

*In de negentiger jaren van de vorige eeuw maakte de psychiatrie een hele evolutie door. Langdurig psychisch zieke mensen leefden nu in een tweepersoonskamer i.p.v. in een zaal, maar aan de kern van zorg was er nauwelijks iets veranderd. Die bleef eerder goedbedoelend paternalistisch. Dat vroeg om verandering – de psychisch zieke is een burger, wiens capaciteiten belangrijker zijn dan zijn beperkingen – en die kwam er onder vorm van de rehabilitatiebeweging, die ook in Vlaanderen een frisse wind heeft gebracht. Geoff Shepherd stond in Engeland mee aan de wieg van deze beweging. Nu, zoveel jaren later vindt hij het tijd voor een volgende ontwikkeling: de stap naar herstel.*

# Van eerherstel naar herstel

Geoff Shepherd over het nieuwe paradigma

## ■ Waarom evolueren we van rehabilitatie naar herstel?

Dat is een goede vraag.

In het Engels betekent recovery "beter worden", bv. na een verkoudheid of een infectie. In psychiatrie betekent het herstellen van de symptomen en zelfs symptoomvrij zijn. We weten nu meer over de symptomatologie van ernstige ziekten zoals schizofrenie dan 10-15 jaar geleden, nl. dat er heel wat klinisch herstel voorkomt. Dat klinische herstel wordt sterk beïnvloed door sociale factoren. Zo is schizofrenie niet langer een ziekte die gedoemd is tot een slechte afloop.

Herstel wijst naar de strijd die mensen met psychische problemen voeren om een leven te lijden dat hen voldoet. Het is de strijd voor een gewoon leven, een sociaal leven, zoals elk andere mens heeft, zo onafhankelijk als mogelijk, werk hebben, vrienden, nauwe relaties, ... Kortom een leven als een burger, een gewone burger in de samenleving. Waarin men misschien werkloos is, of gescheiden of verliefd.

Het woord herstel komt uit de onderzoeksliteratuur over mensen die beroep doen op geestelijke gezondheidsdiensten. Die mensen – gebruikers – zijn echt expert over hun leven met psychische problemen. Voor deze mensen is het geen zaak om per se van al hun symptomen verlost te geraken, maar om een leven te kunnen leven met hun symptomen. Trouwens, mensen met fysieke problemen willen precies hetzelfde.

Bij herstel staat de persoon in het centrum van het proces. Bij rehabilitatie is het eerder iets doen met iemand, terwijl bij herstel de professionals de persoon ondersteunen om zijn eigen doelen na te streven. Soms betekent dat de professional zich niet moet uitspreken of een gekozen optie realistisch is of niet. De uitdaging voor de hulpverlener ligt daarin om na te denken hoe hij de persoon kan helpen om zijn doel te bereiken. Centraal in deze aanpak is het begrip hoop. We staan 's morgens op omdat we hoop hebben voor wat de dag kan brengen. Hoop is de motor van ons leven. De kern van herstel, de kern van het nastreven van iemands eigen doelen, schuilt in het behouden en ondersteunen van iemands hoop.

## ■ Heeft hoop te maken met aanvaarding?

Ja en nee. Aanvaarding doet me denken aan "Ik hoop dat er ooit een dag komt dat ik min of meer onafhankelijk kan leven, zonder verpleegkundigen rond mij, zonder dat ik elke week naar de psychiater moet, of om de veertien dagen een spuit moet krijgen." En dan moet ik als hulpverlener zeggen "Ik vrees dat je zal moeten aanvaarden dat je altijd verpleegkundigen zal nodig hebben, en een inspuiting. Je moet dat aanvaarden!"

In de klassieke rehabilitatie-opvatting waarin ik me verdiept heb bij Douglas Bennet was aanvaarding een sleutelbegrip. De vraag was: hoe kunnen we deze persoon helpen, wetende dat zijn toestand nooit zal verbeteren omdat hij blijvende beperkingen heeft.

Bij herstel heeft de hulpverlener de verantwoordelijkheid om de persoon te steunen, bij wat hij wil bereiken, zelfs als het er naar uitziet dat zijn psychische problemen niet zullen veranderen. We moeten meegaan met de hoop die de persoon heeft om dingen te veranderen, en niet denken dat dat niet mogelijk zal zijn.

Het is duidelijk dat deze mensen bepaalde zaken zullen moeten aanvaarden, maar bij herstel primeert de hoop. De aanvaarding zal er wel komen, ooit.

Weet je, ik mag van mezelf zeggen dat ik een expert ben op dit terrein want ik heb alle fouten gemaakt die er te maken zijn. En de grootste fout die ik bij herhaling heb gemaakt is dat ik mensen heb aangezet om hun beperking te aanvaarden, in plaats van hun hoop en wilskracht te ondersteunen.

## ■ De rol van de hulpverlener

Hulpverleners denken dat ze de juiste verwachtingen creëren, dat het hun taak is om mensen te helpen om hulp te ontvangen. Hulpverleners stellen zo grenzen.

Herstel echter gaat ervan uit dat niemand meer over het leven weet dan zichzelf. Zij hebben een expertise die belangrijk is in het herstelproces.

Een van de meest radicale ideeën die we nu ontwikkelen in het Sainsbury Centre is wat de implicaties zijn van deze her-

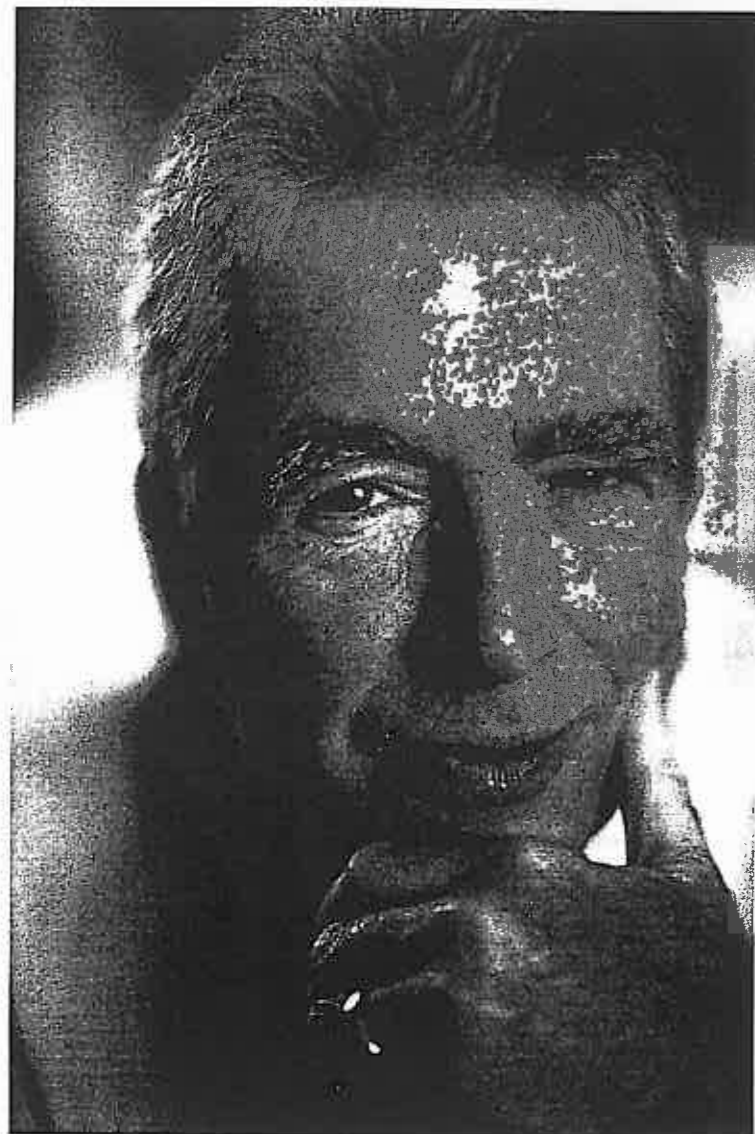


Foto: Kris Vandamme

stelvisie op de hulpverlening. Als je deze idee ernstig neemt, waarom zouden er dan in de hulpverlening niet een aantal werkers zijn die ervaringsdeskundig zijn. Om mensen alert te maken hebben we in onze nota *Implementing Recovery* gesteld dat de helft van de medewerkers mensen moeten zijn die ervaringen hebben met psychische problemen en de andere helft psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, ... De ervaring van deze laatsten is belangrijk, voor sommige mensen op een bepaald ogenblik. Voor veel mensen is de ervaring van mensen die gelijkaardige ervaringen hebben gehad belangrijk.

Dit is een belangrijke stap verder dan rehabilitatie.

De rol van de hulpverlener verandert. We moeten de hulpverlener meer zien als een levenscoach, een mentor, iemand die wil vooruit helpen, eerder dan als een therapeut.

Vanuit de sociologische benadering van de therapeutische relatie vooronderstelt men macht en expertise. Professionelen hebben de macht, de expertise, en zijn geschoold om met financiële middelen om te gaan. Ze hebben een machtspositie en autoriteit. Vanuit de herstelvisie wil men de relatie met de patiënt meer naar de andere kant laten doorwegen: de persoon is de expert, zijn vrienden zijn experts, zijn collega's zijn

experts. De rol van de hulpverlener is hen daarbij te helpen. En deze radicale keuze heeft veel consequenties.

### ■ Wat betekent deze houding in situaties zoals zelfdodingspogingen?

Ik weet het niet. Ik vind het zeer moeilijk om in het algemeen ethische discussies te voeren. We komen altijd uit op individuen, individuele situaties. Maar in het algemeen kunnen we toch zeggen dat er een vorm van wisselwerking is, een onderhandeling, een fundamenteel open en eerlijke onderhandeling. Beter kan ik het niet formuleren. Dit betekent dat de hulpverlener niet de beslissende invloed heeft. Zij hebben een bijdrage in het herstelproces, punt.

### ■ Eerst was er de evolutie van asiel naar samenleving, nu van samenleving naar individu. Telkens werd er gewezen op de mogelijke risico's. Maar de relatie hulpvrager-hulpverlener berust op dialoog.

In Engeland, en ik vermoed ook in België, argumenteert men op dezelfde wijze over risico's van mensen met psychische problemen. Ze vragen zich af of herstel dan betekent dat de patiënt mag doen wat hij wil. Nee, natuurlijk niet. Het betekent dat de patiënt moet betrokken zijn in de discussie over welke schade hij anderen kan berokkenen. En dat is iets wat de ggz niet gewoon is te doen.

Ik doe opnieuw klinisch werk in lokale gevangenissen met gevangenen met psychische problemen. In gevangenissen wordt risico helemaal anders benaderd dan buiten de gevangenis. Als ik buiten de gevangenis zou werken met iemand die een verleden heeft van het verwonden van anderen, die teveel drinkt, enz en een risico betekent om opnieuw mensen te verwonden, dan zou ik het moeilijk hebben om dat ter sprake te brengen. In de gevangenis is dat heel eenvoudig omdat de hele gevangenis gebouwd is op de controle van risico's. Voor mij is het gemakkelijk om met gevangenen te werken vanuit de herstelvisie omdat je heel open kan zeggen "het spijt me, maar je komt er niet uit". Ik kan hen gemakkelijk zeggen dat ze moeten nadenken over hoe ze zelf hun risico kunnen beheersen. Het is aan hen om te beslissen om dronken te worden, een glas in iemands gezicht te duwen. En de reden is eenvoudig: het is verboden door de wet. Ze moeten zelf kunnen beslissen hoe ze omgaan met het risico dat ze kunnen creëren.

### ■ Wat betekent de herstelvisie voor ggzwerkers?

Eerst en vooral ontstaat er een nieuw beroep, nl. ervaringsdeskundige (peer specialist in het Engels). En dat nieuwe beroep vereist precies hetzelfde als elke andere beroepsgroep. Niet iedereen met psychische problemen kan een goede ervaringsdeskundige zijn. Zoals ook niet elke psycholoog een goede clinicus is.

Er moeten aanwervingsprocedures zijn, training, en erg belangrijk, supervisie en management, en carrièreplanning. Mensen stappen niet in een beroep dat nergens toe leidt.

In mijn land denkt men dat men goede ggz-werkers kan maken door hen examens te laten afleggen. Daar is niets van. Het begint altijd bij mensen. Als je spreekt met mensen die gebruik maken van ggz-voorzieningen dan zullen ze zeggen dat het karakter van de hulpverlener erg belangrijk is. Het is iemand die de moeite doet om te luisteren, die rekening houdt met ervaringen, die zelf durft te spreken over psychische pro-

blemen van familie of vrienden.

Wat aanwerving betreft zal de nadruk moet verschuiven van het opleiden van mensen naar het vinden van de juiste mensen. In de opleiding moet duidelijk naar voren komen, en dat geldt voor alle medewerkers, dat het gaat om het herstelproces van gebruikers, en dat enkel zij daarover kunnen spreken.

Enkele ggz-voorzieningen die evolueerden naar herstelgericht werken vroegen me om te komen spreken over herstel. Ik had echter nooit echt psychische problemen, wel enkele van mijn familieleden en vrienden, maar niet ik. Daarom antwoord ik met een wedervraag: kan ik iemand meebrengen die er echt iets over weet. De opleiding rond herstel moet gebeuren door mensen die zelf ervaringen hebben.

Training, en dit geldt voor alle trainingen, is echter nutteloos zonder goed management. Medewerkers moeten supervisie krijgen en geleid worden door een directie die weet waar ze naartoe wil, en haar medewerkers steunt.

### ■ Zal de herstelbenadering zichtbaar zijn in het werkveld?

Er wordt gepoogd om het personeel te wijzigen, en in ggz-voorzieningen mensen met psychische problemen in dienst te nemen als teamlid, eerder dan deze mensen in te huren als externen.

Zoals de herstelbenadering nu evolueert bestaat de kans dat hulpverleners met verschillende achtergronden - ggz-ervaringen en klassieke opleidingen - kunnen samenwerken als partners in een team. Belangrijk is dat deze ervaringsdeskundigen in voldoende aantal worden aangeworven, anders verdrinken ze in de gangbare ideologie.

Wanneer je een assertive outreachteam hebt van 12 personen en je brengt er één ervaringsdeskundige in, dan zal dat geen verschil maken, ook niet wanneer je er twee inbrengt. Misschien merk je een verschil als je er drie inbrengt, en vanaf zes zal het zeker invloed hebben. Dat is wat ik leerde uit een gesprek met J. Johnson, van Recovery Innovations Inc. Dat is een herstelgericht organisatie in Phoenix Arizona, de enige organisatie die ik ken die op brede schaal gebruik maken van gebruikerservaringen. Twee derde van de medewerkers heb-

ben zelf ervaringen met psychische problemen, inbegrepen de directie, de personeelsdirecteur en de IT-manager, ja waarom niet. Er zijn voldoende personeelsdirecteurs, informatici, ... die een depressie hebben gehad.

Ik ben stilaan allergisch geworden aan het woord patiëntenbetrokkenheid (user involvement). Ik hou niet van dat woord. Het is alsof mijn vrouw en ik zouden overleggen onder mekaar hoe we zouden betrokken raken in het leven van onze zoon, die 17 jaar is. Wil hij ons betrekken in zijn leven? Hij is verantwoordelijk voor zijn eigen leven, en de idee van betrokkenheid/participatie is eerlijk gezegd belachelijk. Wat we moeten doen is een partnerschap aangaan waarin we samen van start gaan. Er zijn zaken die hij wil doen, en zaken die wij willen doen. En zo werken we samen. We moeten overgaan van een taalgebruik van betrokkenheid/participatie naar een taalgebruik van partnerschap. Want dat is waarover het gaat.

### Rik Van Nuffel

stafmedewerker VVGG

### Erik Stevens

directeur Psychiatrisch Centrum Sint-Jan de Deo, Gent

### Referentie



Shepherd G., Boardman J. & Burns M. (2010). *Implementing Recovery. A methodology for organisational change.* London, Sainsbury Centre for Mental Health

Op te halen op [www.scmh.org.uk](http://www.scmh.org.uk)