

PSYCHIATER REMKE VAN STAVEREN WIL DE NEERWAARTSE SPIRAAL IN DE GGZ DOORBREKEN

‘Compassie gaat ook over krachtig nee kunnen zeggen’

In de ggz staat de kwaliteit van zorg onder druk. Zorgverleners moeten verantwoordelijkheid nemen en in actie komen. Dit begint door een kleine verandering aan te brengen op hun eigen werkplek.

‘**H**et piept en het kraakt in de ggz, al jaren. Lijstjes, protocollen, richtlijnen, regels, afspraken, voorschriften en formulieren dreigen het dagelijks werk te verstikken. Veel zorgverleners voelen zich slechts uitvoerder in een systeem waarbij de zorg naar de tweede plaats is verdrongen.’ Dit schrijft psychiater Remke van Staveren in haar onlangs gepubliceerde tweede boek over de ggz, *Hart voor herstel*. Werken aan een herstelondersteunende en menswaardige ggz, zo schrijft zij, kan deze neerwaartse spiraal doorbreken.

In herstelondersteunende zorg werkt de zorgverlener samen met de patiënt aan herstel (zie *kader*). Doel is niet alleen het wegnemen van de klacht of ziekte, maar ook dat de patiënt sociaal en maatschappelijk de draad weer kan oppakken. Hiervoor moet de ggz wel anders worden ingericht. Denk aan maatregelen als: regie bij de patiënt en zorgverlener, kleine ambulante zelforganiserende teams in de wijk, e-health en soms meer tijd nemen voor de patiënt. Volgens Van Staveren betaalt zich dat terug: ‘Nu zijn wij zorgverleners alleen maar bezig met brandjes blussen. Inzetten op herstel betekent dat de

patiënten op een gegeven moment ook weer kunnen terugstromen van de specialistische ggz naar de basis-ggz of de huisarts. De populatie wordt hierdoor kleiner en dan kun je betere zorg leveren. Dit is ook een oplossing voor het huidige personeelstekort waar veel instellingen last van hebben.’

Op een zonnig terras in haar woonplaats vertelt Van Staveren over haar boek en haar missie. Zij groeide op in een familie waarin het schrijftalent van moeder op dochter is doorgegeven – moeder werkte vroeger bij een regionale krant. Toen Van Staveren besloot zich in te zetten voor compassie in de zorg, was schrijven dan ook een logische keuze. Ze schrijft niet

alleen boeken maar ook columns en is zeer actief op social media. Ook het podium schrikt haar niet af, want ze heeft een missie: ‘Zorgprofessionals enthousiasmeren om kleine veranderingen aan te brengen op hun eigen werkplek zodat de zorg weer beter wordt.’

Het eerste contact dat ze had met de ggz was als patiënt. Op 19-jarige leeftijd was ze ernstig depressief. Nadat ze genoeg moed had verzameld om professionele hulp in te schakelen, wachtte haar een heel andere ontvangst dan zij had verwacht. Van Staveren schrijft hierover in haar eerste boek, *Hart voor de ggz*. Ze heeft lang getwijfeld of persoonlijke anekdotes wel in haar boeken moesten, maar ze zijn belangrijk voor de boodschap die zij wil uitdragen: werken met compassie, voor jezelf en de ander.

In uw boek zegt u dat de ggz zelf ook toe is aan herstel.

‘De ggz is lang gericht geweest op de klacht en niet op het herstelvermogen van de patiënt. Belangrijke oorzaken hiervan zijn de DSM-classificatie en de focus op een biologische verklaring van psychiatrische aandoeningen. Neem bijvoorbeeld een patiënte die al jaren bij een ggz-instelling in zorg was. Toen zij op mijn spreekuur kwam, vertelde ze dat ze schizofrenie had, want dat was haar ooit verteld. Voor mij was zij een nieuwe patiënte, dus ik vroeg door. Ze vertelde dat zij haar jeugd in verschillende kindertehuizen had doorgebracht en dat zij als tiener seksueel was misbruikt. Dit bleek nieuwe informatie te

HERSTELONDERSTEUNENDE ZORG

is geïnspireerd op de herstelbeweging geïnitieerd door onder andere ervaringsdeskundige Wilma Boevink, die op dit onderwerp promoveerde, en ‘De Nieuwe GGZ’ van onder andere de hoogleraren Jim van Os en Philippe Delespaul.



EDVAN RIJSWIJK

REMKE VAN STAVEREN (1966)

Remke van Staveren is psychiater en biedt, vanuit een *Flexible Assertive Community Treatment*-team, ambulante zorg aan patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. Daarnaast werkt zij als consulent voor Huisartsen Eemland, een organisatie die huisartsen in de regio Eemland ondersteunt. Zij begon als huisarts en volgde later de opleiding tot psychiater. Sinds 2014 zet zij zich in voor Compassion for Care, een onafhankelijke beweging die compassie in de zorg wil bevorderen. Geïnspireerd door deze beweging schreef zij twee boeken over de ggz: *Hart voor de ggz, werken met compassie in een nieuwe ggz* (2016) en *Hart voor herstel, werken aan een menswaardige ggz* (2018). Ze is getrouwd en heeft twee zonen.

zijn voor de sociaalpsychiatrisch verpleegkundige die naast mij zat en de patiënte al tien jaar kende. Door de eenzijdige focus op de DSM-classificatie, psycho-educatie en medicatie is het verhaal van de patiënt verloren geraakt. Hiermee wil ik niet zeggen dat de richtlijnen weg moeten. Als ik een patiënt behandel, dan pak ik altijd de richtlijn erbij, maar dit gaat goed samen met een psychosociale invalshoek.

‘Ik geloof heel erg in de kracht van het individu om de zorg te verbeteren’

De problemen komen ook deels door het zorgstelsel waarin de nadruk ligt op productie en elke minuut verantwoorden. Zo gaf ik leiding aan een *Flexible Assertive Community Treatment*-team van twaalf zorgprofessionals van wie er vier langdurig ziek waren. Maanden probeer je als team toch alle ballen hoog te houden en goede zorg te verlenen aan een grote groep zeer kwetsbare patiënten. Opeens meldt een interim-manager dat “er snel meer unieke dbc’s moeten komen, want anders gaan we failliet”. Dat betekent: nieuwe patiënten aannemen terwijl je de huidige patiënten moet vasthouden. Volgens de manager kon dit wel, want het was “maar tot 1 januari”. En daarna dan? Dan zijn die patiënten natuurlijk nog steeds in zorg. Hoe kun je goede zorg leveren aan meer patiënten als een derde van het team thuiszit met een burn-out? Een ander voorbeeld: een psycholoog werd overgeplaatst van ons team naar een ander team dat zonder regiebehandelaar (vergelijkbaar met hoofdbehandelaar, EK) zat. Dit gebeurde zonder met mij te overleggen, terwijl ik wel de verantwoordelijkheid

over de kwaliteit van zorg heb. Ik vind dit verbijsterend. Het management en de uitvoerende tak zijn parallelle werelden geworden, waardoor de zorgverlener de regie kwijt is. Deze voorbeelden zijn helaas geen uitzonderingen; zij zijn symptomatisch voor de ggz.’

Hoe bent u hiermee omgegaan?

‘Ik word vaak weggezet als een kritische psychiater en een moeilijk mens, maar compassie gaat ook over krachtig “nee” kunnen zeggen. In het voorbeeld van de psycholoog heb ik dus “nee” gezegd, “zo gaan we dat niet doen”. Dit leidde eerst tot verbijstering, maar vervolgens hebben we toch gezamenlijk naar een oplossing gezocht. Ik ben altijd bereid om mee te denken. In het voorbeeld van de interim-manager ben ik een dag extra gaan werken. Ik denk dat het een groot verschil is of je als zzp’er werkt of als psychiater in loondienst. Als zzp’er heb je een veel krachtigere positie. Als ze jouw “nee” niet accepteren, dan riskeren ze dat je opstapt en zij zonder psychiater zitten, wat natuurlijk onwenselijk is.’

Er zijn ook kritische geluiden over psychiaters die als zzp’er gaan werken. Ze zouden zich onvoldoende betrokken voelen om iets aan de organisatie te veranderen. Klopt dat?

‘Het beeld dat vaak van zzp’ers wordt geschetst, vereist wel enige nuancering. Neem nachtdiensten, wij willen die best doen. Ik bied dat als zzp’er ook altijd aan en dan noem ik een bedrag dat gelijk is aan wat de huisartsenpost biedt. Dit leidt dan vaak tot verbazing, want hun eigen psychiaters zouden de diensten “gratis” uitvoeren. Ggz-instellingen laten zzp’ers altijd een geheimhoudingsdocument tekenen. Ik moet dat dus ook en daarom kan ik in het openbaar geen kritiek leveren, behalve als ik niet vertel voor welke instelling ik werk of werkte. Eigenlijk maakt het ook niet uit om welke instelling het gaat, want het probleem speelt overal in de zorg.’

In de ggz wordt heel verschillend gedacht over de koers. Komt er ooit eenheid?

‘Als je zorg op maat wilt leveren, dan moet

je ook verschillende psychiaters hebben. De ene patiënt voelt zich goed bij mij en de ander niet. Diversiteit is juist onze kracht. En toch kun je het over sommige dingen echt wel eens worden. Kijk naar de huisartsen, die zijn ook heel verschillend en toch zijn ze het met elkaar eens dat de praktijken kleiner moeten en willen ze meer tijd voor de patiënt. Enige overeenstemming is ook onder psychiaters haalbaar. We moeten niet de calimero uithangen, maar juist een vuist maken en zeggen: wij kunnen op deze manier geen goede zorg leveren.’

In uw boek maakt u onderscheid tussen compassie en empathie. Wat is het verschil?

‘Bij zowel compassie als empathie voel je mee met het lijden van de ander, maar compassie gaat verder. Het begint bij zelfcompassie en omvat daarbij ook de verantwoordelijkheid om in actie te komen. Ik geloof heel erg in de kracht van het individu om de zorg te verbeteren. Ik vind het ook onze plicht als arts om voor de zorg op te komen, want hier hebben wij een eed voor afgelegd. Daarom is het mijn persoonlijke missie geworden om mensen te enthousiasmeren om hun schouders eronder te zetten. Het begint door iets kleins te veranderen in jouw dagelijkse bezigheden waardoor je uit de impasse raakt. Ik vind “tijd” een mooi voorbeeld. Als je niet genoeg tijd krijgt voor de patiënt, neem dan meer tijd. Jij bent de dokter, jij bent verantwoordelijk en dus moet jij zeggen: “Dit is wat ik nodig heb om goede zorg te leveren.” Bij dat standpunt moet je dan blijven.’ ■

web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.