

GGZtotaal



OP DE WERKVLOER

AL

Op de werkvloer

De GGZTotaal van februari

[Naar artikel](#)

Zoeken naar Zingeving

De zin van aandacht voor zingeving en religie in de GGZ

[Naar artikel](#)

Psychische problematiek en werk?!

Annemiek Onstenk over de *Qracht 500*

[Naar artikel](#)

Sensorimotor Psychotherapy

Lichamelijke benadering van traumabehandeling bij kinderen en jongeren (adv)

[Naar artikel](#)

Zelfonthulling, openheid van professionals in de GGZ

Recensie van het boek door Johan Atsma

[Naar recensie](#)

GGZTotaal verzorgt ook een [dagelijks nieuwsoverzicht](#). Maak er je startpagina van!

Laat je hart spreken

Een gedicht van Gisele Vranckx

[Naar gedicht](#)

werken in de GGZ



De varkenscyclus in de GGZ

Bart Vuijk over de oorzaken van het personeelstekort

[Naar artikel](#)

Misschien wordt het morgen beter...

Jeannet Appelo is positief over de werktevredenheid in de GGZ

[Naar artikel](#)

Handen aan het bed, waar halen we ze vandaan?

Willem Gotink onderzoekt hoe het personeelstekort wordt opgelost

[Naar artikel](#)

De GGZTotaal van februari

Het is een bizarre paradox: binnen de GGZ-branche wordt het steeds lastiger om aan goed opgeleid personeel te komen. Wil je werken met mensen met een psychiatrisch probleem, dan ligt de wereld voor je open. Héb je een psychiatrisch probleem, dan is het erg lastig om een baan te vinden en moet je tegen de nodige vooroordelen opboksen. Dat is één van de redenen waarom mensen met een psychiatrische aandoening zo vaak geen betaald werk hebben. Je zou bijna denken: een forse toename van ervaringsdeskundigen in de GGZ zou beide problemen oplossen. Maar zo eenvoudig is het natuurlijk niet.

In onze XL-bijlage schetsen we een aantal kanten van het oplopende personeelstekort in de GGZ. Bart Vuijk beschrijft de varkenscyclus: hoe kon het gebeuren dat enkele jaren terug nog honderden mensen in de GGZ hun baan verloren, terwijl de instellingen nu zitten te springen om goed opgeleid personeel? Zou de werktevredenheid daar mee te maken hebben? In ieder geval voor een gedeelte, zo maakt Jeannet Appelo duidelijk in 'Misschien wordt het morgen beter...'. Maar Appelo ziet ook lichtpunten: de GGZ wordt nog steeds gezien als een goede werkgever en hulpverleners zijn niet de enige die het moeilijk hebben. Zeker niet als je het afzet tegen de rest van de zorg. Bovendien lijken er steeds meer acties te komen die de grootste ergernis van het GGZ-personeel moeten verminderen: de administratieve lasten.

In het afsluitende artikel belicht Willem Gotink nog een paar factoren de meespelen. Zoals de vraag waarom HBO-psychologen niet tot de

markt worden toegelaten. En waarom SPV-ers geen hoofdbehandelaars mochten worden. Kan het zijn dat er wel voldoende mensen beschikbaar zijn, maar dat die door concurrerende beroepsverenigingen buiten de deur worden gehouden?

Met een knipoog naar de Quote 500 stelde Annemiek Onstenk de *Qracht 500* samen, 100 interviews met mensen met meer of minder ernstige problematiek. Die mensen vertellen over de problemen die zij ondervinden om aan werk te komen, of om het werk dat ze hebben te behouden. Niets vertellen over je aandoening, vakantiedagen opnemen in plaats van ziektedagen, kwalificaties als 'werkweigering' en 'aanstellerij', het zijn allemaal zaken die voorkomen. In dit magazine geeft Annemiek Onstenk een kleine bloemlezing van wat ze is tegengekomen in haar interviews.

Er is meer dan werk alleen. In het openingsartikel van dit magazine geven Carla Aantjes en Hans Landman hun visie op de zin van aandacht voor zingeving en religie in de GGZ. Het is een onderwerp waar wij nog maar weinig aandacht aan hebben gegeven, maar dat gaat veranderen. De auteurs hebben al toegezegd in het najaar met nóg een artikel te komen over de raakvlakken van religie en GGZ.

Onze vaste rubrieken ten slotte: Johan Atsma recenseert het boek 'Zelfonthulling, openheid van professionals in de GGZ', van Gisele Vranckx plaatsen we het gedicht 'Laat je hart spreken'. Niki Stoker heeft een 'writers block', we hopen na de zomer weer verhalen van haar te kunnen plaatsen.

De zoektocht naar zingeving is iets waar ieder mens, bewust of onbewust, dagelijks mee bezig is. De betekenis vinden in de dingen die we doen, de zaken die belangrijk voor ons zijn. Het behouden of verwerven van gevoelens van zinvolheid, betrokkenheid en welbevinden. Volgens van der Lans (10) zoeken mensen naar zingeving omdat zingeving een basale activiteit van de mens is, wat de mens drijft om voort te bestaan. De basale menselijke activiteiten, oriëntatie en evaluatie, vormen volgens Van der Lans de basiselementen van het zingevingproces, dat in het leven van alledag vanzelfsprekend en onbewust verloopt. Dit gaat vanzelf, totdat zich situaties voordoen waar de vraag naar zingeving nadrukkelijker op de voorgrond komt te staan en van meer existentiële aard wordt, bijvoorbeeld als de zin van iets meer in verband wordt gebracht met het menselijk bestaan. Zoals bij een (psychiatrische) ziekte. Op dat moment wordt dit vanzelfsprekende proces doorbroken, waardoor zingevingvragen kunnen ontstaan.

Het niveau van vanzelfsprekende zingeving blijkt ontoereikend te zijn voor een bevredigende oriëntatie en evaluatie. Dit leidt tot psychologische stress. Er ontstaat dan een zingevingprobleem dat de aanleiding kan vormen tot nadenken over de eigen identiteit en uiteindelijk over doelen en zin van het eigen bestaan; kwesties, gelegen op het niveau van existentiële zingeving. Deze situatie vraagt dan om gevoelens van zinvolheid en welbevinden opnieuw tot stand te laten komen door expliciete inzet van –voor de persoon- fundamentele zingevingbronnen. De “gewone” zingevingbronnen (zelfwaarde/ waardesysteem en wereldbeeld) voldoen wellicht niet meer. Er kunnen of moeten andere fundamentele bronnen worden aangeboord, om de stress die men ervaart, draaglijk te maken. Fundamentele zingevingbronnen kunnen levensbeschouwelijk of religieus zijn, maar dat hoeft niet (10,14)

Rouw

Bij chronische aandoeningen, bij ziekte en lijden, kan dit als een uitzichtloze situatie worden ervaren, onder meer omdat de aandoening het toekomstbeeld (voor altijd) aantast. Het leren accepteren van een chronische aandoening gaat gepaard met een gecompliceerd rouwproces. Ook een psychiatrische ziekte gaat vaak gepaard met diepe en langdurige rouw om kwijtgeraakte capaciteiten en verloren toekomstperspectief, dromen of idealen. Ziek worden leidt vaak tot existentiële zingevingvragen en problemen van levensbeschouwelijke aard. Als mensen geen zin meer beleven in hun leven, komt de vraag naar de zin van het leven naar voren. Sommige zingevingvragen kunnen samenhangen met (of deel uitmaken van) het psychiatrische ziektebeeld (2,14)

Zoeken naar Zingeving

DOOR: CARLA AANTJES & HANS LANDMAN

De zin van aandacht voor zingeving en religie in de GGZ



Aan leden van het Zorgpanel van Patiënten federatie van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) werden vragen voorgelegd over zingeving in de zorg (n= 4714). 82% van de deelnemers aan het onderzoek, vindt dat zorgverleners bij kunnen dragen aan zingeving. De vraag naar de manier waarop, gesteld als open vraag, werd als volgt beantwoord: 26% noemde luisteren naar de patiënt, 21% noemde de patiënt als geheel beschouwen en niet alleen als zijn ziekte, 18% gaf aan dat aandacht voor de patiënt belangrijk is. Van de patiënten die ervaring hadden met aandacht voor zingeving gaf 66% aan dat de zorgverlener aandacht had voor het leren omgaan met de ziekte, dat de zorgverlener aandacht had voor onzekerheid en angst, en voor het verwerken van het hebben van de ziekte (6, 12)

Casus

Wanneer ik Janneke (naam gefingeerd, casus met toestemming van de cliënte gebruikt) mag ontmoeten vertelt ze me van de bipolaire stoornis die bij haar gediagnosticeerd is, en wat de verschillende opnames, de manische periodes maar vooral de sombere periodes, voor haar hebben betekend voor haar dromen en verwachtingen van haar leven. "Als je me 10 jaar geleden gevraagd zou hebben wat voor mij het leven waard maakte, zou ik een heel ander antwoord gegeven hebben als ik dat ik nu doe". Als ze me vertelt over haar aanmelding, haar behandeling en worsteling met acceptatie van haar ziekte, geeft ze me een kijkje in haar zoektocht naar betekenis en heroriëntatie op zingeving en wordt de noodzaak van evaluatie en heroriëntatie duidelijk.

Om te (over)leven had cliënte geen andere keus dan een hernieuwde weg vinden om met de ernstige ziekte om te gaan. Janneke vertelt hoe boos ze is geweest op God, die in haar ogen het lijden en ziekte had kunnen voorkomen. Hoeveel verdriet ze heeft gehad toen ze merkte dat ze minder aankon op haar werk, gestructureerd moest leven en altijd maar medicatie moest slikken. Het proces van acceptatie was een hele strijd. Ze had de moed om aan anderen te vertellen wat haar heeft geholpen in de acceptatie van haar ziekte. Ze merkte dat collega's haar hierdoor respecteerden.

Ze motiveerde anderen om door te zetten, door te vertellen dat ze juist in de meest depressieve periodes wist dat ze terug mocht komen op haar werk, dat juist het bestaan

van God haar rust en vertrouwen gaf dat de depressieve periode van voorbijgaande aard was.

Hoe moeilijk ze het zelf had gevonden om afhankelijk te worden van medicatie, zo krachtig kon ze vertellen dat het haar juist had geholpen om de ziekte beheersbaar te maken. Wat hielp haar in dit proces? Wat betekenden of deden anderen daarin voor haar? Het vertrouwen wat vooral haar moeder en haar collega's in haar bleven houden was in het begin meer dan waar ze zelf op hoopte. Het voelen van acceptatie, - oprechte interesse in haar worsteling - en trouw vanuit haar omgeving gaf vertrouwen dat ze hier een weg in zou vinden. "Ik heb de ruimte om mijn eigen worsteling hierin te mogen maken nodig gehad, dat had niemand voor me kunnen doen, alle emoties die er mee gepaard gingen (en nog steeds mee gepaard gaan) hadden hun functie en ik was zeker boos op je geworden als je me die ruimte niet had gegund".

Wel had ze naast die ruimte ook behoefte aan informatie over de ziekte; deskundig advies over de behandelopties en ervaringen van ervaringsdeskundigen. Het hielp haar om nieuwe doelen te formuleren waar ze naartoe kon leven en de regie over haar ziekte te houden. Het hielp haar ook dat ze het vertrouwen vanuit haar directe omgeving kreeg. Om als hulpverlener zo van nabij te mogen meemaken hoe Janneke ondanks haar ziekte de betekenis daarvan kan verwoorden maakt dat ik me realiseer dat ik hiervoor mijn vak gekozen heb; maar dat zij degene is die het doet en heeft gedaan.

Religie en levensbeschouwing

Het aanwenden van fundamentele bronnen zoals religie en levensbeschouwing kunnen voor patiënten bij het heroriënteren van zingeving (en zinvindings!) van nut zijn. Verschillende artikelen en reviews beschrijven het effect van aandacht voor zingeving en religie in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Geloof en levensbeschouwing/ levensvisie kan een positief effect hebben op hoe mensen omgaan met hun psychische problematiek (14). De levensbeschouwing kan houvast bieden aan de patiënt en zo een bron van coping (herbronning/ heroriëntatie) zijn. Ondanks dat er meldingen zijn van negatieve aspecten van religiositeit die worden geassocieerd met gedachten over schuld, verlaten of bestraffing (5) worden er voornamelijk positieve relaties gevonden.

Aandacht voor zingeving leidt tot het verminderen van depressieve klachten, een verhoogd spiritueel welzijn en kwaliteit van leven, minder zorgconsumptie, beter kunnen omgaan met de effecten van trauma en beter omgaan met de ziekte (4). Koenig (8) en Congalves (5) rapporteerden in hun review een positieve correlatie (95%) met sociale steun, het hebben van een doel en betekenis van het leven (93,7 %) met het gevoel van welzijn, optimisme en hoop (79%). Het behoren tot een gemeenschap heeft indirect effect op het welbevinden van de participant, sociale steun kan vermindering van stress, angst en eenzaamheid opleveren. Religie kan zorgen voor sociale cohesie, het gevoel van verbondenheid kan positieve gevolgen hebben op het gevoel van welzijn. Leven vanuit religieuze of spirituele overtuigingen kan de interne controle verbeteren en mensen anders om doen gaan met hun problemen, of helpen om het vanuit een ander, breder kader te zien (1,8,9).

De Zin van Zingeving

Reden temeer om in de ggz de meerwaarde van aandacht voor zingeving te benadrukken. Als we spreken van voortdurend streven naar zingeving bij mensen en de behoefte aan hervinden van betekenis en zin bij psychiatrische problematiek, dan kunnen we ervanuit gaan dat dit onderwerp beslist een onderwerp van gesprek of therapie moet zijn. Het zoeken en hervinden van zin en betekenis zou structureel onderdeel van het behandelplan moeten zijn. Echter in de gevonden onderzoeken gaat het minder over de manier waarop deze aandacht voor zingeving en religieuze coping in de ggz plaats vindt of kan vinden. De behoefte van de patiënten (zie kader) en de positieve correlatie tussen aandacht voor zingeving en religieuze coping moedigt ons echter aan de aandacht voor zingeving structureel in de behandeling in de ggz mee te nemen en interventies en/of methodieken die daar vorm aan geven te ontwikkelen, beproeven en te beschrijven. Huber (7) beschrijft een veranderde manier van denken over gezondheid, waarin

zinggeving een belangrijk element is. Haar concept past bij de definitie van zinggeving zoals geformuleerd door Van der Lans (10). Huber formuleerde haar concept van 'positieve gezondheid' als 'het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven'. Het gaat vooral om het aanpassingsvermogen van de mens dat maakt dat het leven met gezondheidsbeperkingen mogelijk is/gaat worden. In onze zoektocht naar structurele aandacht voor zinggeving in de ggz zou dit gedachtengoed ons kunnen helpen om mensen met psychiatrische problematiek te ondersteunen in het hervinden van zin en betekenis, door inzet van fundamentele zingevingsbronnen. Coachend, bemoedigend en met bewondering als we mogen meemaken dat mensen met psychiatrische problematiek met moed hun zinggeving mogen hervinden.

Conclusie

Structurele aandacht voor zinggeving in de ggz zou ons kunnen helpen om mensen met psychiatrische problematiek te ondersteunen in het hervinden van zin en betekenis. Dit zou kunnen door inzet van fundamentele zingevingsbronnen, zoals religie of levensbeschouwing. De gebruikte literatuur beschrijft voornamelijk een positieve relatie tussen aandacht voor zinggeving, en de invloed van religie op herstel en op het evalueren, het heroriënteren en hervinden van zinggeving. Er is weinig concreet beschreven over de manier waarop de hulpverlener de patiënt hierin kan of mag ondersteunen, het lijkt ook een proces van de patiënt zelf te zijn, waarin de hulpverlener aansluit en de moed mag bewonderen. ●

Carla Aantjes is Verpleegkundig Specialist en is werkzaam bij de Hoop Ggz en betrokken bij het Kennis Instituut Christelijke Ggz (KICG).

Hans Landman is Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige bij de Hoop Ggz

● [Klik hier voor verwijzingen naar literatuur en noten](#) ●

Casus

Ik mocht kennismaken met Anneke (gefingerde naam), een 75-jarige dame, die voor het eerst in haar leven in aanraking kwam met de GGZ. Zij werd verwezen door haar huisarts, die zich zorgen maakte en zich afvroeg of de normale rouwreactie na het overlijden van haar man was overgegaan in een depressieve stoornis. Al in het eerste gesprek gaf Anneke aan dat zij geen ervaring had met de hulpverlening en dat zij zich eigenlijk schaamde dat ze er was. "Ik ben altijd een sterke vrouw geweest en dat ben ik nog steeds!" Ik stelde voor om elkaar eerst maar eens wat beter te leren kennen en gewoon eens met elkaar in gesprek te gaan. "Ik wil best met je praten, maar niet over seks, politiek of geloof!"

Er werd ingezet op Stepped Care: steunende- en structurerende gesprekken, met een inzicht gevende inslag. Ook werd er gewerkt vanuit een contextueel - en systeemtheoretisch kader, zonder dat er direct sprake was van therapievorm. De wens van cliënte was om zonder de inzet van medicatie behandeld te worden. Hoewel zij duidelijk had aangegeven niet over levensbeschouwelijke zaken te willen praten, kwamen we toch bijna in elk gesprek als vanzelf op dit soort onderwerpen. Zo vertelde ze dat ze van huis uit katholiek was opgevoed, maar dat ze na haar huwelijk het geloof vaarwel had gezegd. Nou ja, eigenlijk was ze het gewoon ontgroeid, daarbij aangemoedigd door teleurstelling en tegenslag in het leven. Haar gezin had haar daarna zo in beslag genomen, dat ze er eigenlijk nooit meer echt over nagedacht had.

Nadat haar man overleden was en ze haar kinderen nog maar weinig zag, voelde ze zich erg eenzaam. In die eenzame momenten, alleen thuis, dacht ze vaak terug aan vroeger en daarbij ook geregeld aan het geloof, dat toen best belangrijk voor haar was. Het waren mooie herinneringen, maar toch... ze stemden haar zo somber. Wat deed het er nog toe, alles was toch voorbij! Nog maar weinig mensen zagen haar staan en bij God hoefde ze al helemaal niet aan te komen. Die had haar natuurlijk al heel lang geleden afgeschreven. De belangrijkste interventies tijdens deze gesprekken was vooral het luisteren en het aansluiten bij de thema's waar ze mee bezig was. Gericht doorvragen naar de beleving die ze bij deze thema's had, moedigde haar aan tot diepere reflectie op haar eigen levensbeschouwelijke grondslagen. Ze was verbaasd hoeveel daar nog van over was en hoe belangrijk het nog voor haar was.

Langzaam durfde ze vrijer over 'lastige' onderwerpen te spreken, ging ze minder piekeren en werd haar stemming beter. De depressieve klachten begonnen te verbleken. Vanuit sociale overwegingen en aansluitend bij haar geschiedenis werd besproken dat aansluiten bij een gemeenschap haar zou kunnen helpen. Er was een kerk waar zij zich bijzonder welkom voelde en waar zij zich gezien en verbonden wist. Ze werd in de gemeenschap opgenomen, maakte nieuwe vrienden en werd actief in de verschillende activiteiten die deze gemeente in de buurt organiseerde. Ze genoot weer van het leven: het had weer zin en zij deed er weer toe! De depressie was verdwenen en het verdriet over het verlies en gemis van haar man heeft zij kunnen delen en een plaats kunnen geven. Na ongeveer 7 maanden hebben we de behandeling succesvol af kunnen ronden, zonder ingrijpende interventies en zonder medicatie. Nu, bijna 6 jaar later, zie ik haar af en toe in de stad lopen: nog even levendig en stralend. Ik geloof in de kracht van zinggeving en geloof!

Veel mensen met een psychische aandoening of ziekte verzwijgen die op hun werk, uit angst voor negatieve reacties of zelfs ontslag. Hun onzichtbaarheid staat haaks op het streven van politiek, werkgevers en vakbonden extra banen te creëren voor mensen met een arbeidsbeperking. Hoe kunnen de werelden van geestelijk lijden en arbeid elkaar naderen zonder dat ervaringsdeskundigen hoeven te vrezen voor vooroordelen of buitensluiting en werkgevers voor uitval?

Psychische problematiek en werk?

Door: Annemiek Onstenk

Tekst, redactie & research, Instituut Eddy Reefhuis, Phrenos, Gravin van Bylandt stichting, De Regenboog Groep, Stimulansz



Qracht 500

psychische problemen kunnen iedereen overkomen

‘Soms is de ziekte een extra kwaliteit’

‘Depressie betekent niet dat je gek bent’

‘Ik kan gewoon werken’



GEZOCHT
PASSENDE MAATSCHAPPIJ

met 100 portretten

Tot voor kort werden mensen met ernstige psychische problematiek bijna automatisch arbeidsongeschikt verklaard. Zorgverleners en uitkeringsinstanties vonden dat hun cliënten door de klachten of aandoening niet konden werken. Onwetendheid en vooroordelen over Ggz-clieënten als “Zij kunnen het werk niet aan, zij komen altijd te laat, zij zijn vaak ziek en ze zijn niet productief” deden de rest: ‘psychisch gestoord’ zijn en werken matchen niet.

Dat is veranderd. Sociale partners spraken in 2013 af in tien jaar 125.000 extra banen te creëren voor mensen met een psychische, lichamelijke of verstandelijke arbeidsbeperking. In de geestelijke gezondheidszorg werd werk zelfs behandeldoel. Op het congres Mensenwerk in 2015, dat de rijksoverheid organiseerde om arbeidsdeelname van mensen met een psychische aandoening te bevorderen, stelde een psychiater “Beter worden doe je op het werk”. De Participatiewet schrijft voor dat mensen met zowel een arbeidsbeperking als arbeidsvermogen moeten werken. UWV en GGZ werken tegenwoordig samen en werkgevers startten initiatieven als De Normaalste Zaak en Werkgevers gaan Inclusief, om hun achterbanen vertrouwd te maken met de doelgroep. Er is een nieuw punt aan de horizon gezet, de kaders zijn uitgelijnd en beleid is in uitvoering.

Voor eenmalig magazine Qracht 500 over psychische problematiek en werk/loosheid, dat begin 2018 verscheen, interviewde ik in 2017 honderd ervaringsdeskundigen. Wat vinden zij ervan dat ze eerst niet mochten en nu moeten werken en wat hebben zij nodig om in baan of bedrijf staande te blijven? Een aantal van hen zegt overtuigd te zijn vanwege psychische problematiek ontslagen te zijn. Veel mensen die wel een baan hebben, doen graag hun verhaal maar alleen anoniem en onherkenbaar. Zo zegt een man vakantie-uren op te nemen als hij naar de psychi-

ater gaat, om bij de baas maar niet de gedachte te voeden dat hij ziek en dus arbeidsongeschikt zou zijn. Een vrouw meent dat haar werkgever zich achteraf bekocht zou voelen of haar nooit had aangenomen als hij van haar bipolaire stoornis had geweten. Een jurist in opleiding kreeg op haar stageadres het advies haar activiteiten voor een patiëntenvereniging van haar cv te halen om haar employability te vergroten. Ik vind het schrijnend dat psychisch kwetsbare werknemers zich anno 2017 nog (menen te) moeten verstoppen, alsof zij voortvluchtig zijn na een misdrijf in plaats van een aandoening of ziekte hebben.

Ook mensen die met eigen naam en foto in Qracht 500 staan, geven voorbeelden van hedendaagse hindernissen. De Arboarts van een gemeenteambtenaar noemde haar ziekteverzuim wegens depressie “werkweigering” en “aanstellerij”. De leidinggevende van een koerier werd kwaad als hij tot ‘s avonds laat nodig had voor het bezorgen van de pakjes; hij viel ziek uit door de werkstress. Iemand die al tientallen jaren een uitkering heeft, vraagt het UWV tevergeefs haar voor 50% arbeidsgeschikt te verklaren en een aanvullende uitkering te verstrekken.

Enkele cijfers

De Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling becijferde in 2014 dat psychische aandoeningen de Nederlandse samenleving jaarlijks 20 miljard kosten aan o.a. ziekteverzuim, productieverlies en arbeidsongeschiktheid. De ING noemt in 2017 zelfs een bedrag van 22 miljard. 44,7 procent van de werknemers in de ziektewet en 38,2 procent van de arbeidsongeschikten doen een beroep op psychische zorg, bleek onlangs uit onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek.

Waardering

De geportretteerden in Qracht 500 komen uit het hele land en vormen een divers gezelschap. Zieke ICT'ers en actieve ervaringswerkers, mensen uit de bouw, het onderwijs, de Westlandse kassen en schoonmaakbranche, agrariërs, ex-gedetineerden en een militair, hoger en lager opgeleiden. Zij hebben betaald of onbetaald werk, zijn chronisch ziek of hersteld, onvrijwillig werkloos of arbeidsongeschikt. Zij werken gemotiveerd mee aan Qracht 500, al is het maar om uit te leggen dat zij zich niet wentelen in hun leed, zoals een vooroordeel wil, maar kwetsbaar zijn, ziek of herstellende. Sommige mensen kregen een burn-out, gevolgd door psychosen en een zware depressie of diagnoses als PTSS, autisme, borderline of bipolaire stoornis. Opname op een psychiatrische afdeling is vrijwel altijd een taboe, zowel in de persoonlijke als in de werkomgeving. ‘Burn-out is wel sexy, maar als je in een isoleercel hebt gezeten ben je echt van het padje af geweest,’ zegt een vrouw. Op haar werk vertelt ze niets over haar bipolaire stoornis. Mensen die nooit betaald werkten en soms al decennia van een uitkering leven, hebben het gevoel opgegeven te zijn door gemeente en UWV. Werkloosheid ervaren zij als weinig of niets waard zijn. Wanneer zij na een lange ziekteperiode toch aan de slag kunnen, blijken een door ziekte en uitval grillige loopbaan extra (voor)oordelen op te roepen. Bij mensen met verschillende korte banen en tijdelijke contracten op hun cv twijfelen werkgevers aan de loyaliteit en belastbaarheid. De meeste geportretteerden willen werken naar vermogen, in een baan met passende arbeidsomstandigheden. Zij onderkennen hun kwetsbaarheid of het niet tegen druk of stress kunnen, maar willen waardering voor wat zij wél kunnen.

In Qracht 500 vraag ik werkgevers, UWV, jobcoaches, een gemeente en een wetenschapper om een reactie op de roep om een passende maatschappij. Sommige ‘gewone’ werkgevers (in tegenstelling tot sociale



ondernemingen voor wie het werken met mensen met een arbeidsbeperking core business is) zijn bereid ‘in de beperking naar de mogelijkheden van medewerkers’ te zoeken. Of nemen bijvoorbeeld mensen met autisme in dienst ‘omdat zij de besten (in webanalyse, red.) zijn’. Maar het zijn er nog te weinig. Uit het tweemaaljaarlijks arbeidsmarktonderzoek van het SCP blijkt dat twee derde van de werkgevers zich verantwoordelijk voelt voor het in dienst nemen van mensen met een gezondheidsbeperking, maar dat slechts 11% bereid of van plan is dat ook daadwerkelijk te doen. Als werkgevers de vele onvervulbare vacatures willen bezetten, zullen zij echter ook het arbeidspotentieel van gekwalificeerde mensen met psychische problematiek moeten benutten.

IPS-jobcoaches en wetenschappers vertellen goede resultaten te boeken met langdurige begeleiding van kwetsbare medewerkers en met het ontwerpen en inrichten van op de beperking toegesneden functies. IPS staat daarbij voor Individuele Plaatsing en Steun, een methodiek waarbij medewerkers gedurende lange tijd begeleid worden op de werkplek.

Een woordvoerder van UWV stelt dat er genoeg kennis en kunde is om kwetsbare werknemers te ondersteunen bij re-integratie. Werkgevers zijn bovendien wettelijk verplicht zich in te spannen voor de re-integratie van herstellende werknemers. Deze voorlopers brengen de inclusieve arbeidsmarkt dichterbij.

Dit artikel is eerder gepubliceerd op www.socialevraagstukken.nl ●

Sensorimotor Psychotherapy:

traumabehandeling bij kinderen en jongeren

Lichamelijke benadering voegt belangrijke dimensie toe aan behandeling

Trauma kan zich geestelijk, maar ook lichamelijk vastzetten in kinderen. Sensorimotor Psychotherapy, in de jaren tachtig in de Verenigde Staten ontwikkeld door Pat Ogden, geeft handvatten om ook langs de lichamelijke weg te werken aan trauma.

Bonnie Goldstein, praktiserend psychotherapeut, is gespecialiseerd in de behandeling van kinderen, jongeren, families en groepen. Binnenkort is zij in Nederland om een training te geven in Sensorimotor Psychotherapy bij kinderen en jongeren.

Wat gebeurt er met een kind dat getraumatiseerd raakt?

'Kinderen reageren net als volwassenen op traumatische gebeurtenissen door te vluchten, vechten of bevriezen. Dat is op dat moment een natuurlijke reactie, maar vaak zet die zich vast in het lichaam. Daardoor kunnen ze later, wanneer herinneringen aan het trauma bovenkomen, ook in een veilige situatie dezelfde lichamelijke verschijnselen vertonen: bijvoorbeeld oogcontact vermijden, een confronterende houding aannemen of de adem vastzetten. Een bepaald stressniveau wordt dan een vertrouwd gevoel, en zo kan een kind het trauma als het ware steeds opnieuw creëren.'

Meer weten over de training 'Traumabehandeling met Sensorimotor Psychotherapy, met speciale aandacht voor kinderen en jongeren'? [Klik dan hier.](#) (De training vindt plaats op 28 en 29 maart, opgeven kan tot 21 maart)



Wat voegt Sensorimotor psychotherapie toe aan andere benaderingen van trauma?

'Het vult de gereedschapskist van de psychotherapeut aan met een benadering die de taal van het lichaam en de informatie die het lichaam geeft voorop stelt. Je kijkt naar lichamelijke signalen als gebaren, houding, beweging, maar ook naar gedragspatronen en hoe het lichaam in die patronen het trauma laat zien. Zelf paste ik aanvankelijk alleen de tools toe in aanvulling op de psychodynamische therapie die ik gaf, maar in de loop der jaren ben ik me daarnaast steeds meer bewust geworden van zaken als het lichamelijk effect van mijn eigen gedrag en de inrichting van mijn spreekkamer. Dat heeft ertoe geleid dat ik cliënten bijvoorbeeld niet meer vanzelfsprekend heel energiek tegemoet treed, en dat ik in mijn spreekkamer veel ruimte heb gemaakt voor beweging en verschillende veilige zitplaatsen heb gecreëerd.'

Hoe werk jij met Sensorimotor psychotherapie?

'Als een kind bijvoorbeeld zijn adem inhoudt zodra het gaat over de keer dat een klasgenoot hem misbruikte op school, benoem ik dat en leg ik de link met waar we het over hadden. Daarna bespreek ik met hem of het iets is waar hij aan wil werken. Als dat zo is, gaan we samen aan de slag met de verwerking van het trauma. Daar hebben we allerlei eenvoudige, zeer geïndividualiseerde technieken voor. Met dit kind ga

Je gaat binnenkort een training geven over dit onderwerp. Wat kunnen we verwachten?

'Met Sensorimotor psychotherapie kun je aan je traumabehandeling ook de fysiologische connectie met het trauma toevoegen, als aanvulling op de benadering vanuit emoties, cognities en gedrag. Zo reguleer je het zenuwstelsel en fight-flight-freeze reacties. Je krijgt nieuwe informatie over hoe je kinderen met trauma kunt helpen. Ik laat veel videovoorbeelden

ik terug naar de situatie door te vragen of hij toen hetzelfde deed. Als dat klopt, laat ik hem zelf andere manieren bedenken waarop hij had kunnen reageren, en die gaat hij vervolgens oefenen. Hij leert zo manieren om nee te zeggen en zijn grenzen te bewaken, maar ook om te praten over het trauma. Dat is het begin van het werken aan zijn herstel.'

zien en we doen oefeningen die je Sensorimotor psychotherapie zelf laten ervaren. En zo krijg je allerlei eenvoudige tools mee die je meteen in de praktijk kunt toepassen - met je cliënten, maar ook om relaties in je persoonlijk leven effectiever te maken. ●

[Bonnie Goldstein](#) is Child and Adolescent Consultant voor het Lifespan Learning Institute. Ze is praktiserend psychotherapeut, gespecialiseerd in de behandeling van kinderen, jongeren, families en groepen. Op 28 en 29 maart 2018 is ze in Nederland om een programma voor de RINO Groep te verzorgen. Tijdens het tweedaags programma 'Traumabehandeling met Sensorimotor Psychotherapy - Training met speciale aandacht voor kinderen en jongeren' laat deze gerenommeerde Amerikaanse psychotherapeut je met deze methodiek kennismaken.

Bonnie Goldstein is auteur van:
* 'Understanding, Diagnosing and Treating Attention Deficit Disorder/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents';
* The Handbook of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy; A Guide to Diagnosis and Treatment, Volumes I & II;
* A Text for Children and Their Families;
* I Will Know What to Do: A Guide to Dealing with Trauma, and the Forthcoming Adolescent Dilemmas.



Zelfonthulling, openheid van professionals in de GGZ

Erwin van Meekeren e.a

Als uw recensent en tevens docent Sociale Vaardigheden in het MBO beroepsonderwijs voor verpleegkundigen las ik het boek 'Zelfonthulling' met meer dan gemiddelde belangstelling. Met beroepservaring in de jeugdhulpverlening en de zorg aan verstandelijk beperkte mensen en ook met ervaring als patiënt in de gezondheidszorg in mijn rugzak, heb ik de afgelopen jaren ontdekt dat in het onderwijs 'adequate zelfonthulling' een prima manier is om de aandacht te krijgen van je studenten en om zaken te kunnen uitleggen met een zekere vorm van autoriteit. Bovendien word je les er een stuk praktischer van, daarnaast word je door de in de praktijk werkende studenten meer serieus genomen dan een boekenwurmdocent.

Ik heb ook geleerd dat het niet handig is om aan bekentisonderwijs te gaan doen, de klas is niet het nest waar je dat ei kwijt kunt. Dan word je niet langer serieus genomen. Met die wetenschap in mijn achterhoofd begon ik te lezen. En ik werd niet teleurgesteld.

'Zelfonthulling' is een bundeling van een achttal artikelen van professionals in de hulpverlening over zelfonthulling als verschijnsel, vanzelfsprekendheid en therapeutische interventie in de psychotherapeutische praktijk. Het begrip wordt vanuit een aantal verschillende invalshoeken en gezichtspunten beschreven.

In het eerste hoofdstuk, dat een overzicht biedt

van het speelveld, wordt zelfonthulling als volgt omschreven:

"Samenvattend kunnen we op dit moment stellen dat zelfonthulling gaat om het onthullen of verhullen van delen of aspecten van het zelf in relatie tot de (kwaliteit van de) professionele zorgrelatie, waarbij die ont- of verhullen actief of passief kan gebeuren, door de professional zelf of door iets of iemand anders, en waarbij die delen van het zelf in meer of mindere mate autonoom zijn ten opzichte van deze activiteit. Het zelf is daarbij niet scherp afgegrensd, en ont- of verhulling is geen dichotome, maar een graduele activiteit."

Vastgesteld wordt dat er over het begrip zelfonthulling weinig geschreven is in de vakliteratuur en wordt er gewezen op het wonderlijke feit dat in de beroepscode van de Nederlandse vereniging voor Psychiatrie zelfonthulling slechts onder de aandacht wordt gebracht in verband met levensbeschouwing. Een verrassende observatie. Zelfonthulling komt in beroepscode wel aan de orde in het geval van seksueel contact en enige vorm van exploitatie of misbruik van de patiënt/cliënt. Daar is natuurlijk ook een ruime maatschappelijke consensus over. Verder is zelfonthulling vooral een verschijnsel in de taboesfeer in de therapeutische context. Toch constateert het boek dat het mogelijk een goede en vruchtbare interventie kan zijn in een therapie en dat wordt ook helder en met zelfonthullende voorbeelden geïllustreerd. Niet in de laatste plaats

Maandelijks bespreekt Johan Atsma een recent uitgegeven boek, dat betrekking heeft op de GGZ.

Johan Atsma is docent/coach MBO verpleegkunde.

door Menno Oosterhof, een kinder- en jeugdpsychiater die gespecialiseerd is in de behandeling van dwangstoornissen, wellicht ook omdat hij kan spreken uit eigen ervaring.

Nuchter constateren de schrijvers dat zelfonthulling sowieso een onvermijdelijk gegeven is, je kleding, je haardracht, je leeftijd, de inrichting van je praktijkruimte, het eigen huis waarin je mogelijk je cliënten ontvang, het zegt ontegenzeggelijk en onvermijdelijk ook iets over jezelf. Dat kan en zal een rol spelen in de therapeutische relatie. Een voor de hand liggende constatering die ook aan het denken zet. Het begrip echtheid wordt in een apart hoofdstuk belicht en ook de vraag of je je eigen tranen mag laten zien, een aloude vraag onder hulpverleners, passeert de revue. Het boek sluit af met zelfonthulling vanuit ethisch perspectief. Het stelt een belangrijke vraag: beschouw je zelfonthulling vooral als techniek die je toepast vanuit je ethisch referentiekader of beschouw je zelfonthulling als een logisch gevolg van wat het voor jou betekent om een goed hulpverlener te zijn. Een vraag die de essentie van dit boekje raakt. Stof tot nadenken...

'Zelfonthulling' is een boekje dat in een leemte voorziet en laat zien dat het therapeutische beroep nog steeds in ontwikkeling is dankzij nieuwe en verhelderende inzichten. Anders dan in sommige andere samengestelde boeken wordt er hier in



een consistente en heldere stijl en duidelijke taal geschreven met als doelgroep de vakbroeders en zusters in de psychotherapie. Overigens wel prima te lezen voor de professioneel geïnteresseerde op dit gebied.

Ik vind het een aanrader. En nu mag u vaststellen of mijn zelfonthulling in dit verband adequaat was...

Erwin van Meekeren e.a.: Zelfonthulling, openheid van professionals in de GGZ.

Boom uitgeverij; 116 pagina's; prijs: 16,95;

ISBN: 978 90 5875 799 9 ●

Laat je hart spreken

het licht in mij vervaagt
als ik zoek naar woorden
die voor mij kunnen spreken
op het moment dat niemand
mij horen wil

aan de buitenkant is het
gruwelijk stil
de binnenkant wil wel
antwoorden op mijn vragen
betekenisvol

als ik als overwinnaar
de stilte doorbreek
blijkt iemand mij te zien
zo onverwachts
op deze doodgewone dag

ben ik verstomd
om wat ik zie in haar
wondermooie lach
nu mijn hart weer
spreken mag

© Gisele Vranckx



WERKEN IN DE GGZ

AL

De varkenscyclus in de GGZ

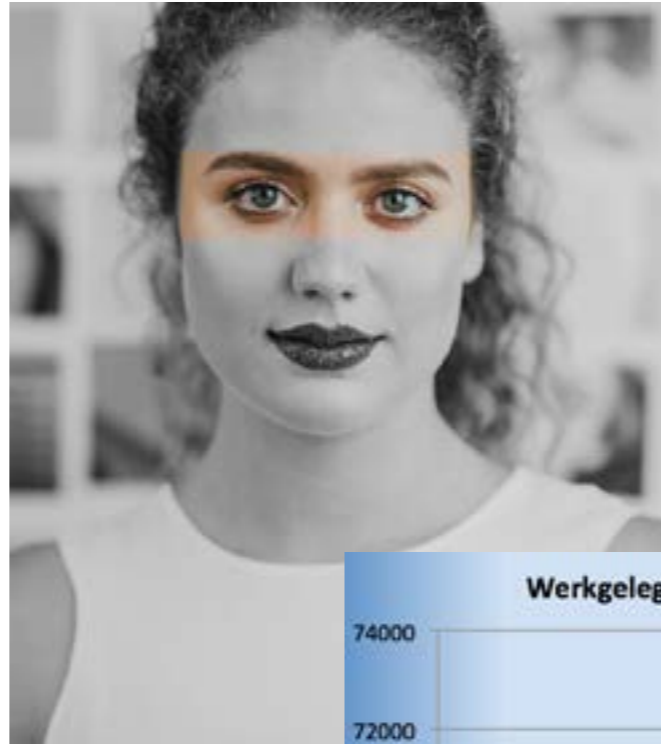
Door: Bart Vuijk

De term komt uit de agrarische wereld, maar de GGZ heeft er ook last van: de varkenscyclus. Zorgaanbod en vraag komen niet met elkaar overeen, omdat het een te laat op het ander reageert. Hele leeftijdscohorten missen daardoor op de arbeidsmarkt. De ene generatie maakt mee dat het moeilijk is om aan een baan te komen, terwijl slechts een paar jaar later een enorm personeelstekort dreigt. Die laatste situatie zien we nu.

Terwijl er enkele jaren geleden nog op personeel werd bezuinigd en het ene massa-ontslag het andere opvolgde, is er nu ineens sprake van personeelstekorten en van moeilijk vervulbare vacatures. Zowel FNV Zorg en Welzijn als GGZ Nederland slaan alarm. Werkgevers en werknemers wijten veel onrust op de arbeidsmarkt in de GGZ aan de bezuinigingsdrift van de overheid. Maar er is veel meer aan de hand.

De 'productie' van de GGZ groeide tot 2013 jaarlijks met 2,5 procent. Dat werd de overheid te gortig. De sector werd door minister Schippers in het Hoofdlijnenakkoord 2013-2017 gebonden aan een maximale groei van 1 procent. Dat had veel gedwongen uitstroom van personeel tot gevolg. Het aantal voltijdbanen moest van 70.000 terug naar 57.000. Omdat er veel parttimers in de GGZ werken, gaat het in werkelijkheid om zo'n 10.000 tot 15.000 banen meer dan er fte's zijn. Al in 2014 maakte GGZ Nederland een tussenbalans op. De helft van de GGZ-instellingen was toen krimpbeleid aan het voeren. Na de uitzendkrachten werden ook steeds vaker mensen met vaste contracten ontslagen.

Dat had soms ook te maken met veranderde inhoudelijke eisen. GGZ Nederland schreef in het rapport dat de nieuwe eis aan hoofdbehandelaars ertoe leidde dat er minder vraag zou zijn naar basispsychologen. Er wordt nu bij veel behandelingen vereist dat de hoofdbehandelaars opgeleid zijn op hbo- of academisch niveau. Dat geldt ook voor de GGZ-verpleegkundigen.



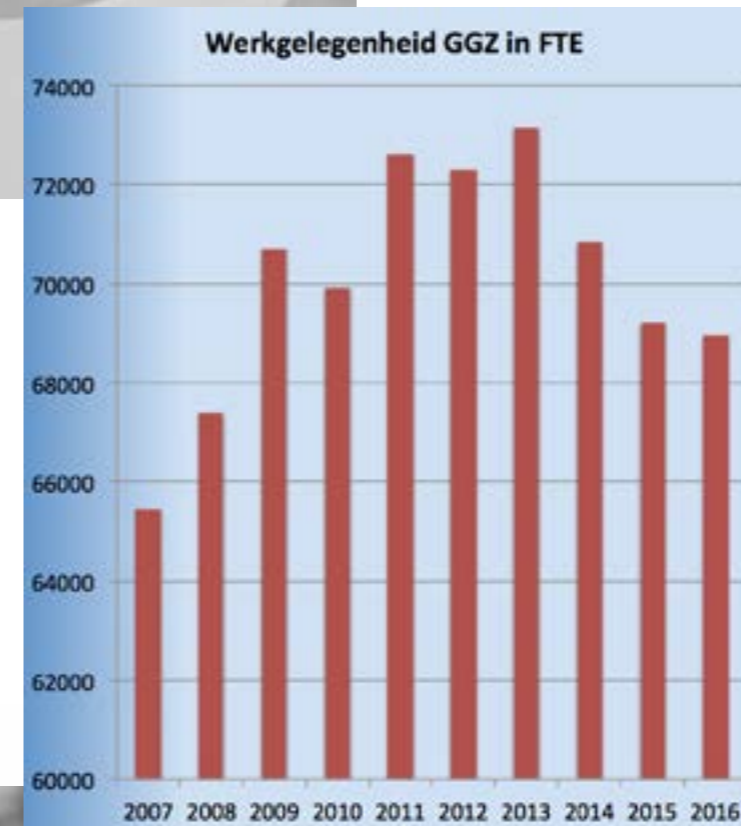
Na de ontslaggolven kwam de decentralisatie van veel zorgtaken naar gemeenten. Die draaiden de GGZ ook nog eens een poot uit. Alles moest goedkoper. Ook dit had ontslagen tot gevolg, veelal gedwongen.

Grote tekorten

Dat is nog maar enkele jaren geleden. Anno 2018 zijn er na jaren van krimpbeleid weer grote personeelstekorten. De krimpsituatie van de afgelopen jaren heeft weliswaar flink wat banen gekost, maar de balans is toch wat anders dan je zou

denken. Er werken nu nog altijd ongeveer net zoveel mensen in de GGZ als tien jaar geleden. De doelstelling van de overheid om de GGZ met 13.000 fte minder te laten functioneren, is dus niet gehaald.

De vraag naar geestelijke gezondheidszorg blijft namelijk onverminderd groot. Alleen is die vraag anders geworden. De GGZ levert die zorg steeds vaker aan huis. Niet alleen zou dat goedkoper moeten zijn, maar ook beter voor de cliënten: ze blijven in hun vertrouwde omgeving. Dat gaat echter lang niet altijd goed. Zeker sinds de gemeenten sinds 2015 verantwoordelijk zijn voor veel zorgtaken, moeten cliënten vaker aankloppen bij het gemeentehuis. Dan komen ze vaak op wachtlijsten terecht. Zorgverzekeraars kopen bovendien consequent te weinig zorg in bij instellingen. Daardoor zijn die soms al maanden voordat het jaar om is, door hun budget heen.



Hoofdlijnenakkoord

Het personeelstekort is moeilijk op te lossen. De zorg is erg onaantrekkelijk geworden voor jonge aanwas, en ineens heeft de GGZ te maken met een personeelstekort. Terwijl de sector officieel, volgens het Hoofdlijnenakkoord, nog met zeker tienduizend fte moet krimpen. Het wringt aan alle kanten, en zowel GGZ Nederland als de FNV vinden dat er sprake is van een alarmerende situatie. Door personeelstekorten stijgt de werkdruk voor de mensen die nog wel in de sector werkzaam zijn. Dat gaat nooit lang goed. Ziekteverzuim stijgt naarmate de werkdruk stijgt, dat gegeven gaat ook in de GGZ op.

Regeldruk in GGZ wekt afkeer op bij studenten

Slechts twee procent van de afgestudeerde mbo- en hbo-verpleegkundigen kiest voor de GGZ. Opvallend is dat de regeldruk, en de stapels administratie, door zowel de FNV als GGZ Nederland worden genoemd als belangrijke reden voor studenten om niet voor een baan in de zorg te kiezen. “Dat geldt zorgbreed, niet alleen voor de GGZ. De vele administratieve taken vormen de grootste reden om de zorg te verlaten. Deze mensen willen gewoon zorg verlenen, maar daar komen ze de helft van de tijd niet meer aan toe. Dus gaan ze weg”, vertelt Daniëlle van Essen van FNV Zorg en Welzijn.

Ook is de GGZ volgens haar in toenemende mate minder aantrekkelijk door de ‘zware’ zorg die verleend moet worden. “Een hele belangrijke factor is de veranderde vraag vanuit het publiek. Werknemers in de GGZ worden hierdoor steeds meer met zwaardere gevallen geconfronteerd. Mensen met psychische problemen blijven steeds langer thuis zitten. Vaak zitten cliënten al tegen een crisis aan voordat ze zorg krijgen, en dan moet er ook meteen zwaardere zorg worden verleend. Dit probleem krijgen wij van steeds meer leden teruggekoppeld.” Deze stijgende werkdruk heeft ook meer ziekteverzuim onder GGZ-personeel tot gevolg.

Zorginkoop

Het inkopen van zorg door verzekeraars gaat ook in veel gevallen fout, ziet Van Essen. “We horen steeds vaker van onze leden dat de budgetten in de loop van het jaar op zijn. Wie in november aanklopt bij een GGZ-instelling, krijgt steeds vaker te horen ‘kom in januari maar terug’. Dan is er weer nieuw budget. Alleen mensen die in een crisis verkeren, bijvoorbeeld mensen met zelfmoordneigingen, worden dan nog geholpen. Daarmee werken de instellingen eigenlijk al over hun budgetten heen. Deze situatie zien wij de laatste twee jaar steeds vaker.”

“Inmiddels zien we in de zorg overal tekorten. Campagnes om eerder ontslagen werknemers weer in dienst te nemen, lijken niet te werken. Veel mensen hebben blijkbaar al een andere baan buiten de sector gevonden. Ook werken de campagnes niet die de zorg aantrekkelijker moeten maken voor jongeren. Het gaat al fout bij de instroom van de opleidingen. Allerlei initiatieven, plannen en ideeën zijn uitgevoerd, maar ze werken niet.”

Een kijkje nemen op de Loopbaanportal?
Surf naar <https://loopbaanportalzorgenwelzijn.nl/>



Grijze golf

En dat is gevaarlijk, want er is een onontkoombaar nieuw gevaar voor de zorg: de vergrijzing. “Oudere werknemers gaan met pensioen, en inmiddels zijn er niet meer genoeg jongeren om hen te vervangen”, zegt Daniëlle van Essen. Zij ziet dat instellingen steeds vaker met uitzendkrachten werken om de tekorten op te vangen. Vaak worden ook ex-werknemers, die bij een van de ontslagrondes van de afgelopen jaren buiten de boot vielen, op die manier weer ingezet. Maar in sommige zorgsectoren gebeurt dat tegen een lager tarief. En dat is weer een reden voor deze zorgverleners om een toekomst buiten de sector te gaan zoeken.

Hoe krijg je een eind aan de varkenscyclus?

Bestuurder Elise Merlijn van FNV Zorg en Welzijn is positief over een nieuw initiatief dat de varkenscyclus in de zorg moet oplossen. Het heet de Loopbaanportal Zorg en Welzijn. Het is een website waarop werknemers in de zorg kunnen zien hoe hun loopbaan er voor staat, wat de perspectieven zijn in de sector waarin zij werken, en hoe ze kunnen inspelen op de veranderende vraag. En ook niet onbelangrijk: hoe ze kunnen komen naar de baan die ze werkelijk willen hebben. Hun droombaan.

Er is een proef geweest onder 250 werknemers. Die is hoopvol verlopen, meldt Elise Merlijn. “De pilot laat zien dat het kan werken. Werkgevers en werknemers zijn er heel enthousiast over om de Loopbaanportal te verbreden.”

Omscholen

Met de Loopbaanportal kunnen werknemers zien aankomen of er tekorten of juist overschotten van personeel in hun sector aankomen. Dan kunnen ze zich tijdig om- of bijscholen, zodat ze tijdelijk naar een andere zorgsector kunnen overstappen. “Zo blijven ze behouden voor de zorg. Het voorkomt ook dat werkgevers de werknemers die zij hebben tijdens een personeelstekort, aan zich proberen te binden - zeg maar vastketenen - door ze tijdelijk meer geld te bieden. Op die manier beweegt er niemand meer op de arbeidsmarkt. Mensen blijven zitten. Dat is onwenselijk.”

Hoewel het volgens Elise Merlijn in de GGZ nu ‘alarmfase één’ is wat betreft de personeelstekorten, is de Loopbaanportal een oplossing voor de lange termijn. Wat moet er op de korte termijn gebeuren? “Ik zou het gewoon niet weten”, verzucht zij. De bindingspremies die werkgevers hun personeel beloven, ziet zij in ieder geval niet als een oplossing. „Dat geld kunnen ze beter in een structureel betere cao steken.”●

Misschien wordt het morgen beter...

Door: Jeannet Appelo

Werken in de GGZ ondanks de bureaucratie tóch leuk

Hoe tevreden zijn werknemers in de GGZ eigenlijk over hun werk? Daarover wordt nogal verschillend gedacht. Op LinkedIn en Twitter vinden we talloze berichtjes, waaruit duidelijk wordt dat vooral de administratie en de bureaucratie een leegloop veroorzaken. (zie daarvoor ook het andere artikel in deze bijlage: 'Varkenscyclus in de GGZ'). Vooral psychiaters zouden stelselmatig voor zichzelf beginnen, zodat ze hun eigen weg kunnen gaan.

Er hebben de laatste jaren verschillende onderzoeken naar de werktevredenheid in de GGZ plaatsgevonden. Klopt het, dat werknemers in de GGZ zo ontevreden zijn?



Het magazine intermediair houdt jaarlijks een onderzoek naar het arbeidsimago van organisaties. In 2017 kwam de GGZ daar niet heel slecht uit: in [de top 50 van favoriete werkgevers](#) kwam de GGZ op een respectabele 13-de plaats, vóór bedrijven als Bol.com, TNO en Ikea, ná onder andere Phillips, de ING en Coolblue. Binnen de non-profit sector moest de GGZ als werkgever alleen de politie voor zich laten, de belastingdienst volgt na de GGZ als derde. Ondanks alles lijkt de GGZ dan ook nog steeds een gerespecteerde werkgever.

Die dertiende plaats betekent wel weer een lichte stijging na een dalende trend: de GGZ haalde in 2012 nog de tweede plek, om vervolgens af te zakken tot de 16-de plek in 2016. In het verdere verleden zette intermediair de GGZ zelfs op de 41-ste plek. Als favoriete werkgever gaat de GGZ dus vooruit.

VERANDERINGEN ZORGEN VOOR AFNEMEND WERKPLEZIER

De GGZ op een dertiende plaats als favoriete werkgever. Dat klinkt mooi. Een heel ander beeld schetst de SP in haar [onderzoek in december 2015](#), naar de arbeidstevredenheid van werknemers in de GGZ. Het onderzoek oogt wat tendentius: “Wanneer de respondenten wordt gevraagd of zij vinden dat er voldoende gekwalificeerd personeel op de afdeling is, antwoordt 28 procent ‘soms wel, soms niet’ en bij ruim 13 procent is dit ‘meestal niet’ het geval. Niet verwonderlijk dat ruim vier op de tien respondenten ook aangeeft dat ‘soms wel, soms niet’ de vereiste kwaliteit van zorg kan worden geboden.” Niet vermeld wordt hoeveel respondenten vinden dat er wél voldoende gekwalificeerd personeel is. Is dat 59%? En vinden zes op de tien respondenten de kwaliteit van de zorg voldoende? Hoe dan ook, het onderzoek van de SP suggereert een sector in verval, waar de werkdruk

bij 95% van de deelnemers is toegenomen en het werkplezier bij 62% is afgenomen. Helaas vermeldt het onderzoek niets over de grootte van die werkdruk en het werkplezier.

Toch signaleert het onderzoek ook lichtpuntjes, voor wie goed leest. Eén op de twintig heeft juist méér plezier in het werk. “Omdat ik meer ervaring heb opgedaan en mij zekerder voel over mijzelf. Ik zie mijzelf nog elke dag groeien”, zegt één deelnemer. Een ander zegt: “Het werken in de GGZ blijft ondanks veranderingen erg leuk om te doen.”

Natuurlijk signaleert de SP de nodige kritiek op de veranderingen. Bijvoorbeeld op het feit dat slechts enkele beroepen hoofdbehandelaar kunnen worden: “Mensen die vaak jarenlang ervaring hebben worden aan de kant gezet omdat ze geen academische achtergrond hebben”, en “Als SPV is de rol van regiebehandelaar op je lijf geschreven. Dit is een devaluering van het beroep”.

Ook de gevolgen van de extramuralisering verloopt niet probleemloos en in een onverantwoord tempo, vindt 72 procent van de ondervraagden. Slechts 2 procent is het daar mee oneens.

TOENAME VAN ONVEILIGE SITUATIES

Behalve de SP deed ook de CNV Zorg & Welzijn ruim een jaar geleden [een onderzoek onder GGZ-medewerkers](#). Het aantal onveilige situaties in de GGZ was sinds een jaar fors toegenomen, concludeerden de onderzoekers. Dat vonden in ieder geval 60 % van de GGZ-medewerkers in de enquête, waarin bijna driehonderd medewerkers een noodkreet lieten horen. Boosdoeners zijn volgens hen minder personeel en te weinig bedden, terwijl de psychiatrische problematiek zwaarder is en administratieve lasten toenemen. De werksituatie in de GGZ krijgt in de enquête een krappe zes van de deelnemers.

Opmerkelijk: GGZ casemanager en CNV-bestuurslid Tjaard de Vries spreekt daarbij van een verdeeldheid binnen de GGZ die ook niet helpt. “Er heersen veel verschillende ideologische opvattingen over zorgverlening en hoe om te gaan met verwarde personen. Dit leidt tot onduidelijk beleid en komt de oplossing van dit probleem op korte termijn ook niet ten goede.”

VERPLEEGKUNDIGEN EN VERZORGENDEN: REDELIJK TEVREDEN OVER HUN LOOPBAANMOGELIJKHEDEN

Het Nivel houdt eens in de twee jaar een [onderzoek onder verpleegkundigen en verzorgenden](#) over de aantrekkelijkheid van werken in de zorg. In 2015 werd het laatste onderzoek gehouden, de resultaten over 2017 worden in april verwacht.

Het Nivel concludeert dan onder andere dat ‘minder administratieve taken’ vaker genoemd worden dan in de voorgaande jaren als maatregel om het werk aantrekkelijker te maken. Dit geldt vooral voor verpleegkundigen in de GGZ en verzorgenden in de intramurale ouderenzorg.

Maar het Nivel concludeert meer. Verpleegkundigen en verzorgenden in de GGZ zijn redelijk tevreden over hun loopbaanmogelijkheden: bijna 30% is daar tevreden over, de helft is neutraal. Dat lijkt beter dan in de rest van de zorg. Ook scholingsactiviteiten worden in de zorg relatief vaak vergoed, in ieder geval vaker dan in de rest van de zorg.

Wel heeft 15% van de medewerkers het te druk, maar dat is (iets) minder dan gemiddeld in de zorg als geheel. 47% zegt het ‘gewoon’ druk te hebben (tegenover 54% gemiddeld in de zorg); 38% heeft het zelfs rustig, waar in de gehele zorg ‘slechts’ 31% het rustig heeft. Kortom: verpleegkundigen en verzorgenden in de GGZ hebben het druk, maar nog niet zo druk als hun collega’s in de rest van de zorg.

Vlak voor de deadline van dit artikel verscheen ook nog [de uitslag van de enquête van V&VN: #meer-zorgminderpapier](#), onder verpleegkundigen en verzorgenden. De enquête ging expliciet over onnodige registratie. Tijdsverantwoording, de ROM en dubbele registraties werden gezien als de drie grootste tijdverspillers. Opvallend is dat niet alleen de verzekeraars de schuld krijgen van de administratielast, maar ook de werkgevers, dus de sector zelf.

PSYCHIATERS: GEEN ACTIE ONDERNEMEN EN ZAKEN OP HUN BELOOP LATEN

In het tijdschrift voor psychiatrie van juli 2011 publiceerden Koerselmans e.a. een artikel over de [arbeidstevredenheid van de Nederlandse psychiaters](#). Met enig voorbehoud durven de auteurs wel een aantal conclusies te trekken.

Hun eerste conclusie is dat de onderzochte psychiaters een “haast specifiek te noemen combinatie laten zien van een relatief hoge tevredenheid over het werk met het ervaren van forse werkstress.”

Meteen daarna stellen zij, dat “die tevredenheid specifiek wordt geschaad door stressbronnen in de organisatorische en administratieve sfeer en niet zozeer door andere factoren, zoals moeilijke patiënten of suïcides”. Een conclusie met voorspellende waarde, gezien het aantal psychiaters dat de GGZ nu, zeven jaar later, lijkt te verlaten. De auteurs waarschuwen dan ook, dat het de vraag is hoe lang de hoge arbeidstevredenheid blijft bestaan en adviseren daarom de werkstress te verminderen. “Dat psychiaters in dienstverband minder tevreden zijn over hun werk dan vrij gevestigden, is in dat verband een relevante bevinding”, schrijven ze iets verderop.

Voor psychiaters die dit lezen en denken ‘zie je wel’, hebben de auteurs nog een prikkelende toevoeging. Over het verminderen van de werkstress schrijven ze:

“Het is zeer de vraag of we dat alleen aan de psychiaters zelf kunnen overlaten, (...) omdat psychiaters geneigd zijn om stressfactoren met passieve coping-strategieën tegemoet te treden: er niet over praten, geen actie ondernemen en zaken op hun beloop laten in de hoop dat het wel beter zal worden.”

Waarvan acte.

OVER DE EFFECTEN VAN BELEIDSVERVREEMDING OP WERKTEVREDENHEID

In juni van het vorige jaar leverde Marije Okkersen haar masterthese af, getiteld: “[Wanneer beleid het probleem lijkt te worden](#), over de effecten van beleidsvervreemding op werktevredenheid”. Aan de hand van de invoering van de Routine Outcome Monitoring (ROM), laat ze het gevaar zien van beleidsvervreemding. Ze stelt: “Naast de weerstand en ophef die is ontstaan over ROM, heeft dit onderzoek laten zien dat beleidsmakers serieus rekening dienen te houden met het feit dat vervreemding van ROM negatieve gevolgen heeft voor zorgprofessionals. Hoewel dit beleidsinstrument pas vanaf 1 januari 2017 verplicht is gesteld, laat dit onderzoek binnen een half jaar na verplichtstelling al zien dat beleidsvervreemding zorgt voor een afname van werktevredenheid. Een afname van werktevredenheid heeft niet alleen gevolgen voor de professional zelf, maar ook de organisatie waar hij werkt en – bij een afname van werktevredenheid bij grote groepen mensen – voor de hele maatschappij.” Beleidsvervreemding.... een woord dat wel past na de grote fusiegolven van de afgelopen jaren.

IS HET TIJ NOG TE KEREN?

De boodschap lijkt duidelijk: de GGZ is een plezierige sector om in te werken, maar de administratie en de bureaucratie maken het er niet leuker op en zorgen voor onnodig veel werkdruk. Toegenomen onveiligheid is daarbij een extra belastende factor. Gaat dat verbeteren?

In ieder geval zijn er de nodige initiatieven om hier verandering in aan te brengen. De [inspectie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid](#) heeft al aangekondigd in 2018 meer aandacht te geven aan de werkbelasting in de GGZ. Daar zal ongetwijfeld de (onveiligheid) en de bureaucratie aan de orde komen. Onlangs startten zorgprofessionals uit zeven verschillende beroepsgroepen de zogenaamde [schrappeweken](#). Ondersteund door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gaan zij – samen met verzekeraars, beroepsverenigingen en toezichthouders – vaststellen welke regels binnen hun vakgebied geschrapt kunnen worden en wat er nodig is om dat te realiseren. Die schrappeweken vinden plaats in de eerste twee maanden van dit jaar, in maart moeten de resultaten bekend zijn.

En in november al startte GGZ Nederland de campagne Minder Regelgekte, Meer Zorg. De campagne was vooral bedoeld om aandacht te vragen voor een groeiend probleem en leverde liefst 162.000 handtekeningen op.

Dat het allemaal niet zonder slag of stoot zal gaan, bewijst een eerder project van (onder andere) het ministerie. De minister en de bestuurders van de branche- en beroepsverenigingen hadden eind 2016 al een aantal speerpunten geformuleerd om de administratieve last in de GGZ terug te dringen. Het resultaat in april 2017: er hoeft door de huisarts geen verwijsbrief meer te worden geschreven bij een ‘doorstroom’ van de B-GGZ naar de S-GGZ.

Er is nog veel werk te doen. ●





HANDEN AAN HET BED, WAAR HALEN WE ZE VANDAAN?

HET PERSONEELSTEKORT
IN DE GGZ EN WAT WE
ER AAN MOETEN DOEN

WILLEM GOTINK

In augustus 2017 publiceerden Intrakoop en Verstegen Accountants hun [jaarlijkse Jaarverslagenanalyse van de GGZ](#) op basis van 186 jaarverslagen van GGZ-instellingen. Daarin stond ook het aantal onvervulde vacatures in de sector.

Even wat getallen: deze 186 organisaties hadden in 2016 samen zo'n 64.000 fte, waaronder 1.600 fte psychiaters in loondienst, een fractie (0,5%) minder dan de jaren daarvoor. Ruim driekwart (78%) van die fte betrof patiëntgebonden arbeidsplaatsen, de overige kon tot de overhead worden gerekend. Dit overheadpercentage was vergeleken met 2015 met +1,4% gestegen.

Tot zover niet heel bijzonder. Maar dan komt het aantal vacatures: "De GGZ ziet in 2016 het aantal vacatures stijgen met +28,5% naar een totaal van 5.151 vacatures. Ruim 4.000 van deze vacatures zijn patiëntgebonden, waarvan er 976 moeilijk vervulbaar zijn. Dit zijn vacatures die langer dan drie maanden open staan zonder een geschikte kandidaat te hebben gevonden. In 2016 stijgt het ziekteverzuimpercentage in de sector licht, van 4,2% in 2015 naar 4,3% in 2016."

Het betekent dat in 2016 ruim 8% van de vacatures niet vervuld zijn. De jaarverslagen over 2017 zijn nog niet gepubliceerd, maar de verwachting is dat het aantal onvervulde vacatures is toegenomen. Zo analyseerde de [NOS](#) daags voor de kerstdagen dat er 663 vacatures voor psychiaters openstaan. Het tekort aan verpleegkundigen kreeg veel minder aandacht, maar is vermoedelijk even ernstig.

Oorzaken

Er zijn meerdere oorzaken voor toenemende personeelstekorten in de GGZ, die ook tot verschillende knelpunten leiden, [zegt GGZ Nederland](#). De vergrijzing slaat toe in de sector, er gaan steeds meer mensen met pensioen die onvoldoende vervangen kunnen worden door nieuwe werknemers. Veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg, leiden tot een groeiende vraag naar hbo- en academisch opgeleid personeel. En de grote administratieve lastendruk maakt de sector minder aantrekkelijk om in te werken. Ook is de bekostiging er nog niet op gericht dat nieuwe beroepsgroepen, zoals ervaringsdeskundigen, volledig gefinancierd kunnen worden.

Daarnaast spelen er zaken die het personeelstekort ongunstig beïnvloeden. Wij, GGZTotaal, gaan de komende maanden proberen grip op te krijgen op de vraag hoe het zo gekomen is. Suggesties over mogelijke antwoorden zijn welkom.

Ten eerste: In de hele discussie van twee jaar terug rond het hoofdbehandelaarschap en regiebehandelaar verschoven plotseling een aantal beroepen van plaats. Zo werd de SPV uit het rijtje van mogelijke hoofdbehandelaars geschrapt. Het gevolg is dat vrijwel alle patiënten binnen de GGZ ook door een psychiater moeten worden gezien (of door een verpleegkundig specialist, of door een psychotherapeut, allemaal beroepen die schaars zijn). Dat gold óók voor patiënten bij wie dat niet per se nodig is. Een eis van de zorgverzekeraar, veel psychiaters klagen over deze verplichtte 10-minuten-ge-

sprekken. Maar zorgverzekeraars nemen hun beslissingen op grond van wat het Ministerie, de beroepsverenigingen, de NZa en anderen zeggen. De vraag is dus: door wie is dat de zorgverzekeraars ingefluisterd? Kan het zijn dat dat door een belanghebbende beroepsvereniging is gebeurd?

Ten tweede: Hbo-psychologen kunnen tot op heden niet declareren, terwijl ze wel zijn opgeleid om adequaat hulp te verlenen. Soms geldt dat ook voor GGZ-agogen. Een kans om het personeelstekort aan te vullen. Opnieuw: wie heeft dat de verzekeraars ingefluisterd? Zou het kunnen dat dat ook hier door een concurrerende beroepsvereniging is gebeurd?

Ten derde: waarom zijn er zo weinig opleidingsplaatsen voor psychiaters en verpleegkundigen terwijl er zo'n groot tekort is? Het tekort stuwt de inkomens van de psychiaters omhoog (vreemd genoeg niet die van de verpleegkundigen) en maakt het onmogelijk slecht functionerende psychiaters weg te sturen. Die hebben zichzelf immers onmisbaar gemaakt. (Vlak voor dit magazine van de digitale pers rolde, werd bekend dat in ieder geval één Hbo-opleiding de numerus fixus voor verpleegkundigen opheft. Het aantal opleidingsplaatsen voor psychiaters is nog niet uitgebreid.)

Het gevecht om de professional

Ondertussen heeft iedere instelling zo zijn eigen strategie om mensen te werven. Daarbij is de nood zo hoog, dat zich de suggestie van een concurrentiestrijd opdringt. Rivierduinen zegt bijvoorbeeld een recruitmentbureau te hebben ingeschakeld om te voorzien in moeilijk vervulbare vacatures. Ze lijken daarin niet de enige te zijn, want psychiaters die we spreken zeggen regelmatig te worden gebeld door dergelijke

bureaus, in een poging te worden 'weggekaapt' bij hun huidige werkgever. De belofte van een hoger salaris is daarbij geen uitzondering. Bij GGZ Friesland kan ook het aanbrenge van een goed opgeleide professional geld opbrengen. Afhankelijk van de periode die de nieuwe werknemer minimaal in dienst blijft, kan dat bedrag variëren van € 1000,- tot € 1500,-. Ook Emergis heeft een dergelijke regeling voor het aanbrenge van psychiaters.

Dat de manier van werven kan leiden tot een ongewenste concurrentiestrijd, waarbij instellingen elkaars personeel wegkapen, is een gevaar dat wel gezien wordt. "We zien een toenemend belang in het samen inzetten van goede professionals in plaats van het bij elkaar wegkapen", zegt Jochem van Woerden, van de afdeling Human Resources van Lentis. "In het Noorden trekken Lentis, VNN, GGZ Friesland, FPC Van Mesdag en GGZ Drenthe samen op in ontwikkeling, werving en inzet van flexibele professionals om zo de zorg te kunnen leveren op het moment dat die nodig is. We kijken waar we elkaar kunnen versterken met opleiden van talenten in het Noorden en het voorkomen van het oplopen van de wachtlijsten. We ervaren een positieve werking vanuit deze gezamenlijke aanpak. Natuurlijk werven we ook individueel.

We lopen er wel tegen aan dat er minder mensen worden opgeleid dan er nodig zijn. Dat komt deels doordat er door werkdruk weinig tijd is voor begeleiding van opleidingen in de praktijk, maar ook omdat de plaatsen zijn gemaximeerd. Er zouden landelijk meer middelen moeten komen om meer professionals te kunnen laten instromen."

Emergis (Zeeland) heeft een uitgebreid programma om mensen te werven. Zo nodigt de instelling medewerkers uit om te vertellen waarom het aantrekkelijk is om bij Emergis te werken. Die verhalen komen terug in vacatureteksten en op sociale media. Emergis is ook aanwezig op open dagen van de diverse opleidingen en bij congressen, adverteert in regionale en landelijke uitgaven en biedt stage- en leerplekken aan.

Psychiaters zijn niet alleen vanwege hun kennis, maar ook door de huidige regelgeving keihard nodig in een GGZ-instelling. Door de schaarste kan hun inkomen fors stijgen. Zo biedt Emergis letterlijk tonnen als psychiaters daar komen werken. In het jaarverslag van Emergis over 2016 staat te lezen: "Binnen Emergis is sprake van een structureel tekort aan medisch specialisten. (...) Hierdoor hebben een aantal medisch specialisten ruim boven de standaard FTE diensten (110-122%) gewerkt en ook veel extra crisisdiensten gewerkt (overuren). Daarnaast heeft Emergis met ingang van 2015 een zogenaamde arbeidsmarktoelage geïntroduceerd om meer medisch specialisten aan zich te kunnen verbinden in plaats van inhuurconstructies". Het gaat bij Emergis over inkomens van € 180.000,- tot ver boven de twee ton per jaar.

Vrijwel alle vacature-pagina's van de GGZ-instellingen doen een beroep op vrijwilligers en vertellen uitgebreid hoe onmisbaar ze zijn. Dat blijkt ook wel uit de cijfers van drie willekeurige instellingen: bij Altrecht werken 250 vrijwilligers, bij de Parnassia Groep 900, bij GGZ Centraal 360. Evenals bij de betaalde vacatures lukt het ook hier niet alle vrijwilligersvacatures te vervullen.

Oplossingen in een breder kader

GGZ Nederland ziet een [aantal oplossingsrichtingen](#) voor deze verschillende oorzaken van het hetzelfde probleem. Zo ziet ook GGZ Nederland dat uitbreiding van de opleidingscapaciteit nodig om in de nabije toekomst meer academisch geschoolde professionals te krijgen. Ook is het volgens GGZ Nederland nodig dat het Stagefonds meer middelen krijgt, zodat er meer stageplekken gecreëerd kunnen worden voor hbo-studenten.

De sector moet aantrekkelijker worden om in te werken, bijvoorbeeld door de regeldruk in de GGZ te verminderen. Zie daarvoor een ander artikel in deze bijlage. En ook GGZ Nederland ziet dat het helpt wanneer nieuwe beroepsgroepen bekostigd kunnen worden ingezet. Samen moeten dit soort maatregelen ervoor zorgen dat er ook in de toekomst voldoende personeel is om geestelijke gezondheidszorg te bieden.

Het toenemende personeelstekort is niet uit de lucht komen vallen. Bijna een jaar geleden, vlak voor de Kamerverkiezingen, tekenden we van zes GGZ-bestuurders hun wensen voor het nieuwe kabinet op. Jos Brinkmann, bestuurder bij GGZ NHN, zei toen al: "(...) zou ik willen dat het kabinet met ons meedenkt hoe we ervoor kunnen zorgen dat we voldoende personeel houden. Er dreigt in sommige beroepen krapte op de arbeidsmarkt. In de toekomst zal het moeilijk zijn om voldoende gekwalificeerd personeel te vinden en te houden. Daar moeten we echt werk van maken."

De andere vijf bestuurders uitten soortgelijke wensen. Het probleem is echter alleen maar groter geworden.

Tijd voor actie, maar van wie? ●



OP DE WERKVLOER