



Dierinck, P. (2017).

**Hoop verlenen: pleidooi voor meer vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg.**

Tielt: Witsand.

## **Verbindend bouwen aan een nieuwe geestelijke gezondheidszorg**

*Guido Pieters*

Dit boek heeft een mooie woordspeling als titel en een wat mysterieuze, naar afbraak en beeldenstorm verwijzende omslag waarover je in de inleiding een verklaring krijgt: het gaat niet om wat wordt 'afgebroken', maar om wat kwetsbaar is en bewaard wordt. De ondertitel van het boek is mij op het lijf geschreven. Daarom hoort hier een verklaring over strijdige belangen. Ik beschouw mezelf als een voorvechter van de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) (Pieters et al., 2017). Een pleidooi daarvoor kan dus allicht op mijn sympathie rekenen. Maar dan nog blijft de vraag: is dit een geslaagd pleidooi, dat lezers boeit en ook non-believers kan overtuigen?

### **Het pleidooi**

In de inleiding wordt direct de toon gezet. Het boek begint met een vignet waarin de auteur – uitdrukkelijk aanwezig – een persoonlijke ontmoeting beschrijft met een persoon met een psychische kwetsbaarheid. Vanuit die fenomenologische beschrijving ontwikkelt de auteur een "pleidooi voor een focus op geduld, mededogen en doorgezette inspanning binnen de persoonlijke relatie van de hulpverlener met de patiënt" (p. 12). In het eerste hoofdstuk beschrijft Dierinck daarna hoe zijn inzet voor de vermaat-

schappelijking van de ggz wortelt in zijn persoonlijke verhaal. Herstel en 'kwartiermaken' zijn voor hem de essentie van die vermaatschappelijking. Maar eerst maakt hij nog een filosofisch ommetje naar de beleving van ruimte en tijd bij de beschrijving van dakloze mensen met een psychische kwetsbaarheid. Dat is geen gemakkelijke lectuur, en de gehaaste lezer dreigt hier, niet voor het laatst, de draad kwijt te raken. De twee volgende hoofdstukken, telkens meer dan honderd pagina's dichtbedrukte tekst, beschrijven de bovengenoemde basisingrediënten van de vermaatschappelijking van de ggz: herstel en kwartiermaken. Daarbij vormen praktijkvoorbeelden en ervaringen van de auteur opnieuw het uitgangspunt, maar wordt ook geput uit een gedegen kennis van relevante wetenschappelijke literatuur. Zo neemt de definitie van herstel de moderne, dynamische opvatting van 'positieve gezondheid' van de Nederlandse hoogleraar Machteld Huber (2014) als uitgangspunt: het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven. Die definitie houdt in dat gezondheid niet incompatibel is met ziekte, en verlaat het eng-medische model dat vaak nog meer dan we denken aanwezig is bij hulpverleners in de ggz. Dat brengt de auteur bij de 'presentie'-benadering van Baart (2004) en de 'Open Dialogue'-methode van Seikkula (Seikkula et al., 2006), die hier eens niet op een simplificerende, sloganeske manier worden beschreven. Herstel wordt mijns inziens terecht geassocieerd met burgerschap en een mensenrechtenbenadering. Waar sommigen dat radicaal doorvoeren en daardoor in conflict komen met de hulpverleners, hanteert



Dierinck die begrippen steeds op een verbindende toon. Een uitweiding over de 'geschiedenis van de manier waarop men naar psychische kwetsbaarheid kijkt', met verplichte verwijzing naar Foucault, vond ik te lang, maar eindigt in de genuanceerde beschrijving van het gedachtegoed van Franco Basaglia (1980) en een pleidooi voor het durven doorbreken van de bestaande systemen. Het belang van het patiëntperspectief én het familieperspectief, die vaak ten onrechte als strijdig met elkaar worden opgevoerd, komt uitgebreid aan bod. De rol die (familie-) ervaringsdeskundigen daarbij kunnen spelen, wordt beschreven. Het inschakelen daarvan in de ggz is in Nederland verder gevorderd dan in Vlaanderen, maar de eerste, onomkeerbare stappen zijn ook hier gezet: in verschillende psychiatrische centra zijn ervaringsdeskundigen (betaald) aan het werk. Dierinck illustreert dat in het boek door in vignettes en verwijzingen steeds uitdrukkelijk het patiëntperspectief naar voren te halen. Dat is erg herkenbaar wanneer hij over de organisatorische aspecten van de zorg in de omgang met tijd en ruimte spreekt: de organisatie van een 'observatiegroep' waarin weinig of niets gebeurt met patiënten, de 'aquariums' waarin verpleegkundigen zich terugtrekken om patiënten te observeren in de kunstmatige omgeving van een psychiatrische afdeling. Dat laatste voorbeeld ligt me overigens nauw aan het hart. Toen ik in het laatste jaar van mijn klinische werk daarover – voorzichtig – vragen stelde, was ik verbaasd over de heftige reacties van collega's en verpleegkundigen die de kwestie als 'hoogstens symbolisch' afdeden. Met als gevolg dat in een Vlaams universitair psychiatrisch centrum hulpverleners nog steeds achter een glazen wand zitten waarin gaatjes zijn geboord zodat je erdoor kan 'communiceren', terwijl dergelijke 'vis-kommen' elders in de maatschappij vanwege 'klant-onvriendelijk' verdwenen zijn. Ook veiligheid en het omgaan met risico zijn daarbij belangrijke aspecten. Dierinck toont hoe 'veiligheidsdenken gecombineerd met bezorgheidsdenken' aanleiding geeft tot vaak zinloze restrictieve regels die de kans op herstel verminderen en hoop wegnemen. Het begrip 'hoop' vormt terecht de apotheose van het hoofdstuk over herstel. En het is uiteraard geen toeval dat het in de titel van dit boek zo prominent aanwezig is. Ik herinner me nog levendig hoe ik zelf, meer dan twintig jaar geleden, getroffen werd door de Amerikaanse sociologe Leona Bachrach (1995), die het belang

van zoiets 'onvatbaars' als hoop beschreef als een essentieel aspect van de rehabilitatiebenadering. Dierinck illustreert dat met een verwijzing naar de 'housing first'-benadering, een ondertussen goed onderzochte benadering die dakloze mensen eerst 'onvoorwaardelijk' een dak boven het hoofd biedt. Het volgende hoofdstuk gaat over kwartiermaken: het aanpakken van de uitsluiting van mensen met een beperking. Die van oorsprong militaire term verwijst in deze context naar inspanningen om de maatschappij gastvrijer en veiliger te maken voor wie uitgesloten wordt. Het is een begrip dat raakt aan stigmatisering en aan (de-)institutionalisering. Dierinck betoogt overtuigend hoe belangrijk de uitbouw van alternatieven voor psychiatrische instellingen daarbij is. Maar ook dat het mogelijk is voorzieningen en steun te installeren buiten de instellingen. Dat is belangrijk wanneer tegenstanders van de vermaatschappelijking van de ggz – zoals een artsensyndicaat in Vlaanderen – waarschuwen voor verwaarlozing en chaos bij de afbouw van psychiatrische bedden, in een land dat nota bene Europees recordhouder is van het aantal psychiatrische bedden per aantal inwoners. Dierinck neemt de radicale Italiaanse hervorming van Basaglia als uitgangspunt en breekt daarna een lans voor een geleidelijke afbouw van psychiatrische bedden met een verschuiving van financiën naar gemeenschapsalternatieven, zoals dat in Vlaanderen gebeurt. Daarnaast wijst hij erop dat die veranderingen ook een verschuiving van een eng-medisch model naar een bredere visie op gezondheid (zie supra) moet inhouden en aansluiting moet vinden bij een mensenrechtenbenadering, die dwang en restrictieve maatregelen wil uitbannen. De auteur vindt uitdrukkelijk inspiratie bij het werk van Doortje Kal (2001) wanneer hij basiselementen en methoden van kwartiermaken beschrijft. Hij is niet blind voor de gevaren, bijvoorbeeld van een 'trekjeplan-mentaliteit', die de vermaatschappelijking lippendienst bewijst vanuit economische besparingsmotieven. Dat de weg naar kwartiermaken en vermaatschappelijking niet uitsluitend over rozen gaat, illustreert de auteur door wat hij 'een dramatische wending' noemt in zijn persoonlijke traject naar vermaatschappelijking op zijn werkplek. Wanneer een ex-patiënt twee buurtbewoners doodschiet, zou dat het einde van die ontwikkeling hebben kunnen betekenen. De beschrijving van hoe op een door-dachte, voorzichtige en verbindende manier met die



calamiteit/crisis werd omgegaan, vind ik een van de meest ontroerende en leerrijke passages in dit boek. In een kort slothoofdstuk bespreekt Dierinck hoe de psychiatrie als zorgorganisatie het ingrijpende proces van vermaatschappelijking kan doormaken. Hoe de in psychiatrische instellingen opgebouwde expertise ten dienste kan worden gesteld van begeleiding in de maatschappij, aan huis. Hij wijst op het belang van het loskoppelen van bed en begeleiding/behandeling, op de noodzaak van kleinschaligheid, op de onontbeerlijke samenwerking met de eerste lijn, de wereld van werk en wonen, vanuit een bescheiden en dienstbare houding. Een houding die haaks staat op de nadruk op de noodzaak aan 'indikking' – meer hulpverleners rond minder bedden, maar nog steeds rond bedden – die nu opgang maakt en de hervormingsbeweging naar vermaatschappelijking die in Vlaanderen is ingezet, dreigt te verstikken. Hij eindigt met een pleidooi om die visie ook in de op- leiding van hulpverleners te integreren en ze via de nieuwe sociale media verder te verspreiden. Wie hem op Facebook volgt, merkt dat zijn poëtische, soms breekbare en heel persoonlijke verhalen ook in de 'snelle' sociale media werken.

### Een geslaagd pleidooi?

Dit is een bezielend pleidooi, geschreven door een auteur met een gedegen kennis van het relevante wetenschappelijk onderzoek en met een brede filosofische en historische achtergrond. Het vermijdt jargon en reflecteert kritisch over het gebruik van terminologie. Dat is de kracht van dit boek, dat ook uitnodigt tot verdere studie en reflectie. Maar het is misschien ook de achilleshiel ervan: het is een 'traag' boek dat tijd voor reflectie en inspanning vraagt en tegelijkertijd een beroep doet op actiebereidheid, de wil om de eigen praktijk ingrijpend in vraag te stellen en te veranderen. Wie zich door dit boek laat raken, kan zich niet meer neerleggen bij het behoud van het status quo in de ggz in Vlaanderen.

### Literatuur

- Baart, A. (2004). *Een theorie van de presentie*. Amsterdam: Boom.
- Bachrach, L. (1995). Psychosociale rehabilitatie en psychiatrische begeleiding in de zorg voor chronische patiënten. In G. Pieters & J. Peuskens (Red.), *Rehabilitatie*

van de chronische psychiatrische patiënt (pp. 35-50). Leuven/Apeldoorn: Garant.

Basaglia F. (1980). Problems of law and psychiatry: The Italian experience. *International Journal of Law and Psychiatry*, 3, 17-37.

Huber, M. (2014). *Towards a new, dynamic concept of health: Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food* (Proefschrift, Universiteit Maastricht). Geraadpleegd via [http://www.nvag.nl/afbeeldingen/2014/Thesis %20Machteld %20Huber.pdf](http://www.nvag.nl/afbeeldingen/2014/Thesis%20Machteld%20Huber.pdf)

Kal, D. (2001). *Kwartiermaken. Werken aan ruimte voor mensen met een psychiatrische achtergrond*. Amsterdam: Boom.

Pieters, G., Ruud, T., Van Weeghel, J., Bähler, M., Murphy, B., Shields-Zeeman, L., & Keet, R. (2017). Recovery for all in the community: Learning from each other. *Consensus paper on fundamental principles and key elements of community based mental health care*. Geraadpleegd via <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/5bdc3fde-00c3-4383-978f-1dcb94f4d858.pdf>

Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Haarakangas, K., Keränen, J., & Lehtinen, K. (2006). Five years experiences of first-episode non-affective psychosis in Open Dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes and two case analyses. *Psychotherapy Research*, 16, 214-228. doi:10.1080/10503300500268490

### Personalia

Guido Pieters is emeritus professor aan de KU Leuven. Hij werkte als psychiater in het Universitair Psychiatrisch Centrum van de KU Leuven en was van 2014 tot 2016 als expert verbonden aan de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

E-mail: [guido.pieters@kuleuven.be](mailto:guido.pieters@kuleuven.be)