragen? Dit vraagt Milio van de Kamp zich af in zijn boek *Misschien moet je iets lager mikken*. Milio van de Kamp (1991) is schrijver en socioloog, groeide op in armoede en werkt nu als universitair docent aan de Universiteit van Amsterdam. Milio geeft zelf het antwoord op zijn vraag: 'het gaat om een *feel for the game*.' Milio ontdekte dat basale dingen als de manier van praten, bewegen en gedragen bijdragen aan hoe je gezien wordt en hoe de (institutionele) omgeving op je reageert. In de samenleving leert een kind die 'spreek, beweeg en gedragsregels' in principe impliciet en expliciet vanzelf als de ouders 'meedoen in de maatschappij'. Maar een kind dat opgroeit in armoede heeft zich deze (ongeschreven) regels niet eigen kunnen maken. Hierdoor staan deze kinderen aan het begin van hun leven al achter en loopt deze achterstand gedurende de jeugd vaak alleen maar op. Het onvermogen om je op de juiste manier uit te drukken, als ware het een taalbarrière, maakt dat armoede meer ellende brengt dan alleen een tekort aan geld. De manier waarop je praat, de woorden die je gebruikt, zelfs je accent – ze kunnen verraden dat je niet aan de heersende norm voldoet. "Mijn accent heeft geen waarde, want het is geen onderdeel van de heersende norm," ontdekt Van de Kamp als jonge jongen.

De Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV) ziet in haar dagelijkse praktijk mensen die kampen met armoede. De SPV ziet met haar systemische blik hoe de schade van armoede intergenerationeel wordt doorgegeven. In dit artikel wordt de diepte van armoede verkend. Wat kan de SPV doen of laten om een waardevolle bijdrage te leveren aan het doorbreken van de cirkel van armoede?

Wat is armoede in Nederland?

In Nederland is armoede sinds de 20e eeuw drastisch afgenomen. Toch blijft armoede voor een groep mensen een dagelijkse realiteit.

Waar begin vorige eeuw nog grote delen van de bevolking in *absolute* armoede leefden waarin basisvoorzieningen zoals voedsel, onderdak en kleding vaak ontoereikend waren, is dit dankzij de opbouw van de verzorgingsstaat afgenomen (Vrooman & Hoff, 2013). Toch is de *relatieve* armoede, waarbij mensen minder kunnen deelnemen aan maatschappelijke standaarden, nog steeds aanwezig. De recente cijfers geven aan dat 7,6% van de Nederlandse huishoudens onder de armoedegrens leeft, wat neerkomt op ongeveer 590.000 mensen (CBS, 2022). Hieronder vallen ongeveer 200.000 kinderen ('s Jongers, 2024). Als mensen in Nederland niet genoeg vermogen hebben om van te leven, ontvangen zij bijstand.

In Nederland heb je recht op bijstand als je inkomen lager is dan het minimumloon. Als je alleen woont is de hoogte van je uitkering 70% van het minimumloon. Wanneer je langdurig in de bijstand moet leven zal de armoede dieper worden. Met een langdurig laag inkomen is sparen lastig. Kapotte huishoudelijke apparaten kunnen niet worden vervangen. Je hebt onvoldoende geld om kwalitatief duurzame producten te kopen wat tot gevolg heeft dat je sneller toe bent aan vervanging wat uiteindelijk meer kost. En zo dreig je in een vicieuze cirkel te belanden waar je zonder steun moeilijk uitkomt. Concreet betekent een 'lage-inkomensgrens' voor een eenpersoonshuishouden 14.450 euro netto per jaar (CBS, 2022). Iemand die alleen woont en een inkomen heeft dat lager is dan 1.573 euro per maand is volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau arm ('s Jongers, 2024). Dit zijn bedragen waarvan je zou kunnen denken: daar droomt iemand in een arm land alleen maar van! Die gedachte klopt wanneer je met dit bedrag in een arm land zou moeten leven. Maar de mensen die dit bedrag te besteden hebben leven in Nederland. En de Nederlandse maatschappij steekt anders in elkaar wat betreft 'meedoen' dan een arm land. Vandaar dat de

armoede in Nederland relatieve armoede is. Tim schrijft hierover: 'in het heden (in Nederland, red.) ben je met die bijstandsuitkering arm, je hardwerkende voorouders konden van zo'n in komen alleen maar dromen. En met het modale loon van nu zullen je kleinkinderen over twintig jaar waarschijnlijk niet kunnen rondkomen' ('s Jongers, 2024).



De getallen die armoede uitdrukken kan je nu eenmaal niet vergelijken in de tijd of plaats. De bedragen moet je zien in vergelijking met de standaarden van de Nederlandse maatschappij van nu en wat nodig is om goed in deze maatschappij te kunnen functioneren in deze tijd.

Armoede raakt bijstandsontvangers maar ook werkenden, en dan met name alleenstaanden, eenoudergezinnen en huishoudens met een niet-westerse achtergrond (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2023).

Het effect van armoede op levensverwachting en gezondheid

De harde boodschap is dat armoede zich letterlijk uitdrukt in het lichaam. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek ligt de levensverwachting voor mannen in goede gezondheid voor de rijkste 20% maar liefst 25 jaar hoger dan die van de armste 20% (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2022). Voor vrouwen is dat verschil zelfs 23 jaar. Dit enorme gat in levensverwachting is geen toeval; het is een gevolg van wat Tim in zijn boek treft de 'clusterfuck van armoede'

noemt. Deze 'clusterfuck' zit in de oppervlakte en diepte van armoede. De oppervlakte van armoede is bijvoorbeeld onvoldoende financiële mogelijkheden hebben om de tandarts te betalen. De diepte van armoede is dat dit invloed heeft op de rest van je bestaan. Jong al een slecht onderhouden gebit betekent nu eenmaal dat de kans klein is dat je met je eigen tanden oud wordt.

Mensen in armoede wonen in achterstandsbuurten. Hier is goedkoop en ongezond eten vaak alom aanwezig. Stress van voortdurende geldzorgen verzwakt een mens in zijn draagkracht, besluitvaardigheid en de cognitieve capaciteit waardoor men sneller kiest voor een makkelijke ongezonere maaltijd.

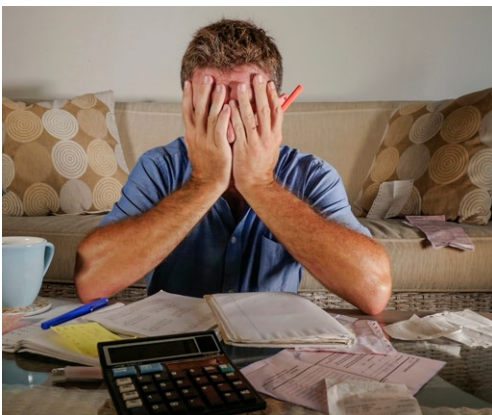
Milio beschrijft in zijn boek dat hij als jong kind elke ochtend van zijn moeder een wit broodje goedkope chocopasta in zijn handen gedrukt krijgt. Ongezond eten zit vaak verankerd in de gewoonten van mensen in armoede omdat het snel, bekend en makkelijk voorhanden is (Centraal Plan Bureau, 2020, Nibud 2019). Eenzijdige voeding en stress verzwakken het immuunsysteem. Een eenzijdig en ongezond voedingspatroon leidt tot een darmmicrobioom die uit balans is. De darmen staan rechtstreeks in verbinding met het centrale zenuwstelsel die de hersenen van micronutriënten voorziet. Deze zogenoemde 'darm-hersen as' beïnvloedt de psychische gezondheid (Singh, 2024). Het darmmicrobioom van een moeder wordt doorgegeven aan haar kind (Ionescu, 2024).

Kinderen die in armoede opgroeien hebben een groter risico op gezondheidsproblemen, wat hun ontwikkeling en leervermogen beïnvloedt (Notten, 2015). Chronische aandoeningen zoals diabetes, hart- en vaatziekten en obesitas komen relatief vaker voor bij mensen met lage inkomens (RIVM, 2019). Dat is op zich niet zo gek: de stress van financiële onzekerheid heeft een verwoestend effect op zowel lichaam als geest. Langdurige stress verhoogt de bloeddruk, verzwakt het immuunsysteem en vergroot het risico op

hypertensie en andere aandoeningen (Schuring et al., 2017). In de GGZ wordt de impact van armoede zichtbaar doordat mensen in armoede vaker kampen met depressie, angststoornissen en middelenmisbruik. Onderzoek wijst uit dat financiële stress leidt tot herhaaldelijke opnames en behandelingen in de ggz (Schuring et al., 2017).

Als complicerende factor is de toegang tot zorg vaak beperkt voor mensen in armoede. Denk aan het feit dat mensen door het niet kunnen betalen van het eigen risico, zorg willen vermijden. Simpelweg langsgaan bij de huisarts voelt als een obstakel omdat een verwijzing of recept mogelijk nieuwe kosten met zich meebrengt. Uiteindelijk is uitgestelde zorg, zorg die te laat komt en daardoor duurder dan nodig.

Het is bekend dat in armere wijken vaak minder zorgverleners zijn zoals huisartsen en Praktijk Ondersteuners, waardoor de wachttijden langer zijn (Medisch contact, 2024). Dit leidt tot gemiste preventieve en noodzakelijke zorg zoals het management van chronische ziekten (Sociaal Cultureel Planbureau, 2020). Financiële stress ondermijnt namelijk het vermogen om effectief te plannen en prioriteiten te stellen (Tinnevelt, 2019). Armoede is zo niet alleen een financieel, maar een diepgaand gezondheidsprobleem.



Armoede als intergenerationeel probleem

Alle aspecten van het leven worden aangedaan als je in armoede leeft: je kansen, je toekomstverwachtingen en zelfs de jaren die je in goede gezondheid leeft. In feite begint dit al voordat een kind geboren is omdat een vrouw die zwanger is haar darmmicrobioom doorgeeft aan haar kind (Ionescu, 2024). De armoede wordt in het gezin overgedragen en wordt hiermee een intergenerationeel probleem dat decennia aan kan houden ('s Jongers, 2024). In een gezin worden normen en waarden overgedragen. Dat is niet anders bij armoede, denk bijvoorbeeld aan wel of geen werkende ouders, het zonder redelijke opleiding kind(eren) moeten opvoeden en de input die je van je ouders krijgt wat betreft taalontwikkeling. Denk aan voorlezen, interesse in cultuur en maatschappij en dit delen in het gezin.

Kinderen die in armoede opgroeien ontwikkelen onbewust interne overtuigingen zoals bijvoorbeeld: ik heb niks, ik ben niks, ik word niks. Deze interne kernovertuigingen blijven levenslang aanwezig en kunnen een levenslang interne strijd opleveren ('s Jongers, 2024).

Beleid

Sociale bestaanszekerheid staat verankerd in de grondwet. Mensen hebben recht op onderwijs, werk, huisvesting, gezondheidszorg en een gezonde leefomgeving ('s Jongers, 2024). Vanuit internationaal perspectief gezien heeft Nederland een omvangrijk sociaal stelsel van uitkeringen, toeslagen en belastingmaatregelen gericht op sociale bescherming van per saldo meer dan 25% bbp. Sinds 1854 kent Nederland de Armenwet die toen nog in primaire verantwoordelijkheid bij de kerken lang. Vanaf 1932 kwam daar de Steunregeling werkelozen bij, vanaf 1949 de Werkeloosheidswet en vanaf 1965 de Algemene Bijstandswet (Centraal Plan Bureau, z.d.).

Mensen in armoede ontvangen bijstand. Zij hebben te maken met de Participatiewet. Veel mensen die bijstand ontvangen ervaren de Participatiewet als een vicieuze cirkel

waarin ze steeds dezelfde deuren door moeten zonder echt verder te komen. Slechts 8% van de personen die bijstand ontvangen stroomt na zes maanden door naar een vaste baan (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2019). Dat komt doordat laaggeschoolde banen vaak tijdelijk zijn met flexibele contracten. In 2019 meldde het Centraal Bureau voor de Statistiek dat 35% van de laaggeschoolden een tijdelijk contract of een contract met variabele uren had. Hierdoor vallen mensen vaak na het uitdienen van het contract weer terug in de bijstand. De ‘taal van de draai-deurbijstand’, zoals Milio het in zijn boek beschrijft, klinkt bekend in de oren van de mensen die steeds opnieuw worden geconfronteerd met solliciteren en de daarbij behorende voorkomende werkafwijzingen. Dit leidt tot een gevoel van uitsluiting en onzekerheid. In de praktijk betekent dit dat mensen in deze situatie impliciet de boodschap krijgen dat ze niet goed genoeg zijn en niet de moeite waard zijn. Dit is de taal van de bijstand: een taal van uitsluiting.

Een van de kritiekpunten op de Participatiewet is het negatieve mensbeeld dat deze wet impliciet hanteert. De regels en voorwaarden die in deze wet besloten liggen gaan uit van de oneerlijke of luie mens. Alsof men niet intrinsiek bereid zou zijn zichzelf te ontwikkelen of te werken. Door mensen die wél willen ontwikkelen en werken met een bijstandsuitkering wordt dat als onterecht ervaren.

De ‘taal’ van wantrouwen ondermijnt de eigenwaarde van de persoon in armoede en bewerkstelligt een kloof tussen mensen in armoede en de overheid. Mensen in armoede snakken naar steun, niet naar controle en sancties. In de praktijk ziet de SPV dat mensen gevangen in armoede, worstelen om aan de wirwar van regels te voldoen. Niet uit onwil, maar uit onmacht. Het kost tijd en energie om alle regels uit te pluizen en na te leven waarbij men regelmatig van het kastje

naar de muur wordt gestuurd. Dit geeft druk en de gevolgen kunnen groot zijn als het niet lukt aan de regels te voldoen. Je wordt gekort op je uitkering van waaruit nare gevolgen voortvloeien.

Dicht de kloof met taal van empathie en begrip

“Een kloof dicht je niet met geld,” zegt Tim in zijn boek. “Als we structureel beter armoedebeleid willen, zullen we naar onszelf moeten kijken. Want wij bepalen de dominante opvattingen.”

De taal waarin over bijstand gesproken wordt kan mensen maken of breken. Is bijstand een gift waarvoor men dankbaar moet zijn? Of is het een ruilmiddel, waarbij er van personen wel verwacht wordt dat zij iets moeten teruggeven? “Wie bijstand als gift ziet, vindt dat een bijstandsgerechtigde dankbaar moet zijn” schrijft Thomas Kampen in zijn boek *De stofzuiger van Hanny*. “Wie bijstand als ruil ziet, vindt dat men iets tegenover de bijstand moet stellen” (Kampen, 2021). In Nederland zien we in de Participatiewet dat de heersende visie vooral inhoudt dat mensen die bijstand ontvangen zelf iets moeten inbrengen. De boodschap is impliciet dat zij zichzelf moeten bewijzen en verantwoorden. De overheid gebruikt hierbij taal waarbij in de basis een ondertoon van wantrouwen klinkt. Deze taal, formeel en afstandelijk, creëert een kloof tussen de burger en de instituties. De overheidsmedewerkers die werken met mensen in armoede, raken in een tunnelvisie van drie morele disposities, beschrijft Thomas (Kampen, 2021).

De overheidsmedewerkers zitten in een modus van ‘fraude bestrijden’ en mensen streng aanpakken, ‘helpen’ en daarmee de problemen juist in stand houden of ‘targets halen’ bijvoorbeeld door de snelle fix voor de duurzame oplossingen te verkiezen. De medewerkers worden gevoelloos voor schrijnende situaties en schieten door in onverschilligheid in een poging zichzelf te wapenen tegen het leed dat zij zien.

Thomas stimuleert zijn lezer om bewust te zijn van deze drie tunnelvisies. Als enkel attitude zijn ze niet helpend. Het is de kunst in de juiste context de juiste attitude te weten te hanteren om de medemens in armoede zo goed mogelijk vooruit te helpen (Kampen, 2021). Reflectie op jezelf is hierbij een goed instrument.

Als SPV is het belangrijk om niet alleen te luisteren naar wát er wordt gezegd, maar ook te luisteren naar de woorden die mensen gebruiken. De taal van armoede is vaak een taal van schaamte, onbegrip en gebrek aan zelfvertrouwen. Het is belangrijk dat de taal die de SPV gebruikt positief en krachtgericht is, zodat deze de competente kant van mensen in armoede ondersteunt. Tim schrijft in zijn boek: “Hen (mensen in armoede, red.) moeten we articulatiemacht geven.”

Laat je adviseren in jouw visie op armoede door ervaringsdeskundigen, zoals Tim ‘s Jongers en Milio van de Kamp. Tim daagt zijn lezers uit om de eigen visie te verkennen als

hij schrijft: “bied tegenmacht. Bevecht hardnekkige opvattingen over armoede. Stel constant je eigen logica, normen en waarden in vraag, en vraag je af of jouw beelden wel kloppen met de realiteit van een leven in armoede. En of je wel voldoende doet om dichtter te komen bij de mensen over wie je zo graag oordeelt.” (‘s Jongers, 2024).

Vanuit de visie van herstelondersteunende zorg is het gebruik van herstelgerichte taal een opdracht voor alle SPV-en. Dit geldt niet alleen voor het overbruggen van de kloof tussen arm en rijk; ook binnen de Nieuwe GGZ maakt de SPV deze vertaalslag (Delespaul et al., 2019). Delespaul et al. (2019) beschrijven hoe de SPV een brugfunctie vervult door te schakelen tussen de taal van de behandelwereld en die van de betekeniswereld. Kijk naar beide manieren van spreken in Tabel 1 en bepaal voor jezelf de lading van de verschillende woorden waarmee de SPV hetzelfde kan zeggen. Welke bewoording kies jij?

Tabel 1
Dit zijn de talen van de behandelwereld en de betekeniswereld.

Behandelwereld	Betekeniswereld
Patient	Persoon of mens
Symptomen	Signalen
Problemen	Dilemma's
Oplossingen	Keuzes en zingeving
Behandelaar	Gesprekspartner
Professionele distantie	Professionele nabijheid
Feiten	Verhalen en overtuigingen
Beschrijving	Ervaring
Kennis	Wijsheid en levenskunst
Verklaren van oorzakelijke verbanden	Begrijpen van betekenissen
Interventie	Presentie
Pathologie	Kwetsbaarheid
Behandeldoel	Open proces
Focus op genezing	Focus op veerkracht
Beter worden	Regie kunnen voeren
Behandelbeperking	Levenskeuze
Staken van behandeling	Eindigheid als realiteit
Evidence-based	Value-based

Opmerking: aangepast overgenomen van Delespaul et al. (2018, p.87).

Beleid: van moet naar moed!

De gemeenten zijn sinds 2012 verantwoordelijk voor schuldhulpverlening en sinds 2015 voor maatschappelijke ondersteuning en participatie (Tinnevelt, 2019). Maar armoede is zoveel meer dan alleen geen geld hebben, en armoede verlaat je niet als je weer geld hebt. De littekens op lichaam en geest blijven bestaan ('s Jongers, 2024).

Een mooi voorbeeld van beleid dat écht het verschil maakt is dat van Kansrijk Groningen. Het sluit aan bij ervaringen van Tim als hij schrijft: "We moeten putten uit de ervaringen van mensen die armoede gekend hebben en naar hen luisteren in wat helpend is".

De Stichting Mens en Maatschappij verzorgt met het programma Sterk uit Armoede sinds 1999 een opleiding voor ervaringsdeskundigen in (generationele) armoede. De opgeleide ervaringsdeskundigen weten de kloof in taal en 'status' te overbruggen en de mensen in armoede écht te bereiken (Tinnevelt, 2019). Kansrijk Groningen werkt met buddy's. De buddy's weten vanuit eigen ervaring hoe het voelt om in armoede te leven, zij zijn op armoedegebied ervaringsdeskundig. Dit maakt dat de buddy's goed kunnen aansluiten bij de mensen in armoede. De buddy's zijn present in de wijk en hebben korte lijntjes met de netwerken in de buurt en gemeente. De SPV, de buddy en de medemens in armoede kunnen een krachtige triade vormen waarbij volop gebruik gemaakt wordt van elkaars expertise (Kansrijkgroningen.com).

Zeven tips voor de SPV

Voortbordurend op de inzichten die de mensen in armoede ons zelf hebben gegeven, kan de SPV wel degelijk verschil maken. Met behulp van deze zeven tips maak jij als SPV de vertaalslag waarmee de helpend is in het doorbreken van de cirkel van armoede.

- 1. Wees present:** Ga als SPV fietsen, lopen door de wijk, ken de mensen die er wonen en wees in voor een praatje. Zorg ervoor dat het contact laagdrempelig en

gelijkwaardig verloopt. Kijk eens op de website van Kansrijk Groningen (<https://www.kansrijkgroningen.com>) en laat je inspireren.

- 2. Herken risicofactoren:** De SPV is bekend met de risicofactoren van armoede. Wees alert op de signalen van financiële kwetsbaarheid: jong met kinderen, afhankelijk van een uitkering door (psychiatrische) ziekte, wonend in een huurwoning, schulden. Een risico op financiële problemen is groter als een kind zelf opgroeit in armoede en geen goed voorbeeld heeft gekregen van zijn ouders over hoe je goed om kunt gaan met geld. Gedragskenmerken van personen die financieel risico lopen op problemen zijn impulsieve uitgaven, veel piekeren, gericht op de korte termijn zijn (Tinnevelt, 2019).
- 3. Maak contact:** Leer de persoon in armoede écht kennen, hiervoor kan je een biografie afnemen. De SPV gebruikt geen jargon en gebruik gepaste taal.
- 4. Ondersteun in financiële vaardigheden:** De SPV kan helpen bij administratie en budgetteren. Geef of organiseer praktische begeleiding, maakt dit concreet.
- 5. Vraag mensen wat ze zelf het eerste opgelost willen zien:** De SPV helpt de persoon eigen regie te (her)pakken. Beredeneer zaken vanuit het perspectief van de persoon.
- 6. Bevestig waarde en eigenwaarde:** De SPV is oordeelloos. Als het niet nodig is iets over te nemen, doe dat dan ook niet. Benader de persoon vanuit competentie. Zelfstandigheid en eigenwaarde gaan hand in hand. Verken veranderwensen met motiverende gespreksvoering, doorbreek cirkels door socraatistisch motiveren (Appelo, 2014).
- 7. Her-etiketteer het narratief:** Armoede gaat niet alleen over geld. Als SPV kun je mensen begeleiden hun narratief in een ander soort taal te vertellen – een taal waaruit veerkracht, doorzettingsvermogen en meedoen spreekt.

Tim, Milio, Thomas, de buddy's en de medemens in armoede hebben de taalbarrière die armoede heet blootgelegd. De door hen geschreven boeken en artikelen worden van harte aanbevolen.



Bronnen

- Appelo, M. (2014). *Socratisch motiveren*. Boom.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2019). Dynamiek op de Nederlandse arbeidsmarkt: De focus op onzekerheid. P.11. (bron 50 uit Kampen, 2021).
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2021). Gezonde levensverwachting: Verschillen tussen inkomensgroepen. CBS StatLine.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2022). Armoede en sociale uitsluiting 2022. CBS.
- Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Bouvink, W., Van Os, J. (2018). Goede GGZ! *Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Ionescu, M. I., Zaihu, C. D. M., Vlad, A., Galos, F., Gradisteanu Pircalabioru, G., Zagrean, A. M., & O'Mahony, S. M. (2024). Nurturing development: how a mother's nutrition shapes offspring's brain through the gut. *Nutritional neuroscience*, 1–23.
- 's Jongers, T. (2024). *Armoede uitgelegd aan mensen met geld*. De Bezige Bij.
- Kamp, van der, M. (2024). *Misschien moet je iets lager mikken: een verhaal over armoede en kansengelijkheid*. Atlas contact.
- Kampen, T. (2021). *De stofzuiger van Hanny*. Uitgeverij van Gennep.
- Kansrijk Groningen. (z.d). Kansrijk Groningen: van moet naar moed. Geraadpleegd op 24 november 2024, van <https://www.kansrijkgroningen.com>
- Lectrr. (z.d.). #cartoon #armoede #armoedebestrijding #energieprijzen (via www.lectrr.be). Geraadpleegd op 20 september 2024.
- Nibud. (2019). Geldzorgen en mentale belasting: De effecten van financiële druk op de cognitieve ruimte.
- Notten, G. (2015). Armoede en kinderen: de impact op kansen en ontwikkeling. *Tijdschrift voor Gezondheid en Welzijn*, 73(4), 211-223.
- Pfeffer, F. T. (2018). Growing up in poverty: Impact on children's health and opportunities. *Social Science Review*, 56(3), 301-320.
- Platform31. (2019). Inspiratie- en werkboek armoede, schulden en gezondheid. Platform31. Geraadpleegd op 1 september 2024, van <https://www.platform31.nl>
- Schuring, M., Mackenbach, J., Voorham, T., & Burdorf, A. (2017). The impact of financial strain on mental health: Evidence from longitudinal studies. *Social Science & Medicine*, 178, 15-22.
- Singh, J., Vanlallawmzuali, Singh, A., Biswal, S., Zomuansangi, R., Lalbiaktluangi, C., Singh, B. P., Singh, P. K., Vellingiri, B., Iyer, M., Ram, H., Udey, B., & Yadav, M. K. (2024). Microbiota-brain axis: Exploring the role of gut microbiota in psychiatric disorders - A comprehensive review. *Asian journal of psychiatry*, 97, 104068.
- Sociaal en Cultureel Planbureau. (2020). Armoede en sociale uitsluiting: Over de impact van beperkte financiële middelen op mentale draagkracht. SCP.
- Tielens, J. (Presentator). (2024, 9 augustus). Jim van Os Special (Aflevering 16). Jules Kleedt Uit – De Podcast [Aflevering audio podcast]. Geraadpleegd op 1 september 2024.
- Tinnevelt, R.B.J. (2019). *De verschillende gezichten van armoede*. Valkhof Pers.
- Vrooman, C., & Hoff, S. (2013). Armoedesignalement 2013. Sociaal en Cultureel Planbureau. <https://www.kansrijkgroningen.com/>

Niet langer controleren en beheersen, maar verbinden.

Over mijn keuze voor BuurtzorgT

Roel Geurts

Sinds 2005 ben ik werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Mijn loopbaan begon als leerling verpleegkundige bij GGZ Centraal op een afdeling voor mensen met chronische psychiatrische stoornissen. Deze afdeling werd aangeduid als LZA: Langdurige Zorg Afhankelijke Cliënten. Ze waren afhankelijk van zorg, maar werden in zekere zin ook afhankelijk gemaakt. Er werd weinig gekeken naar herstel mogelijkheden of perspectief. De zorg was voornamelijk gericht op controle, beheersing en medicatie. Liberman trainingen en psycho-educatie verdwenen al snel door bezuinigingen en daarmee verdween ook de aandacht voor preventie en eigen regie.

Een omslagpunt kwam toen er vanuit de kliniek aan alle ambulante FACT-medewerkers gevraagd werd of er cliënten waren die “even een paar weken op vakantie wilden” vanwege beddenleegstand. Dat ging volledig tegen mijn ethiek in. De kliniek is in mijn ogen een noodzakelijk vangnet voor acute zorg, geen logeerplek. Ik heb mensen zien hospitaliseren, hun autonomie zien verliezen en nieuwe ongezone gewoonten zien ontwikkelen.

Herstellen doe je bij voorkeur in je eigen vertrouwde omgeving. Deze ervaring zorgde ervoor dat ik mij definitief afkeerde van de grote instellingen en bewust koos voor een andere manier van werken. Gelukkig weet ik inmiddels dat ook binnen de klinische psychiatrie stappen zijn gezet richting herstelgericht werken. Voorvallen zoals deze behoren steeds meer tot het verleden, mede dankzij een andere kijk op opname en behandeling binnen de kliniek.

In de jaren die volgden werkte ik bij diverse organisaties waaronder SBWU (nu Lister) en Kwintes. In deze ambulante en begeleidende settingen werd herstelgerichte zorg vorm gegeven. Hier kreeg ik ruimte om samen met cliënten te bouwen aan zelfstandigheid en participatie. In deze periode begon mijn ontwikkeling richting een meer systemische en verbindende rol in de zorg. Dat werd later de kern van mijn werk als sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV).

Een andere belangrijke wending in mijn loopbaan vond plaats toen ik in contact kwam met BuurtzorgT. De werkwijze en visie van deze organisatie, kleinschalig, zelfsturend en gericht op echte zorg op maat, spraken mij direct aan. Sinds 2019 ben ik werkzaam als behandelaar bij BuurtzorgT, eerst als psychiatrisch verpleegkundige en later als SPV. Wat mij vooral aantrok was de ruimte om oprechte aandacht te geven aan de context van de cliënt. In plaats van alleen klachten te reduceren ligt de focus op duurzame verandering in iemands leven samen met diens netwerk.



De opleiding tot SPV bood mij verdere verdieping in mijn vak. De CanMedsrollen gaven woorden aan vaardigheden die ik al jaren toepaste, zoals systemisch werken, consultatie geven, reflectie, samenwerken en klinisch redeneren. Ook werd mijn rol als bruggenbouwer tussen cliënt, systeem en ketenpartners duidelijker gedefinieerd. Als SPV verbind ik niet alleen mensen, maar ook perspectieven: medisch en maatschappelijk, cliëntgericht en systeemgericht.

Een ander belangrijk thema binnen mijn werk is leefstijl. De laatste jaren is dit onderwerp gelukkig meer op de agenda gekomen in de GGZ. Ik zie dagelijks hoe leefstijl direct samenhangt met psychische gezondheid. Mijn betrokkenheid leidde tot het volgen van de opleiding tot runningtherapeut. Het combineren van fysieke beweging met psychische ondersteuning past bij mijn visie op herstel. Betekenisvol, activerend en buiten de gebaande paden.

In een zelfsturend team is er ruimte om initiatief te nemen, maar ook de verantwoordelijkheid om kritisch te blijven op de eigen werkwijze. Werken bij BuurtzorgT vraagt om flexibiliteit, zelfstandigheid en lef. De groei van de organisatie brengt nieuwe uitdagingen met zich mee, bijvoorbeeld op het gebied van financiering en standaardisatie, maar de kern blijft overeind. Zorg die uitgaat van vertrouwen, nabijheid en professionaliteit.

De rol van de SPV is breed en veelzijdig en soms nog te weinig zichtbaar. Juist daarom is het belangrijk dat wij ons blijven uitspreken over onze meerwaarde. Door kennis, attitude en vaardigheden actief in te zetten en te delen met collega's, beleidsmakers en ketenpartners verstevigen wij onze positie. Wij mogen trots zijn op ons vak, niet als doel op zich, maar omdat het mensen daadwerkelijk vooruithelpt.

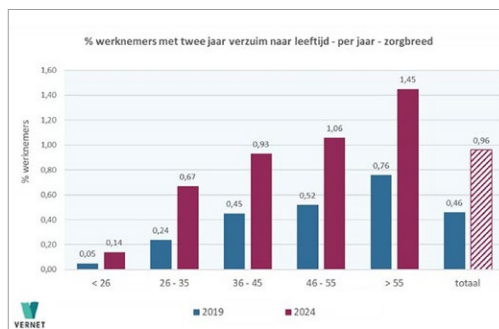
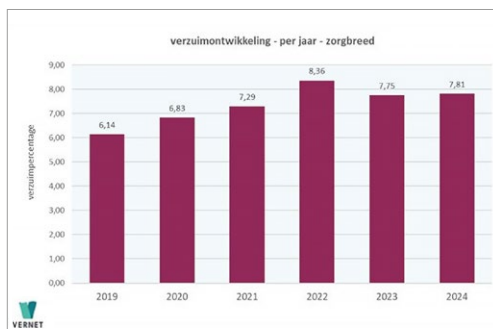
Jij en ik mentaal gezond?

Een gebed zonder end!

Frans van der Lem

In de zorg wordt veel gevraagd van de zorgverleners. Maar zorgen we als zorgverleners wel goed genoeg voor onszelf? Dat die zelfzorg er nog wel eens bij inschiet wordt pijnlijk duidelijk tijdens een studiedag op 'De Landgoederij' te Bunnik op 4 april jongstleden. Uitgeverij Boom heeft de presentatie van het nieuwe boek van Remke van Staveren '*Een dun streepje toeval*' aangegrepen om juist gemotiveerde gezondheidswerkers te attenderen op de risico's van ondermaatse zelfzorg. Vooral de eigen mentale gezondheid en veerkracht om te herstellen lopen gevaar.

Het formele doel van de nascholingsdag is uiteraard het bieden van inzicht en inspiratie rondom belangrijke vragen: Hoe blijf je zelf mentaal gezond in een veeleisend werkveld? Hoe ga je om met je eigen mentale kwetsbaarheid en wat heb je nodig om te herstellen als het even niet meer gaat? Het effect is vooral dat een groot aantal deelnemers zich in de loop van de dag achter de oren gaat krabben en zich afvraagt in hoeverre men zichzelf op een hellend vlak bevindt.



Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat zorgverleners nogal eens hun 'roeping' in de zorg volgen vanuit hun eigen kwetsbaarheid. Velen blijken erfelijk belast. Van de geënquêteerde zorgverleners is 55 % kind van een ouder met – al dan niet gediagnosticeerde – psychiatrische problematiek. Blijkt er vaak sprake van parentificatie, waarbij de zorgverlener als kind al de verantwoordelijkheden en taken van een ouder op zich heeft genomen. De zorgverlener neigt daardoor te veel verantwoordelijkheden over zichzelf af te roepen en te weinig de eigen grenzen te bewaken.

Een treffende vergelijking is het veelal ontbreken van ‘de kanarie in de kolenmijn’. Vanwege voortdurende mentale overbelasting, het aansturen op ‘productiecijfers’ en concentratie op hooggespecialiseerde zorg, raakt men immuun voor risico-signalen. Stress-factoren stapelen zich ongemerkt op waardoor het afbreekpunt al bereikt is voor men er erg in heeft. De bekende druppel die de emmer doet overlopen. Bijgevolg veel ziekteverzuim, burn-out en neiging om de zorg te verlaten. Daar komt vaak nog een vorm van zelfstigma bij. Ook de dubbelrol van én zorgverlener én zorgvrager blijkt lastig. De zorgverlener schaamt zich om voor zichzelf hulp in te schakelen. Samenhangend met het hoge arbeidsethos, neigen zorgverleners massaal de eigen klachten te ontkennen en de ziekmakende omgeving uit het oog te verliezen.

Doch ook een gezonde kanarie legt het loodje bij zuurstofgebrek

Maar op deze studiedag is er geen ademnood. Anne Marsman en Frank Bonekamp, in het dagelijks leven een echtpaar, treden gezamenlijk op als dagvoorzitter. De vrouw is van de structuur en de man van de chaos. Ze vullen elkaar uitstekend aan.

De openingslezing is van psychiater Remke Van Staveren zelf. Globaal draagt ze het eerste hoofdstuk uit haar boek voor. Haar openhartigheid zet de toon, het enthousiasme en de openheid die deze dag tot een waardevolle bijeenkomst maakt.

‘Een dun streepje toeval’ is een intiem en eerlijk boek over een zoektocht naar herstel en mentale gezondheid. Aan de hand van aangrijpende en ook grappige verhalen laat Van Staveren zien hoe we beter kunnen zorgen voor onze mentale gezondheid, en weer het licht door de bladeren kunnen zien schijnen.



Jij en ik
mentaal
gezond.
Hoe dan?

Om fysiek en mentaal gezond te blijven, blijken de relaties die we aangaan dé sleutel tot een goed en zinvol leven. Van Staveren daagt ons uit om wildvreemden aan te spreken en zomaar van gedachten te wisselen. Het helpt om ingesloten onderwerpen en openingszinnen achterwege te laten en nieuwe – onverwachte – relaties op te bouwen.

Stynke Castelein sluit daarop aan. Ook inhoudelijk. Zij biedt met ‘de verhalen die ons vormen’ een frisse blik op onze kijk op zorg, herstel en verbinding. Het delen van ervaringsverhalen kan helend werken voor de verteller zelf, maar ook voor anderen. Zo kunnen zorgverleners zich voeden met de helpende inzichten van cliënten. Wat helpend is voor cliënten, zal onszelf waarschijnlijk ook goed doen.

Wuivende bewegingen op ritmische muziek maken de geesten los

Een dansintermezzo onder leiding van Andrew Greenwood, een sierlijk bewegende professionele danser, creëert volledig andere perspectieven. Hij laat het gezelschap staand, maar ook zittend bewegen door op ritmische muziek wuivende bewegingen te maken met armen en handen. Ons bloed gaat sneller stromen. We verlaten ons rationaliserende brein. En wat blijkt. We kunnen beter denken.

Dansende bewegingen blijken eveneens de kern van de workshop ‘Verbinden’. Door te bewegen en te dansen, komen we niet alleen meer in verbinding met anderen, eveneens komen we meer in verbinding met onszelf. Door ons veelal zittende beroep neigen we ertoe te veel in ons hoofd te bivakkeren. We zitten veel te veel! Bijna negen-en-een-half uur per dag. Als we bewegen komen we eerder bij de kern. Hetzelfde geldt voor de meditatieve stiltewandeling.

Het zou voor de hand liggend zijn om ons werk veel meer bewegend uit te oefenen. Waarom doen we dat niet? Kijk maar eens rond. Met de komst van de mobiele telefoons (net als de dictafoons) telefoneren veel mensen bij voorkeur lopend. Hetzelfde geldt voor het inspreken van rapportage. Zo ook wandelconsulten.

Een bont gezelschap van openhartig communicerende deelnemers

Tijdens de uitstekend verzorgde lunch - met een ‘lopend buffet’ – voegen veel deelnemers de daad bij het woord. Geen groepjesvorming van ‘ons kent ons’, maar elkaar zondermeer – al wandelend – aanspreken. Het aanlokkelijke zonnige weer en de statafels in de buitenlucht nodigen daar uiteraard toe uit. Maar ook de workshop ‘faalplezier’ zal eraan bijgedragen hebben. Onno van Geuns en Hugo Vos zijn professionele acteurs. Zij dagen de deelnemers uit om uit hun comfortzone te stappen en zich ongegeneerd pontificaal te presenteren: *The show must go on*, toon je hele zelf, sta voor wat je te zeggen hebt, oftewel poneer. En als je het even niet meer weet... improviseer.

De aanwezigen vormen een bont gezelschap. Uiteraard psychiaters, psychologen en psychotherapeuten. Ook verzekeringsartsen, beroepsadviseurs en verpleegkundig specialisten. Tevens enkele SPV-en. Maar ik mis de verpleegkundigen en ziekenverzorgsters, ‘de handjes aan het bed’ van de thuiszorg en het verpleeghuis. Zij hebben de minste invloed op de organisatie van hun werk. Het hebben van die controle blijkt essentieel om het vol te kunnen houden. Over het algemeen blijkt de aangeboden informatie de deelnemers aan het denken te hebben gezet. Men neemt zich voor om er in de dagelijkse praktijk mee aan de slag te gaan, zowel met cliënten, vooral als werkers met zichzelf.

Psychiater Antoinet Oostindiër beklemtoont nog eens extra het belang van zelfzorg voor zorgverleners. Iedereen in ons vakgebied wordt blootgesteld aan unieke uitdagingen die invloed uitoefenen op ons welzijn. Zij benadrukt de risicofactoren die met ons werk samenhangen en hoe preventie daarin een rol kan spelen, zowel in het werkdomein als privé. Haar bedrijf AERREA richt zich speciaal op ondersteuning van zorgverleners. Zoals het leren erkennen van vroege signalen van stress of overbelasting bij zichzelf en collega's. Vooral praktische handvatten om gezondheid en veerkracht te versterken. In het kader van de polyvagaal-theorie, lijkt het fenomeen neuroceptie veelbelovend. Op onbewust niveau – zelfs voorafgaande aan concrete waarnemingen – scant ons organisme de omgeving af op relationele gevaren. Als zorgverleners zich meer zouden kunnen afstemmen op samenhangende emotionele en lichamelijke signalen, zouden zij met minder inspanning hun -relationele - grenzen effectiever kunnen bewaken.

De zogenaamde veerkrachtheorie was eerder die dag ook al aan de orde geweest. Die klinkt logisch. Men dient met persoonlijke inspanningen binnen bepaalde grenzen te blijven. Eenmaal voorbij een kantelpunt, ook wel 'tippingpoint' genoemd, is de 'rek' eruit en blijkt het lastig om naar de oorspronkelijke staat terug te keren. Maar ook dan – wanneer die grenzen in het oog worden gehouden – dient men na extra geleverde inspanningen de tijd te nemen om terug te veren. En daar ontbreekt het nogal eens aan. Zo worden problemen instandgehouden.

Om burn-out te vermijden, dringt Rogier Hoenders aan op een gezonde leefstijl met veel bewegen, gevarieerde natuurlijke voeding, voldoende rust en vooral een doel om naar te streven. Maak leefstijldoelen haalbaar en koppel ze aan zingeving. Hij streeft een holistische benadering na en baseert zich daarbij op het bio-psycho-socio- spirituele model.

Wat betreft de carrièreplanning adviseert Hoenders aan te sluiten bij het Japanse 'Ikigai' (letterlijk: een reden van bestaan). Het concept helpt om een functie te vinden waarbij iemand het beste tot zijn of haar recht komt.

Men gaat daarbij op zoek naar werkzaamheden waar iemand van houdt, waar iemand goed in is, waar iemand voor betaald wordt en wat de wereld (of iemands omgeving) nodig heeft. Om spijt op het sterfbed te voorkomen – vooral betreffende zingeving - gaat hij ervan uit dat het streven naar een gezonder leven permanente aandacht vereist, oftewel: Een gebed zonder end.

Leestips

- *De prijs van het aardig zijn* Willem Alting von Geusau (Utrecht, NHG 1995)
- *Signalen Practice Based Evidence* Frans van der Lem (Eindhoven, V&VN-SPV 2021)
<https://www.aerrea.nl> AERREA aandacht voor zorgverleners
- *Story mine* (Herstel- en ervaringsverhalen) Als pilot beschikbaar in Minddistrict

‘Ik denk dat verpleegkundigen vaak beter kunnen schrijven dan ze zelf vermoeden.

Een goede schrijver heeft oog voor detail, een goede verpleegkundige heeft dat ook.’

Simone van Erp



Willem Keizer (1982) studeerde filosofie en rechten maar vond zijn weg richting de psychiatrie. Zes jaar geleden begon hij als verpleegkundige op een High Care (HC). Over het reilen en zeilen van ‘de afdeling’ schreef hij de roman *Waanzin en Sneeuw*. Voor menig (sociaal) psychiatrisch-verpleegkundige is deze wereld niet onbekend. Maar vanuit het perspectief van de verpleegkundige, werd tot nu toe nog weinig geschreven. Zijn boek illustreert dan ook goed wat het verpleegkundige vak inhoudt en voor welke keuzes een psychiatrisch verpleegkundige in het werk zoal komt te staan. In de laatste week van zijn vaderschapsverlof, maakt Keizer tijd vrij voor een gesprek met SP.

Je koos pas later voor het vak van verpleegkundige. Wat bracht je daartoe?

‘Na het verlaten van de universiteit zocht ik naar een baan en ik merkte dat ik te weinig voldoening haalde uit de dingen die ik kon doen met filosofie en rechten. Een promotietraject bijvoorbeeld is echt een monnikenbestaan, los van de maatschappij. Daar had ik weinig behoefte aan. Ik belandde op de afdeling academische zaken van de Universiteit van Amsterdam maar vond dat echt heel saai kantoorwerk en besepte dat kantoorwerk niet voor mij was bedoeld. Ik wilde graag schrijven en dat ben ik gaan doen. Ik begon daarmee achter een receptie van een psychiatrische inrichting in Amsterdam. Ik zag daar de hele wereld van de psychiatrie aan me voorbij trekken. Daar had ik eigenlijk heel veel plezier met de patiënten en medewerkers. Elke dag om vijf uur ging iedereen van de ambulante teams naar huis, maar ik bleef, samen met de mensen van de kliniek. Ik zette een pingpongtafel neer en ging

pingpongen met de manische of psychotische mensen van de afdeling. Een van de verpleegkundigen van de kliniek merkte op: ‘Hé, volgens mij vind jij dit leuk, je maakt echt contact met mensen! Zou je niet een opleiding tot verpleegkundige willen doen?’ ‘Oh nee, weer een opleiding’, dacht ik. Maar, ja, ik vind het wel écht heel leuk. Op goed geluk, per ongeluk, werd ik dus verpleegkundige en ik wist meteen: dit is mijn tak van sport.’

Op welk punt dacht je, ik ga een boek schrijven over mijn werk?

‘De psychiatrie is een gesloten wereld. Het is geheimzinnig want alles vindt achter gesloten deuren plaats. Het voornaamste dat ik wilde doen was laten zien wat een verpleegkundige allemaal moet bolwerken. Wat moet er allemaal gebeuren om goede zorg te geven? Wat betekent het? Chaos, overal brandjes ... Het is ongelooflijk ingewikkeld werk. Ik laat middels mijn boek zien wat we vragen van een verpleegkundige. Toen ik net begon was



‘Mijn ambitie is het
tonen van ons werk
aan mensen buiten
onze wereld’

ik er zelf ook door gegrepen. Kan ik dit wel? Ik keek met veel bewondering naar de verpleegkundigen op de afdeling. Ik wil met mijn boek laten zien hoe bijzonder het is om te werken in de psychiatrie. Dat was mijn grootste motivatie.'

Welke thema's hoopte je bloot te leggen middels je boek?

'De psychiatrie is geen curatieve geneeskunde. We doen in de acute psychiatrie aan symptoombestrijding onder hoogspanning, met redelijke wetenschappelijke onderbouwing, op hoop van zegen. Ik wil met Waanzin en Sneeuw laten zien wat dit betekent voor patiënt en zorgverlener in de praktijk. Ik hoop dat mensen het boek lezen en ervaren hoe we in de praktijk dagelijks tegen de grenzen van ons kunnen en weten aanlopen. Dat is namelijk voor zowel patiënt als zorgverlener vaak een twijfelachtige ervaring.'

Hoe heb je de balans gevonden tussen realistische weergave en literaire creativiteit?

'Niks is te herleiden tot de realiteit, maar de spookachtige avond die ik beschrijf kan elke avond plaatsvinden op een willekeurige High Care afdeling binnen of buiten de bebouwde kom. De personages die je leert kennen zijn een beetje archetypische voorbeelden van patiënten die we stelselmatig voorbij zien komen in een acute setting. Het gaat vaak om suïcidale, manische of psychotische ziektebeelden. En natuurlijk de door afdelingen vaak gevreesde borderline patiënt. Ik heb geprobeerd om deze ziektebeelden in crisis sober en reëel neer te zetten.'

Voor de (sociaal) psychiatrisch-verpleegkundige die werkzaam is in de psychiatrie, roept deze materie veel herkenning op. Hoe zijn de reacties van lezers die nog nooit in aanraking zijn gekomen met de psychiatrie?

'Om eerlijk te zijn was mijn ambitie het tonen van ons werk aan mensen buiten onze wereld, maar ik weet eigenlijk niet of het hen heeft bereikt. Ik heb daar nog maar weinig over teruggekregen.'

En hoe reageren je collega's en patiënten op het feit dat je een roman hebt geschreven?

'Of patiënten weten dat ik een roman heb geschreven weet ik niet. Van één man met een bipolaire stoornis kreeg ik via LinkedIn het bericht dat hij vond dat ik met veel empathie had geschreven. De meeste reacties van collega's waren enthousiast. Zij hebben het gevoel dat ik recht heb gedaan aan ons werk. Ik hoorde van collega's dat ze het boek lieten lezen aan hun partner om uit te leggen wat ze nou precies doen. Want ons werk is best moeilijk uit te leggen: rennen op een alarm, iemand aantreffen die zich heeft proberen op te hangen, ergens in een hoek predikt iemand over het einde van de wereld... en ga zo maar door. Vertel dat maar eens aan de keukentafel.'

Wat zijn de grootste misvattingen over acute psychiatrie die je met dit boek wilde rechtzetten?

'Er zijn weinig verpleegkundigen die over hun werk schrijven. De roman *One flew over the cuckoo's nest* van Ken Kesey uit 1962, schetst een naar beeld over de psychiatrie waarin we er op uit lijken te zijn vrije vogels te kortwieken. Om de mensen die niet in de maatschappij passen, de buitenbeetjes, te muilkorven. Dat doen we natuurlijk niet. Ik heb geprobeerd om eerlijk verslag te doen van wat we nu eigenlijk proberen, maar heb ook geprobeerd te zeggen dat we niet weten hoe medicatie nu precies werkt, dat we doen aan symptoombestrijding. Ik heb dus los van misvattingen geprobeerd ook de tekortkomingen weer te geven. We doen ons werk met de beste intenties maar moeten oppassen voor pretenties, omdat er veel is dat we niet weten. Vroeger was het antwoord betreffende geestelijk welzijn in de handen van de kerkvader: 'Na de dood wordt het allemaal duidelijk, heb vertrouwen!' Tegenwoordig krijg je het antwoord: 'Je kampt met ontregelde neurotransmitters.' Maar waaróm iemand lijdt, daar hebben we geen antwoord op.'

Wat wil je dat lezers beter gaan begrijpen over patiënten in acute psychische crisis?

‘Hoe ingewikkeld het is grip te krijgen op een geestelijke aandoening. Bij lichamelijke aandoeningen is de diagnostiek en behandeling vaak beter in goede banen te leiden. Een patiënt meldt zich bijvoorbeeld bij de huisarts met vermoeidheidsklachten, kortademigheid en duizeligheid en hij ziet bleker dan normaal. Uit het labonderzoek blijkt dat er sprake is van een ijzertekort. De huisarts schrijft medicatie voor en de patiënt is blij met de gevonden oorzaak en volgt het advies van de zorgverlener op. Bij geestelijke aandoeningen in een acute setting werkt dit vaak anders. Allereerst, is er geen labformulier waar de diagnose bipolair type 1 of 2 uit volgt. Daarnaast komt het voor dat een patiënt geen hulp wil of het oneens is met de diagnose. Tot slot is de etiologie ongrijpbaarder. Er spelen meer dimensies mee.

Neem de psychose spectrum stoornissen als voorbeeld. Er is een erfelijke component waardoor je een bepaalde kwetsbaarheid hebt (genen). Je hebt sociale omstandigheden (het milieu waarin je leeft) en een psychologische dimensie (coping, trauma, persoonlijkheid). Samen is het een ingewikkeld spinnenweb dat in de knoop is komen te zitten en iemands functioneren in de weg zit. Wij proberen deze ingewikkelde draden, die op onnavolgbare wijze zijn vervlochten, enigszins uit de knoop te halen in de hoop dat de psychotische symptomen afnemen. Je kan iemand in klinische setting helpen stabiliseren met medicatie, voldoende slaap en een hopelijk drugsvrije omgeving, maar uiteindelijk moet iemand weer terug naar een vaak ingewikkelde sociale setting waar de omstandigheden anders zijn. Psychische problemen zijn ingewikkeld omdat ze moeilijk te vangen zijn en helaas niet netjes simpelweg in iemands hoofd zitten. Dat zou ons werk een stuk overzichtelijker maken, maar zo zit het niet in elkaar, ben ik bang.’

Heb je zelf, tijdens het schrijven nieuwe inzichten opgedaan over jezelf of over de geestelijke gezondheidszorg?

‘Ik heb veel respect voor het vak en vind dat heel belangrijk om te delen. Al schrijvende heb ik geprobeerd de magie van de verpleegkundige iets duidelijker te maken voor mezelf. En misschien ook voor de lezer. Hoe ziet dat vak van de verpleegkundige eruit, waarom is het zo ingewikkeld en waarom zo spannend en leuk? Dat heb ik al schrijvende duidelijker gekregen voor mezelf. Maar ook: hoe bijzonder de ontmoetingen zijn, de gesprekken die je voert, de wereld waar je even instapt en waarin je zo snel moet schakelen tussen de compleet verschillende ziektebeelden: iemand die katatoon is, die stemmen hoort, dan weer iemand die depressief is of manisch.’

Smaakt het schrijven voor jou naar meer en zo ja, wat kunnen we hierna verwachten uit jouw pen?

‘Na de HC, werkte ik bij het FACT, bij het Vroege Interventie Psychose-team en nu werk ik bij de crisisdienst. Ik zou het leuk vinden om ook over andere settingen te schrijven, als daar vraag naar is. En eigenlijk hoop ik dat verpleegkundigen mijn roman lezen en zeggen: ‘Maar shit dat kan ik veel beter. Dit kan ik ook!’ Dat het hek van de dam is en dat verpleegkundigen beseffen, wij maken zo veel mee, die artsen en psychiaters zien veel minder van de patiënten dan wij, zij moeten gaan lezen wat wij allemaal meemaken, daar leren ze veel van!

Ik denk dat verpleegkundigen vaak beter kunnen schrijven dan ze zelf vermoeden. Om te kunnen schrijven moet je goed kunnen observeren. Dat is iets wat we non stop doen. We zien of iemand zenuwachtig is, zich normaal heeft aangekleed, goed in zijn vel zit, en waaraan dat ligt. Een goede schrijver heeft oog voor detail en ik denk dat een goede verpleegkundige dat ook heeft. Bovendien is het heel moeilijk om iets niet leuks te schrijven over de psychiatrie.

Alle ziektebeelden zijn per definitie bijzonder. Je hoeft dus niet veel fantasie te hebben om de psychiatrie tot leven te brengen.

Misschien moet ik dit niet hardop zeggen maar ik vind al die onderzoeken die worden gedaan, al die RCT's et cetera, niet zo fascinerend of baanbrekend of inspirerend. (Red. Een Randomized Controlled Trial is een type wetenschappelijk onderzoek waarbij deelnemers willekeurig (random) worden toegewezen aan een experimentele groep of een controlegroep.) De alledaagse praktijk is vele malen leuker om te beschrijven dan of middel A of B meer of minder effect heeft op positieve symptomen bij psychose. Dat zijn niet de meest enerverende bezigheden om je intellectueel in onder te dompelen, althans dat is mijn persoonlijke mening.'

“Verpleegkundigen zijn meester in de ervaringswereld”

Maar we leven in een tijd met vraag naar wetenschap. Is er bewijs voor een bepaalde behandeling? Dat vraagt om die onderzoeken. Hoe kijk jij daarnaar, vanuit jouw vakgebied?

'Ja, dat is allemaal heel erg belangrijk, maar als je verpleegkundigen wil laten schrijven en in hun kracht wil zetten dan denk ik dat je ze iets moet laten schrijven over de ervaringswereld van de patiënt. Ik denk dat wij daarin meester zijn en dat er niemand meer in thuis is dan wij. Als wij daar meer over gaan schrijven in de vorm van literatuur of columns, dat zou echt van toegevoegde waarde zijn voor onze vakgroep.'

Wat zou de patiënt daaraan hebben?

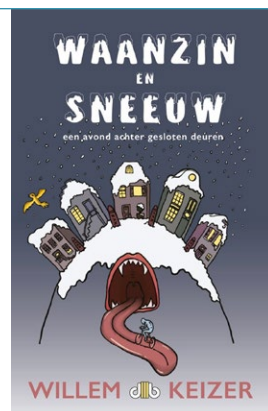
'Dat moet je aan de patiënt vragen! Aansluiten bij de ervaringswereld staat centraal in de psychiatrie. Een behandelrelatie staat of valt bij het vermogen een brug te slaan naar de ervaringswereld van de patiënt. Als zorgverleners meer schrijven over onze pogingen om aansluiting te vinden, geeft dat hopelijk inzicht in wat wij proberen te doen en waar we tegenaan lopen. En de patiënt kan ons misschien vervolgens wijzen op onze tekortkomingen. Waar gaan we de mist in? En wat betekent dit voor degene die afhankelijk is van (verplichte) zorg? Hopelijk ontstaat er een dialoog en meer wederzijds begrip.

Tot slot, hebben we alles besproken wat jij van belang vindt?

'Ik zou graag hebben dat je opschrijft, dat ik zeker weet dat ze het kunnen. Verpleegkundigen en schrijven. Ik weet zeker dat ze het kunnen!'

Over de auteur

Willem Keizer (1982) studeerde filosofie en rechten en is nu ambulant verpleegkundige bij de crisisdienst van InGeest. In 2025 kwam zijn boek *Waanzin en Sneeuw* uit waarin de verpleegkundige Jesse gevolgd wordt tijdens zijn avonddienst op een High Care (HC).



Inaugurele rede

prof. dr. Derek W. Strijbos: Niet anderszins omschreven; Begripsruimte creëren in de ggz

Door Ingelien
Warmerdam

Tijdens de studiedag voor Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (SPV) van november 2024 hebben we kunnen kijken en luisteren naar Derek Strijbos. Hij gaf daar zijn lezing *“Wie ben jij als zorgprofessional? Over ambities, idealen en de complexe realiteit van de sociale psychiatrie”*. Een lezing die vanuit een filosofische invalshoek tot nadenken stemt over sociale psychiatrie en de rol van een SPV. Strijbos deed dit door stil te staan bij het vakmanschap, de professionele identiteit en de maatschappelijke opdracht van de sociale psychiatrie. Inmiddels is hij op één juli 2024 benoemd tot bijzonder hoogleraar ‘Filosofie in de ggz’ aan de Faculteit der Filosofie, Theologie en Religiewetenschappen van de Radboud Universiteit. Zijn oratie, waarmee hij deze positie heeft aanvaard, is uitgebracht voor belangstellenden. Deze oratie sluit naadloos aan op zijn lezing bij de studiedag.

De oratie begint met de worsteling waarin we heden ten dage terecht gekomen zijn binnen de GGZ. Enerzijds is er zoveel kennis, anderzijds weten we niet goed meer hoe die in te zetten en is er zoals Strijbos het formuleert, een ‘kennisparadox’ ontstaan. De essentie van zijn oratie bepleit hoe filosofie daarin een belangrijke bijdrage kan leveren om ‘voorbij de bestaande begripshorizon’ te kunnen komen. Het begint met een beschrijving van de denkbeweging van de afgelopen 50 jaar tot heden. Hierin komt aan bod welke overwegingen en concepten de kennisbronnen vormen. Van ‘het oude fundament: psychische stoornis als ‘interne disfunctie’ via ‘de onderstroom: complexiteitsdenken en herbezinning sociale contract in de (g)gz’ door de inzet van filosofie te komen naar een ‘nieuw conceptueel ontwerp: integratie én demarcatie (grenzen bepalen of afbakenen)’. Hierbij wordt de ‘4E-benadering van de geest of *mind*: ervaring, gedachten en gevoelens als wezenlijk **embodied, embedded, extended** en **enacted**’ voor de leeropdracht van het in deze oratie beschreven onderzoeksprogramma gebruikt. Het voert te ver dat hier nu nader toe te lichten, met het risico dat de context van de oratie verloren gaat.

De oratie is prettig leesbaar en de lezer wordt in een logische opbouw meegenomen in de uitgewerkte standpunten. Om anders te kunnen kijken, denken en kennisbronnen te kunnen integreren (en af te bakenen), is nog veel ontwikkeling naar dit nieuwe conceptuele ontwerp nodig in de komende jaren. Er zullen gevoeligheden kunnen ontstaan wanneer ‘het oude hart’ wordt geraakt. Strijbos roept echter op dit niet te zien als verlies, maar als winst.

Winst om ons toenemend vanuit de bio-psycho-sociale complexiteit als specialist in de ggz te gaan profileren en als verbindende en doortastende leiders het lijden van patiënten inzichtelijker, waardevoller en dragelijker te maken. Daarbij eveneens naasten en anderen in een proces van herstel te faciliteren. Zo 'begripsruimte' te creëren in de ggz. Het 'kennisgebouw' van de ggz 'te renoveren' tot een plek waar we samen, met alle betrokkenen, tot meer begrip kunnen komen.

“Anders kijken en luisteren, integratief denken en doen, valide grenzen trekken, verbindend samenwerken en verantwoording afleggen: het begint allemaal bij bewustwording van ingesleten professionele rollenpatronen en het verschuiven van accenten vanuit een heldere visie. Daarbij kunnen kleine accenten samen een groot verschil maken.”

Derek Strijbos studeerde geneeskunde en filosofie aan de Radboud Universiteit. In 2012 promoveerde hij cum laude aan deze universiteit op een filosofisch proefschrift over sociale cognitie als gedeelde normatieve praktijk. Na zijn promotie volgde hij de opleiding tot psychiater bij Dimence Groep, waar hij nu als psychiater en opleider psychiatrie werkzaam is. Naast zijn klinische werkzaamheden en opleidingstaken heeft hij zich de afgelopen jaren in onderwijs en onderzoek toegelegd op het snijvlak van psychiatrie en filosofie. Een afschrift van zijn oratie is op te vragen via oratederekstrijbos@dimencegroep.nl





Door Ingelien Warmerdam

Lex van Berkel en Sanne Winchester

“Doorgedraaid: tussen wereldhit en psychiatrische kliniek.”

Uitgeverij Lucht (2025)

ISBN 978 94 9342 2018

248 pagina's · Prijs € 22,99

Telkens is de wereld even stil en geschrokken wanneer een publiek figuur zoals een muzikant of acteur door zelfdoding om het leven komt. Zeker wanneer het een jongere artiest betreft. Een leven in de schijnwerpers, meningen op de sociale media en ineens dan zo'n schokkend bericht. Een leven van dromen om door te breken, het maken, beroemd worden, aanbeden worden en aan de andere kant de druk en het verlies van contact met de realiteit. Door angsten, dwangklachten, verslaving, depressie of psychoses. Gedachten aan de dood, pogingen tot zelfdoding. Een verhaal van jaren van lijden en (pogingen tot) herstel wat er achter schuil blijkt te gaan, maar voor de buitenwereld onzichtbaar gebleven. The show must go on.

Bij aanvang is het lastig om in het verhaal van Lex, alias The Boy Next Door (DJ), te komen. De overeenkomsten met de biografie van een andere DJ, de in 2018 overleden Zweedse Avicii, zijn voor de hand liggend en de overlap is groot (Tim – De officiële biografie van Avicii door Måns Mosesson, 2022). Langzaam maar zeker krijgt het zijn eigen wending, want Lex leeft en schrijft dit verhaal zelf. Samen met Sanne Winchester, GZ-psycholoog en psychotherapeut. Winchester is psychologe en zelf ook niet onbekend met angstklachten en daarbij behorende worstelingen in het leven. *“De psycholoog en de DJ, beiden met psychische klachten. Of noem het gewoon een leven met intense gevoelens. Met leuke en minder leuke dingen.”* Het wordt een soms pijnlijke en rauwe beschrijving van zijn worsteling met zichzelf en de verliezen die hem overkomen. Over zijn ervaringen met hulpverlening, ‘onderaan moeten beginnen; laagdrempelige zorg, voorlichting, wachtlijsten, online behandeling en steunende gesprekken’. Terwijl hij voor zijn gevoel al bovenaan de ladder staat qua klachten en uiteindelijk twee EMDR behandelingen ‘mag’ doen. Uiteindelijk volgen meerdere geplande therapeutische opnames om te leren omgaan met de almaar toenemende angst- en dwangklachten. Tussendoor leren we door terugblikken het levensverhaal van Lex kennen en welke personen belangrijk zijn in zijn steunsysteem; het ‘Lex-leger’.

Conclusie

Dit levensverhaal is rauw en pijnlijk, maar laat wel zien hoe een psychische kwetsbaarheid te maken heeft met de context waarin deze kan ontstaan. Tegelijk is het ook een verhaal van herstel en kracht. Een passie hebben voor muziek die tegelijk je eigen vijand kan zijn. Het ontroert en is tegelijk dapper om een kwetsbaar inkijkje te geven in een leven met angst- en dwangklachten en de doorlopende worsteling daarmee. Zeker voor jonge mensen in een wereld waar een ‘picture perfect leven’ het streven is, kan dit steunend zijn om te lezen.



Door Ingelien Warmerdam

Anne-Goaitske Breteler

*De laatste dagen van de dorpsgek;
Geestelijke gezondheid op het platteland.*
Uitgeverij Prometheus Amsterdam (2024)
ISBN 978 90 446 4481
288 pagina's · Prijs € 23,50

Op het platteland is het mooi wonen, maar de geestelijke nood kan soms hoog zijn en hulp wordt niet snel gezocht. De agrarische sector staat in de top 3 van sectoren met een relatief hoog risico op zelfdoding (Factsheet Suïcidaliteit onder agrariërs van 113). Anna-Goaitske Breteler (1996) is schrijfster, journalist, antropologe en publiekshistorica en achterkleindochter van de Friese auteur Reinder Brolsma. Als achterkleindochter vraagt zij zich af waarom de zelfverkozen dood van haar betovergrootvader stil gehouden wordt in de familiegeschiedenis. Een fenomeen wat ze vaker tegen gaat komen in haar onderzoek bij de totstandkoming van dit boek. Het stigma op mentale problemen lijkt groter op het platteland. Daarnaast lijkt het wellicht een cultureel gedreven en historisch ingebed motief in zich te hebben hoe mensen op het platteland omgaan met hun geestelijke gezondheid.

In dit boek tracht de auteur het taboe op mentale gezondheid op het platteland te ontrafelen. Dit doet zij door verhalen op te tekenen van mensen die hierover willen vertellen. Over de zelfdoding van een familielid en de levensomstandigheden in de familiegeschiedenis. Daarnaast komen enkele psychiaters aan het woord en (voormalig) verpleegkundigen van het voormalige Psychiatrisch Ziekenhuis Franeker. Breteler besteedt bij het in kaart brengen van de mentale gezondheidsproblemen aandacht aan factoren als armoede, alcoholisme, de erflast van een boer en de positie van vrouwen. Door armoede kunnen mensen het zich niet veroorloven om hulp te zoeken en is er schaamte over de slechte woonomstandigheden als gevolg van deze armoede. Boerderijen gingen van oudsher over op de volgende generatie. Dit werd in sommige situaties eerder als een belasting ervaren en een keurslijf dan een zegen. Zeker wanneer er geen wettelijke erfgenaam was.

Conclusie en relevantie voor SPV

Hoewel de ondertitel doet vermoeden dat 'het platteland' geheel Nederland betreft, blijkt dit tijdens het lezen voornamelijk het platteland in de provincie Friesland te betreffen. De ondertitel had beter 'Geestelijke gezondheid op het platteland van Friesland' kunnen zijn. Het boek beschrijft de culturele kenmerken van het Friese platteland zoals de zogenoemde 'spitketen' (plaggenhutten) en Friese tradities en gebruiken. De vraag is in hoeverre SPV in andere plattelandsgebieden van Nederland hier herkenning in kunnen vinden. Desalniettemin biedt Breteler een mooi historisch perspectief over het mentaal welbevinden op het platteland wat heden ten dage inzicht kan opleveren over het narratief van cliënten in plattelandsgebieden. Het is prettig leesbaar en geeft een goed beeld van een deel van de geschiedenis van de sociale psychiatrie in Friesland voor wie daarin geïnteresseerd is.



Door Frans van der Lem

Remke van Staveren

Een dun streepje toeval

Hoe een psychiater mentaal herstelde en jou dat ook kunt

Uitgeverij Boom (2025)

ISBN 978 90 2446 9109

208 pagina's · Prijs € 22,95

Het boek is gepresenteerd tijdens een nascholingsdag voor GGZ-zorgverleners “Jij en ik mentaal gezond! Zorg goed voor de hulpverleners!” Van Staveren beoogt met zowel het boek als deze studiedag de lezer handvatten te bieden om goed voor onszelf te zorgen.

Het boek zou verplichte kost dienen te zijn voor iedereen die wil werken aan de eigen mentale gezondheid, vooral voor GGZ-hulpverleners.

Er zijn drie verhaallijnen verwerkt in het boek. Als eerste haar eigen verhaal omtrent de mentale crisis die ze als psychiater zelf heeft doorgemaakt. Wat haar is overkomen en de zoektocht naar herstel. Het kan iedereen overkomen. Dat motiveerde haar om het boek te schrijven. Ze wil haar verhaal delen, zodat anderen er ook iets aan kunnen hebben.

De maatschappelijke impact van de maatregelen om de coronacrisis te bestrijden en het omgaan met het ‘eenzaamheidvirus’ vormt een tweede rode draad in het boek. Illustratief zijn de voorbeelden van individuen die ondanks ernstige ziekte en sociale dieptepunten opnieuw inhoud weten te geven aan hun bestaan. Dat vormt dan ook de derde verhaallijn. Door opnieuw gepassioneerd betekenis te geven aan het leven – zich met overtuiging en overgave in te zetten voor een hoger doel – wisten zij aan veerkracht te winnen.

De auteur beschrijft in heldere bewoordingen de lichamelijke sensaties, gedachten en emoties die zij ondergaat in haar mentale worsteling en in haar rol als patiënt. De persoonlijke ontboezeningen zijn voor de lezer herkenbaar. Bijna voelbaar. Zo ook de van binnenuit opborrelende schaamte dat haar dit als ervaren hulpverlener is overkomen.

Terecht verwijst Remke van Staveren op dit soort momenten naar het troostende gedachtegoed van Dirk de Wachter: ‘De kunst van het ongelukkig zijn’. De verwijzingen naar andere auteurs – zoals bijvoorbeeld Erik Scherder, Paul Verhaeghe en de Amerikaanse hoogleraar Elyn Saks – zijn sowieso illustratief. De relevante tekstfragmenten zijn – soms tussen aanhalingstekens – volledig opgenomen in de tekst, net als vertalingen uit anderstalige literatuur.

De lezer kan ongestraft dóórlezen.

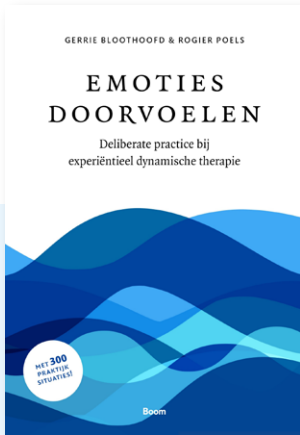
Uiteraard komt de kritiek op de DSM-classificatie aan de orde. De DSM is ontwikkeld als gemeenschappelijk taalgebruik, zoals in de consensustheorie. In praktijk is het echter – als ware het een diagnostisch systeem – een eigen leven te zijn gaan leiden. Vervolgens blijkt alom het beleid erop gebaseerd te worden, zowel door de farmaceutische industrie en vooral door de ‘productiecijfers’ voor ziektekostenverzekeringen. Want géén DSM-label betekent géén vergoeding voor behandeling.

Toch is de DSM aanvankelijk vooral een poging geweest van gezondheidswerkers om elkaar beter te verstaan en daardoor patiënten beter van dienst te kunnen zijn. Wat wij in Europa op basis van de symptomen bijvoorbeeld een depressie noemden, kreeg in de Verenigde Staten de titel ‘Schizofrenie’ mee. Dat vergt een volslagen andere behandeling. Eenduidig taalgebruik bleek dus dringend aanbevolen. Maar de DSM is geworden tot een perverse financiële prikkel om de vermarkte GGZ te reguleren. Het etiketteren en categoriseren van patiënten is daarmee de boventoon gaan voeren, boven de behandeling en het welzijn van de patiënt zelf. Deze ‘tool’ heeft weinig meer te maken met wat er met de patiënt werkelijk aan de hand is. Wat dat betreft is het verhaal van Ewout Kattouw illustratief.

Terecht werd het eerste exemplaar van dit kritische en vooral bemoedigende boek formeel door Remke van Staveren aan Ewout Kattouw overhandigd.

Hun onderlinge relatie wordt door de titel van het boek benadrukt. De één is behandelend psychiater, die – alles van psychofarmaca af weet – zelf in een ferme psychiatrische crisis belandt. En daar met veel kunst- en vliegwerk weet uit te klauteren. De ander wordt – als tobberige adolescent – goedbedoeld op een stevig antidepressivum ingesteld. Hij weet dan vrijwel nog niets van dat soort medicijnen af. Struikelend over een palet aan bijwerkingen – nog eens versterkt door een scala aan psychofarmaca die eerdere nadelige effecten juist zouden moeten neutraliseren - doorloopt hij een complexe en langdurige carrière als psychiatrische patiënt met meer dan twintig DSM-diagnoses. Als ook hij – met veel kunst- en vliegwerk – alle medicatie heeft weten af te bouwen, ontmoeten ze elkaar.

Het verschil? Een dun streepje toeval!



Door Godelieve van Zijl

Gerrie Bloothoofd & Rogier Poels

“Emoties doorvoelen- Deliberate practice bij experiëntieel dynamische therapie”

Uitgeverij Boomdelen (2025)

ISBN 978 90 2446 672 6 385

385 pagina's · Prijs € 39,90

Het schrijven van het boek *“Emoties doorvoelen”* was een tijdrovende en energievretende onderneming, - tegelijkertijd was het inspirerend en leverde het energie op en draagt het mogelijk bij aan de ontwikkeling van het werkveld, aldus de schrijvers Gerrie Bloothoofd & Rogier Poels. Als lezer kan ik me dit goed voorstellen, het lezen en bestuderen van dit boek vond ik ook een tijdrovende en inspirerende bezigheid.

Emoties doorvoelen, een mooie titel, richt zich tot psychotherapeuten, psychiaters en psychologen om hen stap voor stap een verdiepende behandelwijze voor te leggen gericht op het doorvoelen van emoties. De aanname is dat de bron van veel psychisch lijden te maken heeft met het onderdrukken en vermijden van (veelal negatieve) emoties. Aandacht voor (onbewuste) emoties draagt niet alleen bij aan de vermindering van psychische klachten, maar ook aan een duurzame karakterverandering.

Het boek is onderverdeeld in verschillende theoretische delen, opvallend veel oefenmateriaal van praktijksituaties en enkele bijlagen, waaronder informatie voor de patiënt. Het boek gaat over de betekenis van emoties en wat deze teweeg brengen. Er wordt gememoreerd aan het therapeutische werk van Bowlby, Davanloo en Frijda. Beschreven wordt hoe emoties angst- en schuldbeladen kunnen raken en hoe je angst bij een patiënt kan reguleren. Er volgt een lang hoofdstuk over hoe een patiënt emoties kan afweren en hoe je als therapeut deze afweer kunt herkennen en bewerken. Gesproken wordt van een zogenaamd experimenteel dynamisch samenwerkingsproces (EDS). Dit is een proces uit de ISTDP (ofwel ‘Intensive short-term dynamic psychotherapy’), waarbij wordt uitgegaan van een gedeelde verantwoordelijkheid om psychodynamische processen te ontrafelen en psychische vaardigheden te vergroten. Er wordt uitgebreid stilgestaan bij de stappen die in dit proces aan de orde zijn. Belangrijk is om eerst het probleem helder te krijgen, liefst zo concreet mogelijk. Vervolgens worden de gevoelens onderzocht en de vaak voorkomende afweer mogelijkheden benoemd en verhelderd. Net als elke basisemotie (boosheid, blijdschap, verdriet, verrassing en walging) kent ook angst een aantal typerende fysiologische kenmerken, ofwel lichamelijke sensaties, die verschillen van andere emoties. Deze lichamelijke sensaties worden geëxploreerd en vervolgens vraagt de therapeut om de onderliggende impuls van het lichamelijke ervaren in een soort fantasie te beschrijven. Dit kan best heftig zijn, bijvoorbeeld bij boosheid.

Tenslotte vat de therapeut het geheel samen en stelt hij nu bijvoorbeeld de vraag aan de patiënt: 'hoe is het voor je om je gevoelens te hebben doorvoeld?'

In het tweede hoofdstuk wordt dieper ingegaan hoe je angst bij een patiënt kunt herkennen. Zoals gezonde angst, die als spanning in de zogenaamde dwarsgestreepte spieren wordt ervaren. Je merkt dan bijvoorbeeld dat de patiënt regelmatig zucht, of met zijn handen beweegt, een gespannen nek heeft of in een hoog tempo praat. Loopt de angst verder op en komt het in de zogenaamde gladde spieren (merkbaar bijvoorbeeld aan een droge mond, keel, zweten, hartkloppingen, hoofdpijn, duizeligheid), dan moet deze angst eerst gereguleerd worden. Tenslotte kan de angst nog verder oplopen en dat uit zich dan in het zogenaamde cognitief-perceptuele domein, zoals bijvoorbeeld leeg in het hoofd worden, glazig kijken, dissociëren.

Na ieder theoretisch deel volgt een uitgebreid deel met wel heel veel praktijkvoorbeelden waarin je kunt oefenen door een antwoord te bedenken alsof je de therapeut bent. Genoemd wordt, dat je al die driehonderd praktijkvoorbeelden in een rollenspel met een collega, of studiegenoot kan oefenen. Dat denk ik ook. Als lezer begon ik echter meteen zelf te oefenen, en toen ik een irritatieervaarde in het contact met iemand, dacht ik meteen 'Hoe ga ik mijn diepgevoelde boosheid en mijn opgeroepen impuls daarbij in een soort fantasie verhaal verwoorden'. Vervolgens probeerde ik mijn gevoel als fantasie verhaal in een muziekvorm weer te geven. Wat mij betreft mag er een hoofdstuk bij over de toepassing van kunst zoals muziek, dans of een andere herstellende vorm van een doorvoelde emotie. Of is er dan sprake van sublimatie, ook een afweervorm?

Het derde hoofdstuk gaat over allerlei vormen van afweer en hoe je deze kunt identificeren zoals: uitageren, projecteren, intellectualiseren, clarificeren, externaliseren, rationaliseren, minimaliseren, hypothetiseren, rumineren, diversificatie en gelukkig ook nog een aantal mooie Nederlandse woorden, zoals vaagheid, zelfkritiek, ontkenning en aanpassing. In het praktijkgedeelte worden weer veel oefeningen beschreven. Al die afweer termen doet me ook even denken aan de tijd, waarin we het woord 'afweer' vermeden en spraken van 'overlevingsstrategieën'. Bijvoorbeeld in de incestverwerkingsgroepen.

Ook de sociaal psychiatrische verpleegkundige(SPV) of verpleegkundig specialist GGZ kan van dit boek kennis nemen, omdat zij immers (afhankelijk van de werkplek) ,vaak al in de eerste fase van verwijzing, mee beoordeelt welke patiënt juist wel of niet van een dergelijke behandeling kan profiteren. Een SPV heeft vaak de ervaring dat je bij sommige patiënten juist niet aan de afweer moet komen, denk bijvoorbeeld aan mensen met een kwetsbare of broze integratie, of mensen waarbij mogelijk delict gevaar een rol kan spelen. Mogelijk kan hij of zij ook elementen uit de emotie gerichte behandeling ontwikkelen bij de sociaal psychiatrische doelgroep. Ik denk bijvoorbeeld aan een groepsaanpak.

Samenvattend vind ik *"Emoties doorvoelen"* een mooi en verhelderend geschreven studieboek voor met name de psychotherapeutische beroepsgroep, maar ook voor de sociaal psychiatrisch verpleegkundige of verpleegkundig specialist GGZ kan het van belang zijn. Het gedachtegoed uit de psychoanalyse lijkt weer haar weg terug gevonden te hebben. Mogelijk nu met een meer gerichte en directieve aanpak en korter van duur. Of als onderdeel van een meer eclectische benadering. Van harte aanbevolen dus.

Opgewekt triest

Marja is een wandelende inspiratiebron. Dat is niet de reden waarom ze vandaag tegenover me zit. Ze is gekomen omdat ze met zichzelf geen raad weet. Er moet iets veranderen maar ze weet niet wat of hoe. De laatste weken is ze niet vooruit te branden. Als het aan haar lag, bleef ze de hele dag in bed liggen. Ze ziet overal tegenop, is bang dat anderen zien dat het niet goed met haar gaat en om die reden gaat ze mensen het liefst uit de weg. Iedereen kent haar als een vrolijke vrouw die vooral oog heeft voor de noden van anderen. Niet voor niets is ze vrijwilligerswerk gaan doen en twee maanden geleden heeft ze op 54-jarige leeftijd de status van langst dienende vrijwilliger in het hospice op haar naam gezet. Niet dat ze dat zelf interessant vindt. Ze houdt helemaal niet van aandacht. Dat was ook de reden dat ze zich op de heugelijke dag zich ziek had gemeld. Toch was ze blij geweest dat twee collega's die dag met een bos bloemen bij haar op de stoep hadden gestaan.

Zachtjes biggelen de tranen zich een meanderende weg over haar gezicht. De uitgelopen mascara en eyeliner geven haar gelaat iets tragisch, een verstild moment waarin alle ellende zich ophoopt. Ze kijkt me vragend aan en wil weten of ik haar kan helpen. Ze begrijpt dat ze het zelf moet doen en ze wil vooral niet lastig zijn. Maar ze is zo bang dat het niet meer goed komt. Haar broer heeft zich vorig jaar gesuïcideerd en ze weet niet of ze het zelf wel vol kan houden. Ze komt nu eenmaal uit een knotsgekke familie.

Dan begint ze ongevraagd haar verhaal te vertellen alsof dat al die tijd in haar opgesloten heeft gezeten en er vandaag uit moet. Hoe haar moeder de touwtjes aan elkaar moest knopen toen haar vader er plotseling met een ander vandoor was gegaan. Om er voor te zorgen dat er geld binnenkwam voor haar en haar broertje, is ze uiteindelijk haar lichaam aan andere mannen gaan schenken. Ze had altijd geprobeerd dit voor de kinderen te verbergen maar het was mis gegaan toen ze op een dag was vergeten het raam op tijd te sluiten. Moeder was aan het werk geweest en Marja had voor het raam gelegen. De vrieskou had er uiteindelijk voor gezorgd dat vier vingers door bevriezing geamputeerd moesten worden.

Ik moest niet denken dat ze daardoor boos op haar moeder was geworden. Het had haar geleerd dat ze beter voor anderen kon zorgen omdat ze had gezien hoe haar moeder zo ontzettend haar best had gedaan. Ze had zich erna voorgenoemen om hetzelfde te doen om haar moeder niet teleur te stellen. Als ik haar vraag hoe ze dat doet, komt de aap uit de mouw. Ze heeft de laatste jaren zichzelf uitgeput door veel te veel hooi op de vork te nemen. Maar ze mag niet klagen. Daarom is ze altijd zo opgewekt. Maar misschien moet dat wel veranderen, lispelt ze zachtjes tussen haar tranen door.

Gerard Lohuis

Samen een koekje eten

Hij heeft zich teruggetrokken in zijn eigen wereld. Als het goed met hem gaat, zien buurtbewoners Klaas schuifelend over straat gaan terwijl hij iedereen vriendelijk toeknikt. Hij is het lieve oude mannetje dat met niemand contact heeft en iedereen zich afvraagt wie hij eigenlijk is. Klaas houdt gepaste afstand. Hij roept met zijn verschijning mededogen op en mensen vragen zich af of er iemand is die zich om hem bekommert.

Sinds enkele weken wordt Klaas niet meer buiten gezien. Hier en daar wordt er in de buurt bij elkaar geïnformeerd of iemand Klaas mogelijk heeft gezien. Langzamerhand neemt de zorg toe wanneer niemand iets weet en Klaas niet open doet wanneer er wordt aangebeld. Iemand weet te vertellen dat Klaas een zoon heeft die in Amsterdam woont. Een ander weet dat hij in het verleden een vriendin had die overleden is aan kanker. Sinds haar overlijden zou Klaas zich meer en meer terug getrokken hebben. Ook de wijkagent weet niet wat er aan de hand is en zoekt contact.

Ik blader in ons bestand en lees dat Klaas in het verre verleden contact heeft gehad met de geestelijke gezondheidszorg. Zijn oude stoffen dossier is jaren geleden door de papiervernietiger gehaald. Een collega weet zich nog te herinneren dat Klaas opgenomen is geweest met een maatregel vanwege een psychose. Dat geeft enig perspectief wat er nu mogelijk speelt. Vaak trekken mensen zich terug wanneer ze psychotisch worden omdat de buitenwereld als bedreigend wordt ervaren of omdat ze zich niet meer begrepen voelen.

Een dag later sta ik voor de deur. De deurbel doet het niet en kloppen heeft geen effect. Ik loop achterom en hoop hem ergens in de woning te zien scharrelen. Wanneer ik geen leven bespeur, bekruipt me de angst. Hij zal toch niet overleden zijn? Ik keer terug naar de voordeur en kijk door de brievenbus of ik iets zie. In een flits zie ik dat Klaas zich achter in de gang terugtrekt. Ik noem zijn naam en vanuit de gang roept hij dat ik weg moet gaan. Hij klinkt verzwakt en ik vraag of hij iets te eten wil hebben. Na enige tijd hoor ik iets van een o.k.

Nadat ik een gesneden brood bij de bakker heb gehaald, keer ik terug en vraag ik hem om de deur open te doen zodat ik hem het brood kan geven. Ik hoor hem verschrikt roepen “dat nooit” waarop ik hem aanbied de sneetjes door de bus te doen. Of hij dat wil opvangen zodat het niet besmeurd raakt. Ik roep dat ik morgen terug kom. Ook dan mag ik alleen iets eetbaars op de mat zetten en wil hij niet dat ik bij hem binnenkom. Het duurt nog een week voordat ik binnen mag komen en ik een verwilderde angstige Klaas met wantrouwende blik naar me zie kijken. Weer een week later is hij bereid om de medicatie te nemen. Als dank biedt hij me een koekje aan. Maar zijn ogen zeggen veel meer. Die glunderen.

Gerard Lohuis



