

Vakmanschap voorbij de maakbaarheid

Naar een andere kijk op helpen in de ggz

Inleiding

‘Een meewerkend netwerk is effectiever dan een briljante hulpverlener’, zo stellen Pieter Hilhorst en Jos van der Lans (2016) in een bijdrage in het Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken¹. Professionals blijken makkelijker in de stand van hulpverlener en probleemoplosser te schieten dan in de rol van netwerkorganisator. Als er iets moet gebeuren, dan wordt er geen netwerkanalyse gemaakt, maar wordt er gehandeld. Het inschakelen van het sociale netwerk blijft zo een papieren voornemen. In een interview legt Lilian Linders uit dat de nieuwe rol indruist tegen het motief waarom hulpverleners voor hun vak kiezen: willen helpen. Linders noemt het zelfs een identiteitscrisis². Ondanks de belangstelling voor familiebeleid, voor triadisch werken (Petry, 2011), voor de familie als bondgenoot (Klaassen, 2014), voor Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) (Nordén et al., 2012), blijkt het ook in de ggz moeilijk om oog te krijgen voor de sociale hulpbronnen van cliënten, laat staan ze te benutten. In eerdere publicaties, onder andere in Sociale Psychiatrie (Schout, Schilperoort & Visscher, 2012; Schout et al, 2016), verklaarden we deze terughoudendheid door te wijzen op bureaucratisering, juridisering en risicomijding samenhangend met privacywetgeving waardoor het betrekken van anderen bij de hulpverlening bemoeilijkt werd; op de marktwerking die een hinderpaal vormt om informele hulp in te schakelen (Schout & De Jong, 2013); op de medicalisering die gepaard ging met de DBC-financiering waardoor de hulpverlening zich ging concentreren op “ik-en-deze-cliënt”.

De verklaringen die ik samen met anderen maakte, schieten echter tekort en behoeven aanvulling. De verklaringen blijven nog teveel aan de oppervlakte en miskennen dat helpen verbonden is geraakt met verhelpen. Hoe kan de identiteitscrisis worden begrepen die zich laat zien in de terughoudendheid van hulpverleners in de ggz om sociale hulpbronnen te benutten? En, hoe kan het anders? Doel van het artikel is om de belemmeringen en achtergronden ervan te begrijpen en op grond daarvan suggesties te doen. In de eerste twee paragrafen wordt geïdentificeerd en geanalyseerd teneinde te begrijpen wat er aan de hand is, in de twee laatste paragrafen wordt gezocht naar een uitweg, weg van de zelfoverschatting, weg van de heldenrol die verbonden is met verhelpen.

Gert Schout werkt als principal investigator bij de afdeling Metamedica van het VUmc in Amsterdam.

Hij is van huis uit sociaal psychiatisch verpleegkundige en promoveerde in 2007 op een proefschrift over de wisselwerking tussen zorgvermijding en zorgverlamming. Tussen 2008 en 2012 was hij lector openbare geestelijke gezondheidszorg (oggz) bij de Hanzehogeschool in Groningen. Hij deed onderzoek naar Eigen Kracht conferenties in de oggz en later naar de inzet van deze conferenties bij het voorkomen van dwang in de (jeugd)ggz. Sociale veerkracht, dwangpreventie, zelforganisatie en de inbedding van normatieve professionals in normatieve praktijken, zijn onderwerpen in zijn onderzoek.

Correspondentie: g.schout@vumc.nl

Maakbaarheid

In zijn boek 'Een nieuwe wereld' laat Auke van der Woud (2006) zien hoe ingrijpend de Westerse wereld veranderde in de tweede helft van de 19^e eeuw. Stoomschepen maakten veraf gelegen continenten ineens bereikbaar, spoorlijnen legden het land open, nieuwe communicatiemiddelen zoals de telegraaf en de telefoon overbrugden tijd en ruimte op een manier die voordien ondenkbaar was; het trage tempo van traditie en routine maakte plaats voor mobiliteit en vooruitgang. Op alle terreinen kwamen systemen tevoorschijn; sterrenstelsels, maar ook planten, dieren en ons eigen lichaam bleken een stelsel van ledematen, spieren en organen. 'De wetenschap ontdekte dat de materiele werkelijkheid logisch en wetmatig in elkaar zat; elke grote wetenschappelijke ontdekking bevestigde de idee dat de werkelijkheid een systematische orde had. In de 19^e eeuw werd het systematische 'normaal'. Het ordeloze week van de norm af en werd abnormaal (p. 12).' De ontdekking dat de werkelijkheid een ordelijke, systematische structuur had en luisterde naar zogenaamde natuurwetten leidde tot een grenzeloos optimisme; de toekomst hoefde niet meer afgewacht maar kon gemaakt worden. De ontdekkingen van Buys Ballot maakten dat zelfs het weer voorspelbaar werd. In 1859 liet Darwin bovendien zien dat de planten en dieren zich ontwikkelden; wat zich goed kan aanpassen of wat goed functioneert overleeft, het onaangepaste verdwijnt. Dit voedde het idee dat onaangepasten, mensen die afwijken van normaal, via beschavingsoffensieven ordelijk moesten leren leven. Beschavingsidealen leidden tot

plannen om armoede te bestrijden en zogenaamde 'onaangepasten' te verheffen. Engineren en social engineren kwamen zo in elkaars verlengde te liggen. Van der Woud beschrijft op indringende wijze hoe het christelijke idee van de mens als 'heer der aarde' een vliegwiel kreeg met het door wetenschap gedreven vermogen om dit heersen ook waar te maken. Het bedwingen van de natuur, de zucht naar het systematische en het ordelijke, heeft Nederland in het bijzonder gevormd. Het terugwinnen van land op de zee, het droogleggen van polders, het bouwen van bruggen; zonder dijken zou meer dan de helft van het land worden overspoeld. Maakbaarheid zit ons met andere woorden in het DNA. Het vermogen om problemen in de fysieke omgeving naar onze hand te zetten ging gepaard met ambities om allerlei maatschappelijke problemen eveneens aan te pakken. In de 19^e eeuw werden 'onaangepasten' ter verheffing in aparte woonscholen, gestichten en koloniën opgenomen waar ze moesten leren om met geld om te gaan, hun kinderen op te voeden en hygiënisch te leven (Vendrik, 2011; Jansen, 2008; Van der Woud, 2010). Het abjecte van het abnormale verdween uit het zicht naar de bossen en het veen, maar de verheffingsexperimenten zelf leidden vaak tot de reproductie van afhankelijkheid. In veel scherpere bewoordingen dan Van der Woud laat Scott (1989) in zijn boek 'Seeing like a state' zien waar het hoog modernisme van na de tweede helft van de 19^e eeuw met zijn geloof in wetenschap en technische vooruitgang toe geleid heeft; de utopische experimenten die met de beste bedoelingen waren begonnen leidden tot culturele gelijkschakeling, standaardisatie, controle en de reproductie van afhankelijkheid.

Maakbaarheid in de ggz

Het algemene maakbaarheidsoptimisme dat zich vanaf de tweede helft van de 19^e eeuw ontwikkelde heeft de ggz en zeker de Nederlandse, sterk beïnvloed. De psychiaters Emil Kraepelin en Eugen Bleuer beschreven in diezelfde tweede helft van de 19^e eeuw etiologie, symptomatologie en beloop van allerlei ziektecategorieën (Hoenig, 1983). Het ordeloze, het ontoelaatbare en het abnormale werd het terrein van dokters. Patiënten ondergingen allerlei therapieën die achteraf gezien worden als inhumaan, ondoelmatig of schadelijk: van wisselbaden, insulinekuren, slaapdeprivatie, lobotomie tot elektroshocktherapie. De komst van Freud's inzichten en vooral de komst van het neurolepticum chloorpromazine (largactil) in 1953 voedden het maakbaarheidsoptimisme. Dit optimisme werd verder aangewakkerd door de mogelijkheden die de neurobiologie leek te hebben om het brein te helen. Of, in de woorden van Damiaan Denys (2010) 'met de macht over dit hersenorgaan krijgt de psychiatrie een aura van systematiek, methodiek, rationaliteit, beheersbaar- en controleerbaarheid.' Dit aura schept echter verwachtingen; hele volksstammen wenden zich tot de hulpverlening met psychische klachten; 43% van de bevolking heeft inmiddels voor kortere of langere tijd een psychische aandoening gehad³. Was er in de jaren tachtig en daarvoor nog belangstelling voor het werk van Querido en Trimbos en de relatie die zij zagen tussen psychische problemen en maatschappelijke problemen als armoede en werkeloosheid, in het midden van de jaren negentig en daarna groeit de belangstelling voor de klinische psychiatrie. De 'mythe van de klinische psychiatrie' is dan al eerder ontmaskerd door Gersons (1994) als hij stelt dat de

klinische psychiatrie een begrijpelijke reactie is op de enorme complexiteit van de psychiatrie, een begrijpelijke maar tegelijkertijd wanhopige poging om overzicht te houden 'door vensters naar buiten kleiner te maken of soms te blinderen.' Hij schetst de kliniek en de polikliniek als 'een in de werkelijkheid geschapen domein' [...] 'waar de psychiater overzicht heeft, zijn diagnostiek kan voltrekken en waarbinnen behandeling zichtbaar kan plaatsvinden. En het is ook de plaats waar de patiënt zich kan vervoegen (p. 5).' Deze versmalling van de psychiatrie tot klinische psychiatrie promoveert de psychiatrie van *asylum* tot reparatiewerkplaats, maar bemoeilijkt tegelijkertijd de beddenreductie die overal in Europa slaagt, behalve in België en Nederland. De hang naar maakbaarheid in de ggz duurt ook nu nog voort maar heeft onlangs een boost gekregen sinds de invoering van de nieuwe regels voor het hoofdbehandelaarschap.

Naar aanleiding van onjuiste declaraties en onduidelijke regels over de inzet van hoofdbehandelaars heeft minister Schippers van VWS negen beroepen aangewezen die als hoofdbehandelaar in de ggz mogen fungeren. Verzekeraars krijgen de vrijheid om in hun inkoopvoorwaarden smallere varianten te kiezen dan de bandbreedte die de minister toestaat (Schippers, 2013a, 2013b). De meeste verzekeraars hanteren een bandbreedte van drie tot vier beroepen, met in ieder geval de psychiater en klinisch psycholoog. Verschillende tweedelijns ggz instellingen hebben onvoldoende van deze beide beroepen in huis en werven deze beroepen om te voldoen aan de eisen van de IGZ en de verzekeraars. In de afgelopen 25 jaar is het aantal psychiaters in Nederland verdubbeld (Zwart, 2014) en er wordt een

stijging verwacht van de vraag naar gz-psychologen en klinisch psychologen. Een daling wordt verwacht bij de inzet van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen omdat die geen hoofdbehandelaar meer zijn. De inzet van agogen en vak therapeuten zal naar verwachting eveneens dalen (GGZ Nederland, 2015). De beroepsgroepen die zich met behandelen bezighouden en zich bovendien hoofdbehandelaar mogen noemen, groeien; de beroepsgroepen die zich bezig houden met functioneren (hoe krijg ik mijn leven weer op poten) dalen in de hiërarchie en moeten krimp tegemoet zien. Het kan haast niet anders dan dat de focus nog meer verschuift van het maatschappelijk functioneren van individuen en gemeenschappen naar medicalisering en individualisering van problemen. Joost Walraven⁴ wijst erop dat het aantal specialisten volstrekt niet toereikend is om aan de eisen [van IGZ en verzekeraars, red.] te voldoen. Hij wijst bovendien op het risico dat specialisten door alle coördinerende taken rond het hoofdbehandelaarschap hun bekwaamheid als behandelaar verliezen. Voor andere disciplines dreigt demoralisatie, als ze niet langer verantwoordelijkheid mogen dragen voor behandelbeleid.

De ggz was al in de ban van de maakbaarheid (klinische psychiatrie); zonder dat ze het misschien zelf zo graag gewild heeft, heeft ze nog meer het profiel aangenomen van een behandelbedrijf van individuele diagnose-behandelcombinaties. De ggz heeft sinds 2013 een verdere accentverschuiving van helpen naar verhelpen doorgemaakt; dat mensen zichzelf en elkaar gaan helpen raakt daarmee nog verder buiten beeld.

Indirecte maakbaarheid: het vergroten van de kring

Delespaul e.a. (2016) wijzen in navolging van vele anderen op de uitwassen van medicalisering en het gevaar 'dat DSM-diagnoses met behandelrichtlijnen mensen conditioneren tot onmachtig afwachten of nieuwe technische behandelingen wellicht genezing zullen brengen' (p. 8). Mensen willen graag geloven dat iets maakbaar c.q. behandelbaar is en kunnen moeilijk verdragen dat ze ergens geen controle over hebben, maar onbedoeld versterken de maakbaarheidspraktijken allerlei vormen van aangeleerde hulpeloosheid. Verhelpen creëert een context van afhankelijkheid als eigenaren van problemen niet ook de eigenaren van oplossing worden. Er is echter een andere manier om over maakbaarheid na te denken.

Erik Gerritsen (2011) maakt een onderscheid tussen een functionalistisch paradigma dat uitgaat van directe maakbaarheid en een sociaal-interpretatief paradigma dat uitgaat van indirecte maakbaarheid via het stimuleren van leerprocessen en zelforganisatie (p. 243). Het idee dat een deskundige een oplossing komt brengen staat niet op de voorgrond maar het bijeenroepen van alle betrokkenen die ideeën kunnen aandragen om uit de moeilijkheden te komen. In plaats van problemen op te lossen wordt de groep gestimuleerd en gesteund in het vinden van oplossingen. Gerritsen laat zien dat het stimuleren van leerprocessen en het bijeenroepen van betrokkenen rond een probleem tegemoet komt aan de complexiteit van hedendaagse vraagstukken.

Ook de problemen van ggz cliënten zijn complex, zeker in de Specialistische Geestelijke Gezondheid Zorg (SGGZ) en al

helemaal bij de groep cliënten die bekend staan als EPA-patiënten (Ernstig Psychiatrische Aandoeningen). Los nog van de complexiteit van de psychiatrische symptomatologie zelf hebben veel cliënten nog andere problemen, zoals verslavingen, sociaal isolement, gebrek aan zingeving en dag invulling, schulden en woonproblemen. Problemen die tezamen een complex karakter hebben. De gedachte achter vormen van indirecte maakbaarheid is dat de denkkraft van zowel de groep als ook de deskundigheid van hulpverleners gebruikt worden voor een plan dat de groep maakt. Voorbeelden hiervan zijn Restorative Circles⁵, Vereende Kracht-conferenties⁶, (familie)netwerkberaden, voorbeelden waar het steeds gaat om werkvormen waar professionals hun monopolie op de beste oplossingen laten varen (Hilhorst & Van der Lans, 2016).

Voor al deze werkvormen geldt dat anderen betrekken bij de problematiek nieuwe ideeën en oplossingen kan genereren waar de hulpverlening soms niet aan heeft gedacht. Het gaat met andere woorden om het tegengaan van blinde vlekken, het zoeken naar bredere oplossingen, het vinden van oplossingen die gedragen worden door de mensen om wie het gaat. Deze werkvormen doen bovendien recht aan de realiteit dat hulpverleners altijd passanten zijn die zonder de hulp van mensen uit de omgeving veel moeilijker iets duurzaam op gang kunnen brengen dan met een één-op-één-betrekking mogelijk is (Hilhorst & Van der Lans, 2016).

Anderen serieus nemen is verwachten dat anderen samen met hun kring zelf oplossingen kunnen vinden en dat de expertise die de ggz wel degelijk heeft wordt gebruikt om de planvorming te voeden.

Voortbouwend op zijn ideeën over indirecte maakbaarheid komt Gerritsen (2013a; 2013b) met een profilering van de professional die dit paradigma praktiseert, de zogenaamde 'egolozе hulpverlener'. Hij typeert deze professional als iemand die anderen bevestigt, stimuleert, activeert, iemand die aanmoedigt en geniet van de resultaten die de groep bereikt. Professionals die zich zo opstellen zoeken geen applaus voor hun interventies, leggen ook geen relatie tussen hun interventie en het behaalde resultaat maar werken vanuit het besef dat complexe problemen alleen opgelost kunnen worden als er sprake is van eigenaarschap, dat de mensen zelf een plan maken dat hun eigen culturele stempel draagt. Dit type professional houdt afstand van de heldenrol (behandelaar van stoornissen) die de context van maakbaarheid hen aanreikt (Schout, 2015).

De herontdekking van verpleegkunde

Anders dan Kraepelin geloofde Bleuer niet dat er een duidelijke grens te trekken is tussen een gezonde en een zieke geest (Hoenig, 1983). Hedendaagse en Nederlandse vertegenwoordigers van die denkrichting zijn bij voorbeeld Sandra Escher & Marius Romme⁷ die in hun werk laten zien dat stemmen horen ook in de algemene bevolking voorkomt zonder dat er sprake is van ziekte. Poons et al (2011) volgen een vergelijkbare denklijn door psychiatrie te omschrijven als een kwantitatief probleem. Alle mensen zitten weleens in een 'dip' of voelen zich 'hyper'; alle mensen gaan dingen horen en zien die er niet zijn als ze een aantal nachten niet geslapen hebben; bij iedereen gaan de gedachten weleens op de loop. Weinig mensen zullen van zichzelf zeggen dat ze vrij zijn van impulsiviteit,

wispelturigheid, angst, achterdocht, verlegenheid of onzekerheid. Iedereen herkent de gevoelens van zekerheid die uitgaan van routines en de paniek die uitbreekt als ze wegvallen. Iedereen vecht tegen zijn verslavingen. Sommige mensen hebben deze ervaringen echter vaker, langduriger en heftiger; vandaar de typering van een *kwantitatief* probleem. Zo bezien is ieder mens, dus ook iedere hulpverlener, een ervaringsdeskundige. Anders gezegd, er zijn geen niet-ervaringsdeskundigen. Voor de redenering in dit artikel is dit een belangrijke constatering; het leren omgaan met iets dat alle mensen in meer of mindere mate hebben, komt ermee op de voorgrond te staan. Het belang van 'behandelen van stoornissen' verschuift naar 'het ondersteunen van functioneren'. Hoe krijg ik mijn leven weer op poten? Hoe kan ik weer meedoen?, deze vragen worden weer belangrijke vragen. Van oudsher was het vak verpleegkunde gericht op deze tak van sport⁸. In een recent proefschrift laat Gonda Stallinga (2015, p. 125) zien dat verpleegkundig specialisten geneigd zijn om zich te profileren op het gebied van ziekte (cure) en veel minder op het leren omgaan met de gevolgen ervan (care). De maakbaarheidspraktijken zijn met andere woorden ook verleidelijk voor verpleegkundigen terwijl hun oorspronkelijke profiel zoveel te bieden heeft voor de ggz, zeker in het licht van de gewenste ambulantisering.

Norman & Ryrie (2009) stellen dat de identiteit van de psychiatrische verpleegkunde is gevormd door een spanning tussen een 'artistieke' traditie waarin interpersoonlijke relaties een centrale rol spelen en een 'wetenschappelijke' traditie waarin de nadruk ligt op evidence-based interventies. In de laatste traditie leggen

verpleegkundigen zich toe op het overnemen van taken van artsen en psychologen om vervolgens de doeltreffendheid ervan te evalueren met strenge wetenschappelijke designs. Norman en Ryrie zien een relatie tussen het ideaal van 'individuele zorg' en de algemeen aanvaarde probleemoplossende benadering, bekend als het 'verpleegkundig proces'. De gerichtheid op stoornissen is in hun ogen echter onverenigbaar met een op herstelgerichte praktijk. Op het eerste gezicht ligt er een enorme positieve uitdaging voor verpleegkundigen en beroepsverenigingen om zich op te werpen als vakman op het gebied van functioneren. Zo doemt er een werkzame formule op: de verpleegkundige die enerzijds vakman is in leren leven met je makke' (omgaan met stemmen, somberheid, achterdocht etc) en die anderzijds een gemeenschap helpt om te gaan met elkaars makke en er zo mede aan bijdraagt dat mensen onderdeel blijven van de gemeenschap (egoloos hulpverleners). In een invloedrijke studie naar het werk van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (*community mental health nurses*) laten Crawford et al (2008) zien dat de honger naar prestige en erkenning zich moeilijk laat verenigen met het dienstbare werk dat zij doen (p. 1056). Is genieten van de resultaten die de groep boekt wel een wenkend perspectief? Daarover meer in de conclusie.

Conclusie

Waarom willen hulpverleners helpen? Wat is er zo moeilijk aan om mensen zichzelf en elkaar te laten helpen ondanks de aangeleerde hulpeloosheid en afhankelijkheid die ermee wordt wakker geroepen? En, kan het in de ggz ook anders? In dit artikel heb ik geprobeerd om

begrijpelijk te maken hoe helpen verbonden is geraakt met verhelpen, hoe 19^e-eeuwse maakbaarheidsidealen tot vandaag doorwerken in de Nederlandse ggz. Verhelpen is stoer en vooraanstaand en geeft kans op korte termijn resultaten, mensen zichzelf en elkaar laten helpen is dat op het eerste gezicht veel minder. In dat licht moet ik in dit artikel oppassen dat ik in deze afsluitende conclusie kom met ‘oplossing’ voor een complex en veelvormig probleem en zo zelf in de maakbaarheidsvalkuil stap. Het woord ‘oplossing’ zou ik daarvoor willen inwisselen voor uitdaging, een uitdaging die niet alleen een wenkend perspectief vormt voor hulpverleners maar zeker ook voor zorgverzekeraars en politici. Doelstellingen op het gebied van sociale veerkracht en kostenreductie komen ermee binnen handbereik⁹. De uitdaging ligt in het vakmanschap van het egoloze hulpverleners en de werkvormen die voortvloeien uit het paradigma van indirecte maakbaarheid. Veel hulpverleners zijn zelf in de hulpverlening gegaan omdat (ver)helpen erkenning oplevert: dat jouw behandeling tot genezing leidt, dat je nodig bent, dat je belangrijk bent voor anderen. In dit nieuwe vakmanschap liggen echter nieuwe retourgiften en nieuwe mogelijkheden voor een professionele identiteiten. Als de groep onverwachte resultaten bereikt doordat jij ze bij elkaar geroepen hebt, jij ze gevoed hebt met kennis over psychische kwetsbaarheid / weerbaarheid, jij ze bemoedigd en aangemoedigd hebt, dan geniet je mee van het resultaat. De nieuwe vakman is beducht voor de afhankelijkheidsmachinerieën die verbonden zijn aan de maakbaarheidspraktijken en gaat ervan uit dat eigenaren van problemen ook eigenaren van oplossingen zijn. De nieuwe vakman leert de collegae dat bereikte resultaten bij

cliënten niet toegeschreven kunnen worden aan de eigen interventies of programma's, maar aan de kracht van de primaire groep. De nieuwe vakman kan leed verdragen; ze onderdrukt de neiging om op te lossen, om in te grijpen. Mocht het toch tot ingrijpen komen – wat soms in de ggz onvermijdelijk is – dan wordt zo snel mogelijk de kring erbij gehaald en als die er niet is wordt met behulp van *peer groups* een beschermjas gezocht. Deze nieuwe vaklui gaan ons met hun positief zichzelf waarmakende verwachtingen helpen om de 19e-eeuwse erfenissen van maakbaarheid achter ons te laten.

Bronnen

- Crawford, P., Brown, B., & Majomi, P. (2008). Professional identity in community mental health nursing: A thematic analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1055–1063.
- Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, F. & Van Os, J. (2016). *Goede GGZ!* Leusden: Diagnosis Uitgevers
- Denys, D. (2010) De psychiatrie is in crisis omdat de mens het onmogelijke verlangt. *De Volkskrant*, 17 april
- Gersons B.P.R. (1994). Onze moeite met sociale psychiatrie': een weerbarstige praktijk en haar wetenschappelijk fundament. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 36, 11, 35-45.
- Gerritsen, E. (2011). De slimme gemeente nader beschouwd. Hoe de lokale overheid kan bijdragen aan het oplossen van ongetemde problemen. Amsterdam: Amsterdam University Press
- Gerritsen, E. (2013a). Het geloof in de Eigen Kracht-conferentie is terecht. Zie: <http://www.socialevraagstukken.nl/site/2013/03/29/het-geloof-in-de-eigen-kracht-conferentie/>
- Gerritsen, E. (2013b). De Wonderen zijn de wereld nog niet uit. Zie: <http://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/opinie>

/columns/de-wonderen-zijn-de-wereld-nog-niet-uit.8974453

GGZ Nederland (2015). Trends op de arbeidsmarkt in de ggz. Zie:

<http://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/Trends%20op%20de%20arbeidsmarkt%20in%20de%20ggz.pdf>

Hoening, J. (1983) The concept of Schizophrenia. Kraepelin-Bleuler-Schneider. *The British Journal of Psychiatry*, 142 (6) 547-556; DOI: 10.1192/bjp.142.6.547

Jansen, S. (2008). *Het pauperparadijs*. Een familiegeschiedenis. Amsterdam: Balans.

Klaassen, H.W. (2014). *Bondgenoten*. Hoe familieleden en hulpverleners in de psychiatrie kunnen samenwerken. Amsterdam: Boom

Norman, I. & Ryrie, I., (2009). The art and science of mental health nursing: Reconciliation of two traditions in the cause of public health. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1537-1540

Nordén, T., Malm, U. & Norlander, T. (2012). Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) as a tool of empowerment for clients with severe mental illness: A meta-analysis. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 8, 144-151

Petry, D. (2011). *Uitbehandeld, maar niet opgegeven*. Het persoonlijk verhaal van een psychiater over zijn patiënten. Amsterdam: Ambo

Poons, m., Voerman, M. & Tielens, J. (2011). Motiverende gespreksvoering bij mensen met een psychose. *Sociale Psychiatrie*, 49-55

Schippers, E. (2013a) Stand van zaken brief *Europsyche*. Den Haag: Ministerie van VWS, 20 maart 2013

Schippers, E, (2013b) *Kamerbrief*. Den Haag: Ministerie van VWS, 2 juli 2013

Schout, G., De Jong, G., Van Dijk, M., Meijer, E. & Landeweer, E. (2016) The use of family group conferences in mental health: Barriers for implementation: Barriers for Family Group Conferences in psychiatry. *Journal of Social Work* 0(0) 1-19. DOI: 10.1177/1468017316637227

Schout, G. (2015). Ego-loos hulpverleners en de Jeugdgezondheidszorg. Een verkenning van mogelijkheden *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*. Volume 24, Issue 2. 47-62.

Schout, G. & De Jong, G. (2013). Public mental health care: Towards a superfluous safety net. *Journal of Social Intervention*, 3, 50-64

Schout, G., Schilperoort, R. & Visscher, J. (2012) *Welzijn Nieuwe Stijl en de ggz: kantelingen naar eigen kracht*. *Sociale Psychiatrie*, 85-90

Scott, J.C. (1989). *Seeing Like a State: How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed*. New Haven: Yale University Press

Stallinga, H. A. (2015). *Human functioning in health care*. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health. Enschede: Gildeprint

Vendrik, F.E.J. (2011) *Het panopticum voor ontoelaatbare*. Haagse controlewoningen, 1923-1963. Utrecht. Master Thesis University of Utrecht.

Woud, Van der A. (2006). *Een Nieuwe Wereld*. Het ontstaan van het moderne Nederland. Amsterdam: Bert Bakker.

Woud, Van der A. (2010). *Koninkrijk vol sloppen*. Achterbuurten en vuil in de negentiende eeuw. Amsterdam: Bert Bakker.

Zwart, D. (2014). *Anders in plaats van meer, verbinden in plaats van binden*. Schaarste op de arbeidsmarkt in de specialistische GGZ, en dan? Thesis MBA Health: Erasmus Universiteit Rotterdam

Noten & sites

¹ Hilhorst, P. & Van der Lans, J. (2016). Zie: <http://www.socialevraagstukken.nl/25-de-vraagverlegenheid-voorbij/>

² <https://www.zorgwelzijn.nl/home/nieuws/2016/7/helpen-is-niet-meer-het-goede-motief-voor-sociaal-werk/>

³ Zie de NEMESIS cijfers: <http://www.nemesis.gfk.nl/resultaten/>

⁴ Zie het stukje dat Joost Waalraven schreef: <http://walpsy.blogspot.nl/2013/11/noodkreet-van-evidence-based-naar.html>

⁵ Zie bijvoorbeeld: <http://jjie.org/circles/92495/>

⁶ Op 26 augustus 2016 hebben vertegenwoordigers van de cliëntenbeweging, de Eigen Kracht-centrale en anderen in de Amerhof-bijeenkomst besloten om deze term te gaan gebruiken die ontleend is aan: Crum, H., Klaassen, H.W. & Schout, G. (2013). *Met vereende kracht*. Jaarboek Psychiatrische

rehabilitatie. Jaarboek 2013-2014, p124 - 134.
De term "eigen kracht" suggereert ten onrechte dat de professionele kracht er minder toe doet; het gaat juist om het bundelen van krachten uit leef- en systeemwereld.

⁷ Zie: <http://www.levenmetstemmen.nl/index.php/nl/>

⁸ Zie: <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/> Zie ook: Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: development and progress*. Lippincott Williams & Wilkins

⁹ Ik baseer deze uitspraak op de uitkomsten van de berekeningen van honderd onderzochte eigen kracht-conferenties die een geschatte besparing lieten zien van ongeveer 3 miljoen euro. Na aftrek van de werkelijke uitgaven in het eerste jaar na de conferentie (ongeveer 900 duizend euro) en de kosten van de conferenties zelf (400 duizend euro) bleef er een netto besparing van ongeveer 1,7 miljoen euro over. Per conferentie is dat dus een bedrag van 17 duizend euro, en dat is in lijn met de 40 duizend euro besparing die de Universiteit Delft eerder heeft gevonden bij de inzet van Eigen Kracht-conferenties bij multiprobleem-gezinnen. Zie: Jagtenberg, R., Hulst, B. van & Roo, A. van (2011).

Maatschappelijke opbrengsten van Eigen Kracht-conferenties in het kader van geïndiceerde jeugdzorg trajecten met een toespitsing op multi-probleem gezinnen. Delft: IPSE-studies Instituut voor Publieke Sector Efficiëntie Studies Technische Universiteit Delft/Mediation International. Zie ook: Schuurman, M. & Mulder, C. (2011). *Eigen Kracht-conferenties bij gezinnen in de regio Amsterdam. Wat levert het op?* Nieuwegein/Ermelo: Kalliope Consult/Antropol. Zie tot slot: Schuurman, M.I.M. (2011). *Opbrengsten en effecten van Eigen Kracht-conferenties. Jeugdbeleid, december 2011.*

Dankwoord

Ronald Schilperoort, coördinator OGGz bij Kwartier Zorg & Welzijn Hoogezand-Sappemeer, wordt bedankt voor zijn commentaar op een eerdere versie van dit artikel.