

Nieuwe kleren voor de GGZ

Goede GGZ: tegenwerpingen

Ed van Hoorn



Al jaren is er sprake van onbehagen in de GGZ. Voor wie het wil weten is er veel wat niet goed gaat. Er is te veel aanbodsturing, grote onvrede met de uitkomsten, de iatrogene schade is te groot. En ook: de sector eet een steeds groter deel van het BNP op. De oplossingen die politiek, beleid en management voor dit probleem bedenken bevinden zich steeds binnen dezelfde parameters. De basisgedachte daarbij is dat de GGZ in de kern inhoudelijk op het goede spoor zit en eigenlijk heel toekomstbestendig is ('wij doen al lang aan vraagsturing'). Er hoeft slechts hier wat bij en daar wat af, een paar verschuivingen in de subsystemen, geld er bij en klaar is Kees. Voorstellen die in de praktijk weinig zoden aan de dijk zetten en het onbehagen niet wegnemen. Voor de persoon die te maken krijgt met de GGZ is de laatste jaren echter merkwaardig weinig veranderd. We hebben nog steeds de meeste bedden, we zijn nog steeds kampioen dwang en drang. De DSM ligt nog altijd op tafel en in de praktijk geldt als het er op aan komt de dokterslogica: diagnosticeren en pillen voorschrijven. En dat in steeds grotere hoeveelheden (cfr. de depressie-epidemie). Je zou dus kunnen zeggen dat de sector, de zeldzame uitzonderingen niet te na gesproken, in de kern buitengewoon weerbarstig en veranderingsonwillig of -onfähig is. Er zit ergens een wand waar alle pogingen om te vernieuwen op stuk lopen. En nu dus een nieuwe poging, door Van Os c.s. (*) Gepresenteerd als een disruptief model. Wat het volgens mij niet is.

Een van de problemen die ik met dit boek heb is de twijfel of Van Os de harde kern van de GGZ wel aanpakt. Ik vrees dat wat hij voorstelt weer zal leiden tot de zoveelste, inhoudelijk lege vormverandering. Een die in theorie (het hele boek is theorie) weliswaar verder gaat dan de vorige omdat ze alle mogelijke perspectieven en paradigma's meeneemt, nieuw en oud, maar dat juist daardoor inhoudelijk weinig zal veranderen omdat de leeuw (de oude psychiatrie) en het lam (de nieuwe psychiatrie, de herstellende, de ervaringsdeskundigen) in één hok worden gestopt, met voorspelbare afloop. Het misbaar van de olifant die naar zeggen van Van Os midden in de GGZ staat en trompettert dat het niet goed gaat, heeft als puntje bij paaltje komt Fernweh naar een nieuwe organisatie van de GGZ: in de wijk, met een andere opvatting over gezondheid en met een ruimere blik. Maar alles overziend, ook dit boek van Van Os c.s., zou een pleidooi voor minder, veel minder GGZ, meer op zijn plaats zijn. Een bescheiden en nederige GGZ, die niet veel kan en dat erkent, en veel tolerantie en begrip heeft voor alles wat gek is. Want daar is uiteindelijk meer reden voor dan voor de volgende nieuwe jas. Het is uiteindelijk toch behandelen, veel behandelen wat opnieuw de bedoeling is. Wie wil nou een GGZ die als een rivier in de delta van de samenleving uitvloeit en in iedere wijk 120 FTE aan GGZ-personeel afzet. En daarbij tot in de kleinste haarvaten tegen de

bevolking aanschurkt. En omdat volgens van Os iedereen aan de nieuwe GGZ mag meedoen (het merendeel van de huidige werkers, ervaringsdeskundigen, recovery werkers, maar ook de harde biologische psychiaters die gek zijn op stofjes), vind ik dat geen prettig vooruitzicht. Wat gaan die mensen straks bij mij om de hoek doen? Daar ben ik niet gerust op, temeer omdat er in het model van de Nieuwe GGZ, dat tot op een bizar niveau gedetailleerd is, niet één opmerking wordt gemaakt over hoe de burger dat systeem gaat sturen (dat is toch de bedoeling, of vergis ik me nou zo erg?). Gaat de burger sturen met een PGB? Op welke momenten dan? Of wordt het – dat zou geweldig zijn – zoals hier en daar al in de WMO gepraktiseerd wordt en onlangs door staatssecretaris van Rijn is omhelsd voor de WLZ, een systeem waarbij de financiering de persoon volgt (PVB) en niet langer het aanbod? Dat zou pas een Copernicaanse wending van formaat zijn met meer kans op een open en fluïde GGZ dan ooit en minder stagnatie omdat de klant dan zelf de infrastructuur schept en herschept door met zijn koopkracht te bewegen. In gemeenten waar inmiddels de WMO via een PVB wordt gefinancierd (bijv. de gemeente Huizen in NH) zien we dat dit tot grote flexibiliteit in het aanbod leidt, zowel qua volume als qua inhoud. Bovendien mag je aannemen dat dit – op zijn beurt – leidt tot een aanzienlijke daling van het aantal vraag-aanbod fricties.

Verklaringen voor het hardnekkige onbehagen in de GGZ zijn er te kust en te keur: systemen en werkers zijn out of control, het besturingssysteem is hybride, de hindermacht van de verzekeraars en bureaucratieën is te groot, er is geen draagvlak onder de professionals voor veranderingen, het ontbreekt aan eensgezindheid over wat echte veranderingen zijn, de media verwarren voortdurend *bad* met *mad*, patiëntenorganisaties zijn verstatelijk. Misschien kloppen al deze verklaringen wel een beetje of klopt iedere verklaring voor een groot deel. En dragen ze er allemaal aan bij dat de GGZ zo'n weinig vitale indruk maakt, star in stagnatie.

Van Os voegt er nog twee verklaringen aan toe: de marktwerking heeft tot onaanvaardbare inter-regio variantie geleid (hetgeen kennelijk veel erger is dan interdoktervariantie) en de GGZ is uit balans geraakt door de dominantie van de biologische psychiatrie. In de grandioze poging om de hele GGZ te herontwerpen is dit een interessant punt. De jarenlange stilte rond de GGZ heeft de biologische psychiatrie erg goed gedaan, zij voert inmiddels in Nederland de boventoon. Dat van Os het zwijgen doorbreekt en de dominantie van de stofjes-dokters attaqueert – alhoewel hij ze ook vriendelijk uitnodigt om mee te doen aan de Nieuwe GGZ – is geweldig! Eindelijk weer wat reuring. Maar daarmee keert ook weer het oude, versleten, saaie debat terug tussen voor- en tegenstanders van de biologische psychiatrie. Daarover zo meteen meer.

Het boek heeft drie delen waarvan het eerste – over de uitgangspunten – en het tweede deel – over de wijk – het belangrijkste zijn. Het derde deel over digitale transformatie vind ik erg Star Trek. Dit deel is vooral interessant voor wie veel interesse heeft voor interacties in de sfeer van e- en m-health en digitale communities. De meerwaarde van die media staat buiten kijf: peer-to-peer contact is de norm, minder iatrogene schade, meer zelfregie. Maar de beslissende vraag is natuurlijk: wie zit er straks aan de knoppen? Wie definieert, bezit, beheert en controleert content en software? We kunnen daarnaast geen van allen de vlucht voorspellen van robotisering en kunstmatige intelligentie. Wie durft – een staaltje Star Trek van mijn kant – uit te sluiten dat het over 20 jaar mogelijk is om een empathische, geduldige en niet-veroordelende gesprekspartner aan te schaffen via Bol.com en in huis te nemen. Of beter nog: er een te delen met je vrienden. Dat het intussen allemaal nog niet zo makkelijk is blijkt wel uit de community (website) van de Nieuwe GGZ. Daar heeft maandenlang niks nieuws op gestaan.

Het eerste deel van het boek gaat over alles wat er mis is in de GGZ en hoe het anders moet. Nu de sociale psychiatrie met dit boek weer terug is (al wordt de term sociale psychiatrie als ik goed gelezen heb niet één keer gebruikt), duikt meteen de oude controverse met de biologische psychiatrie weer

op. Van Os tegen de harde hersendokters. Gaap. Een onvruchtbare en zinloze discussie! Als je van mening bent dat psychische makke een ziekte is die veroorzaakt wordt door (het ontbreken van) een stofje in je hoofd, zal je door nog geen honderd Van Osses van het tegendeel overtuigd worden. Niet met het argument dat de biologische olifant (een andere olifant dan die Van Os!) in 30 jaar nog geen muisje gebaard heeft, niet met het argument dat onderzoek en onderzoeker gekocht zijn door de farmaceutische industrie, niet met het argument dat N=20 onderzoeken niet erg sterk zijn, to say the least. Niets zal biologische psychiaters en hun adepten van hun standpunt afbrengen en waarom zouden ze ook, hun positie is namelijk tamelijk comfortabel. Want het is nu eenmaal zo dat de biologische psychiatrie een groot draagvlak heeft bij mensen die niets of weinig weten van psychisch lijden. En dat is het merendeel van de bevolking. Voor de vrouw in de straat, en voor de man in de Tweede Kamer, is psychisch lijden een ziekte. Punt uit. Een ziekte die bestreden moet worden met dokters en pillen. Dat is common sense in Nederland. Zodra er iets aan de hand is in het publieke of private domein is dit de reflex: gek-hersens-stofje-dokters-pillen. Vooral als er paniek is en men zelf of een belangrijke ander voor het eerst met psychisch lijden te maken krijgt. Alles wat onbegrijpelijk is, ook en vooral crimineel gedrag, wordt met de term 'ziek' immers begrijpelijk, denkt men. De biologische psychiatrie is altijd de eerste keuze. De wachtkamer van Kahn zal altijd voller zijn dan die van Van Os. Daarom zal de biologische psychiatrie (gesteld dat Van Os dat zou willen) nooit van het toneel verdwijnen. Net zo min als kaarsjes branden of op ongeverfd hout kloppen.

De andere GGZ zoals Van Os die presenteert en waarmee hij opponeert tegen het biologisch monisme heeft geen of weinig draagvlak bij het algemene publiek. Maar wel bij een geïnformeerd publiek, bij degenen die via een eigen ervaring of die van een dierbare, inmiddels goed op de hoogte zijn van (de effecten van) de biologische psychiatrie in real life. De weg naar de sociale psychiatrie gaat altijd via een botsing met de biologische psychiatrie. Dat gold in de 70-er en 80-er jaren in de toen vitale cliëntenbeweging, dat geldt voor de recovery beweging nu en waarschijnlijk geldt het ook voor Van Os zelf.

Het bepalende moment voor de botsing van het individu met de biologische psychiatrie is het besef op enig moment dat bij een verder verblijf in de biologische sfeer, een point of no return nadert. Voorbij dat punt is de weg terug geblokkeerd en wordt de metafoor dat psychisch lijden een ziekte is echt gevaarlijk. Wegwezen is dan het devies. Anders is de iatrogene schade niet meer te overzien. Wie over dit punt heen gaat krijgt het zwaar: tardieve dyskinesie, stigmatisering, verarming, uitsluiting van de arbeidsmarkt, een vroege dood. Een credit die Van Os verdient is dat dit moment of no return in zijn model eerder zichtbaar wordt dankzij de pluralistische samenstelling van de werkers in zo'n model. Mits wordt voldaan aan de voorwaarde dat al die werkers evenveel zeggenschap hebben. En dat betwijfel ik.

Hetzelfde antropologische nulpunt

Van Os ziet de kanteling van een biologische- naar zijn soort psychiatrie als een paradigmashift, als de switch van een negatief naar een positief gezondheidsideaal. In het negatieve ideaal is het doel de afwezigheid van ziekte. Volgens Van Os niet langer houdbaar, theoretisch niet want het is nu toch wel genoegzaam aangetoond dat er geen sprake is van ziekte (lees die hoofdstukken toch maar weer eens). Maar ook empirisch niet want vaak blijft men 'ziek' en plakt de psychische eigenaardigheid voortaan aan iemands leven. Het negatief-biologische model leidt bovendien snel tot overbehandeling en symptoombestrijding. Daar staat het positief model tegenover: niet genezen is aan de orde maar coping, om uiteindelijk aan 'betekenisvolle doelen' te kunnen werken en om een 'zinvol bestaan' te leiden. Hoe sympathiek dit positieve model ook lijkt, ik zou zeggen dat beide modellen er niet in slagen om de persoon in kwestie in zijn waarde te laten en het lijden te laten voor

wat het is. Ik gruw in dit verband evenveel van de term 'genezen' als van 'een zinvol bestaan met goede doelen'. In beide gevallen wordt de persoon gesplitst, in wie hij nu is (niet goed) en wie hij zou kunnen en moeten worden (wel goed) en hebben anderen activistische bedoelingen met je. In beide gevallen heb je een weg te gaan. Moet je iets. Is het niet het 'red mij' (in het oude model) dan is het wel 'help me om mezelf te redden' (in het nieuwe model). In beide gevallen moet je kennelijke gered worden. En in beide gevallen is het dan een klein stapje van een therapeutische kans naar therapeutische dwang. Naar mijn mening deugt in beide modellen het 'antropologisch nulpunt' niet. Dat zou moeten zijn dat psychisch lijden van alle tijden is, en van alle mensen. Dat het deel is van de menselijke conditie, hoe pijnlijk het ook is. Nietzsche noemde het 'de wond in het hart van het universum' waarmee hij bedoelde dat veel dingen niet zijn wat ze zouden moeten zijn. Dat is ernstig, pijnlijk en moeilijk. Maar het is beter om de wond te affirmeren dan om er tegen tekeer te gaan. Het is een gevaarlijke utopie om te denken dat het psychisch lijden er niet hoeft te zijn of gemitigeerd kan worden door een 'zinvol bestaan'. Psychisch lijden is soms lelijk, soms lucide, soms pijnlijk, soms dodelijk, soms saai, soms ontstellend droevig, soms een geliefde metgezel en soms is het dat allemaal tegelijkertijd. Maar hoe dan ook: het is. Wil men het verhelpen, of dat nou genezen heet of recoveren, dan ligt al gauw het gevaar op de loer dat er meer onheil wordt aangericht dan opgelost. Dat is het potentieel tirannieke moment van iedere GGZ, ook als die 'nieuw' en 'goed' is. De rekening van al die goede bedoelingen ligt uiteindelijk dan op tafel bij degene die ondanks de inspanningen en goede daden van wie hem helpen wil, toch niet geneest of recovered en dan pas goed in de puree zit. Geen hoop meer, wel onmacht en schuldgevoel.

Tussenstap: waar dat toe kan leiden toont het volgende voorbeeld. Nog niet zo lang geleden ging het op de Viersprong in Halsteren als volgt. De Viersprong was/is een therapeutische gemeenschap die in die dagen een neo-Freudiaans ziekte-theoretje hanteerde, TA voor de kenners. Men was erg over zichzelf te spreken en de groepsyell was dan ook 'als je het hier niet redt dan red je het nergens'. Voor wie dat een harde realiteit werd, voor wie het inderdaad niet redde (lees: genas of accomodeerde) bleef dan het alternatief over waar de inmates elke keer met huiver over spraken: het veer van Kruiningen naar Perkpolder en dan tjoep de Westerschelde in. Wie een beetje thuis is in de egodocumenten van psychiatrische patiënten weet dat meer nog dan de lijdensdruk de genezingsdruk een last is. En de vertwijfeling en onmacht die volgt als het (weer) niet lukt. Is dat dan misschien uiteindelijk de vloek van de goede daad?

In het verhaal van Van Os wordt wat mij betreft niet duidelijk welke druk er straks wordt uitgeoefend op het individu om nu toch eindelijk eens een keer in de nu toch geheel vernieuwde en goede GGZ wel te 'slagen'. Wat mij verontrust is: als je ook dan nog gewoon 'gek' of 'apart' of 'afwijkend' bent, wat gebeurt er dan met je? Kom je dan terecht op nieuwe 'hangplekken'? In wat Van Os de 'sociale economie' noemt? Bijvoorbeeld in een project 'boodschappendiensten voor mensen die zelf geen inkopen meer kunnen doen', of in een project waarin 'gestreken, gewassen en herstelwerkzaamheden gedaan worden'. Is dat het verlokkelijk perspectief van de nieuwe GGZ? Of is dit gewoon de bekende negatieve attributie in een nieuw jasje? Het hardnekkige vooroordeel dat mensen die psychisch lijden een laaggeschoolde subverzameling van de bevolking zouden zijn? Ja, natuurlijk, van Os noemt ook andere projecten, er staat letterlijk tussen de projecten 'bejaardensitters' en 'tuinonderhoud' ook: ondersteuning bij belastingen, schulden en 'misschien, zelfs bij dreigende juridische problemen'. Ach gossie, zouden ze dat echt kunnen die mensen die een ingewikkeld psychisch leven hebben? Maar dan wel met een coach er bij zeker.

Niets doen, althans niet in instituties of door professionals, is in Nederland geen populaire optie. Terwijl er toch ook data zijn die uitwijzen dat niets doen erg therapeutisch kan zijn (wachtlijsttherapie). Veel mensen 'genezen' vanzelf of door het mysterieuze placebo-effect, evenveel mensen genezen nooit of maar een klein beetje (ondanks een massieve GGZ-inzet). Intussen nemen

we al de materiële en immateriële kosten van dit niet-genezen voor lief.

Voor een Illichiaans abolitionisme ('mijd de dokter') is in Nederland jammer genoeg nooit veel animo geweest. Misschien komt dat nog. Het is bemoedigend dat Trudy Dehue (1) in die richting denkt. Zij pleit als een van de weinigen voor het waarderen van variatie en het verdragen van lijden. Het is, zo stelt zij, misschien beter om het lijden in zijn maatschappelijke context te plaatsen, dan het antwoord te zoeken in (meer) GGZ. Voorlopig een roepende in de woestijn.

In de Cliëntenbond in de GGZ hadden we altijd de goede gewoonte om niet te kijken naar wat aanbieders in de GGZ beweerden te doen, maar wat er van die bedoeling in de praktijk, in wat er feitelijk gebeurde, terecht kwam. Effecten interesseerden ons, niet de bedoelingen. In de GGZ is niet alleen papier geduldig, dat zijn de bedoelingen ook. Dat leverde meestal het volgende beeld op: veel nieuwspraak en weinig gevulde gaatjes. In theorie was het allemaal top of the bill wat er geleverd zou worden, in de praktijk was het dan toch weer veel creatieve therapie, 1x per maand een gesprek met de psychiater over de medicatie, en als je geluk had nog wat psychotherapie, voornamelijk gedragstherapie, of wat daar voor doorging. Verder veel verveling en wachten. Als je pech had kreeg je om de andere maand een andere therapeut, liep je achterstevoren van de psychofarmaca, en begon je baas met de laatste bladzijde in je personeelsdossier. En dan, na een paar jaar, was je dolblij met een plaats in een project à la het 'bejaardensittersproject' van Van Os, of met een uurtje roken en koffie drinken en rondhangen in het Dag Activiteiten Centrum, de ideale hangplek voor degene die voorbij het point of no return was geraakt.

Ik ben er niet gerust op dat dit in de 'nieuwe en goede ggz' van Van Os anders zal zijn. Hoe meer ik in dit boek doordring hoe meer ik er van overtuigd raak dat het effect hooguit een territoriale herschikking zal zijn en dat de enige inhoudelijke noviteit is dat alle mogelijke paradigma's en disciplines bij elkaar worden geharkt in een naïef en ogenschijnlijk harmonieuze schikking; in een super eclecticisme.

Over de wijk als primair organisatie niveau is op andere momenten en elders veel gezegd. Ik wil er nog over kwijt dat ik het merkwaardig vind dat niet wordt verwezen naar het enige grootschalige experiment dat met GGZ in de wijk, ooit in Nederland heeft plaatsgevonden. Ik doel op de Amsterdamse plannen voor ook al een Nieuwe GGZ uit de 80-er jaren. Dat experiment is in 2008 definitief gestaakt toen het laatste Sociaal Pedagogisch Diensten Centrum (SPDC) werd gesloten na een vernietigend rapport van de Inspectie nadat er iemand in de isoleercel was overleden. Santpoort was toen al dicht, de bewoners woonden op een kluitje in de Bijlmer of in RIBW's en van de ambulante ondersteuning was niets terecht gekomen. Voor mij is de beslissende vraag: wie wil nou eigenlijk zoveel GGZ-ers (120 FTE) in de wijk, en worden daarmee niet meer problemen veroorzaakt dan opgelost? Bijvoorbeeld in de vorm van grotere zichtbaarheid, stigmatisering en kwetsbaarheid van mensen met makke (die er al lang woonden voordat de GGZ kwam)? Is het aanbodlogica of vraaglogica dat de GGZ de wijk in wil? Is er dan postcodedwang? Voor het meedoen van mensen met makke in de wijk is niet per se nodig dat de GGZ om de hoek zit, dat hangt af van hele andere processen. Wil de wijk die 120 FTE wel en hebben de klanten daar zelf ook nog iets over te zeggen? Van een analyse van hoe dit proces verlopen is in A'dam zou Van Os veel kunnen leren. Neem ik aan.

De leeuw en het lam in één hok

Dan het deel waar ik de meeste moeite mee heb. De leeuw en het lam in één hok. De noviteit van Van Os is een herschikking van alle disciplines en alle paradigma's in een wijkgebonden model. Hij laat niemand achter in de oude GGZ, iedereen scheept in. Dat vind ik om een aantal redenen naïef en riskant (vooral voor het lam).

- 1) Ook de biologische psychiatrie komt mee, Van Os bekritiseert wel het medisch model maar neemt nergens afstand van de ziekte-metafoer. Die laat hij intact. Dat is buitengewoon naïef. Omdat zo de sturende, scheppende, bepalende rol van het idee 'ziek' buiten beschouwing blijft. De ziektemetafoer maakt in de praktijk uit wat geldige en ongeldige kennis is, richt een sociale hiërarchie in, verandert de verhoudingen tussen betrokkenen van een subject-subject relatie in een object-subject relatie (de klant is voortaan object), laat slechts twee rollen intact (die van helper en geholpene) waartussen een Berlijnse muur staat, en sluit de een in (de dokter) en de ander uit (de burger). Lees, als u hiervan overtuigd wil worden, de ego-documenten van klanten van de GGZ en proef al die dingen dan eens op uw tong. De ziektemetafoer zet dokters op de troon en dan is het gedaan met elke vernieuwing waarin het burgerschapsdenken centraal staat. Als dokters meedoen wordt hun manier van denken, kijken en handelen de ruggegraat van ieder model. Dat is de leeuw.
- 2) Dan het lam. Aan de plannen van Van Os doet de recovery-beweging mee, en honderden, zo niet duizenden ervaringsdeskundigen. Ik begrijp niet zo goed waarom de recovery beweging hiermee instemt. Waarom wil de herstelbeweging zo graag deel van de GGZ zijn? Wat voor kosten en baten levert dat op? Is het om strategische redenen, om financiële redenen? Gaan de herstellende straks meetekenen voor dwangopname en dwangbehandeling (ook dat kan in het model van Van Os)? De herstelbeweging zou toch iets geleerd moeten hebben van de manier waarop eerdere vernieuwingen, aangedragen door de patiëntenbeweging, in de GGZ werden uitgeschakeld. Via paradigmatische disciplineren (eerst) en marginalisering (later). Zoals is gebeurd bij patiëntenraden en bij PVP-ers die zich in een puur juridisch model hebben laten isoleren. Zou het niet veel verstandiger zijn om buiten de nieuwe GGZ te blijven en daarnaast te functioneren als een zelfstandige, autonome partij die evengoed via PGB's en PVB's gefinancierd zou kunnen worden?
- 3) Van Os zet zwaar in op de rol van ervaringsdeskundigen in de wijk. Toen een jaar of 10, 15 geleden voor het eerst werd nagedacht over de inzet van ervaringsdeskundigen stonden twee kerntaken voorop. De eerste kerntaak was de brugfunctie tussen klant en systeem. De ervaringsdeskundige zou een rolmodel kunnen zijn ('er is leven na de psychiatrie'), een communicatieve voorsprong hebben en kunnen tolken en vertalen. De tweede kernfunctie was dat hij drager zou zijn van een nieuw soort kennis, nl. collectieve ervaringskennis ('wij'-kennis). Dat is overlevingskennis, waarvan de consument ook producent kan zijn, die betrekking heeft op alle levensterreinen en waarvan de geldigheid door de afnemer wordt bepaald en niet door degene die hem levert (precies: om object-subject verhoudingen te voorkomen). De ervaringsdeskundige zou de gids zijn in dit nieuwe universum van kennis. Om die reden zou ervaringskennis kennis moeten zijn die kan reizen in tijd (nu bruikbaar en over 10 jaar ook) en in ruimte (bruikbaar in Middelburg en in Meppel). Nu, 15 jaar later kunnen we constateren dat de eerste kernfunctie, de communicatieve schakel, zo blijkt uit berichten uit de praktijk, redelijk uit de verf komt, zij het dat sommigen een kwijnend bestaan melden. Maar van de tweede kernfunctie, die van drager van collectieve ervaringskennis, is niets terecht gekomen. Dat is niet alleen jammer, maar voor de individueren van het vak en ontwikkeling van het beroepsprofiel buitengewoon tragisch. Het levert ervaringswerkers in de praktijk veel kritiek van collega's op ('wat jij kan, kunnen wij ook') en maakt de functie symbolisch, dat wil zeggen dat het politiek correct is om er een in huis te hebben als een mindere para-therapeut. Maar van toevoeging van een nieuw soort kennis is geen sprake. Laat staan een andere uitkomst. Maar dat is niet alleen een probleem van de ervaringsdeskundigen. Omdat de kennis waarvan zij drager zijn, zo in het donker blijft, is ook onduidelijk of deze kennis aanvullend van karakter is of vervangend. Een kleine club als 'Vriend' bijvoorbeeld (www.vriendggz.nl) werkt uitsluitend met ervaringsdeskundigen. Daar is ervaringskennis dus vervangend. Maar stel dat het om aanvullende kennis gaat, hoe is dan de verhouding tussen professionele kennis en ervaringskennis? Wie weet wat en sluit dat elkaar in of uit? Antwoorden op dit soort vragen zijn er niet. En dat maakt ervaringsdeskundigen uiterst kwetsbaar.

Van Os begrijpt de risico's hiervan (het is nl. de vraag of de gemeenschap premiegelden overheeft voor een dergelijke primitieve en heterogene functie) en stelt een landelijk (kennis-)instituut voor dat de ontwikkeling en professionalisering van de ervaringsdeskundige ter hand zou moeten nemen. Bravo, maar kan dat ook buiten de nieuwe GGZ om? Gearriveerde krachten, 'oude' paradigma's bijeenbrengen met nieuwe die niet ontwikkeld zijn, zonder profiel en domein, zal leiden tot een sociaal Darwinistische heksenketel waarvan de uitkomst niet moeilijk te voorspellen is. In het ergste geval zullen al die ervaringsdeskundigen een schaamlap zijn voor de voortgezette dominantie van het medisch model.

Ik laat Van Os' opmerking dat we eigenlijk allemaal ervaringsdeskundigen zijn maar even buiten beschouwing. Als dat zo zou zijn, kunnen mannen die wel eens op een glazen plafond stuiten woordvoerder voor de vrouwenbeweging worden. Van Os toch!

Tenslotte. Er mankeert dus het nodige aan die 'nieuwe' en 'goede' GGZ. Uiteindelijk zal het, ooit in de praktijk gebracht, leiden tot een territoriale herschikking en wordt de hartelijke uitnodiging aan iedereen om mee te doen, een hard gelag voor partijen die er beter buiten kunnen blijven. Al met al bevind ik mij uiteindelijk in goed gezelschap van onze grote volksschrijver Gerard Reve die ooit zei: vooruitgang bestaat niet, en dat is maar goed ook want de situatie is al beroerd genoeg.

Ed van Hoorn, veteraan-activist

(*): het boek 'Goede GGZ!' is van de hand van Delespaul, Milo, Schalken, Boevink en Van Os. Ik spreek steeds over 'Van Os' omdat het noemen van alle auteurs nogal bewerkelijk is en omdat Van Os de belangrijkste woordvoerder van de auteurs is.

Noot

(1) Trudy Dehue, *Betere mensen, over gezondheid als keuze en koopwaar*, Amsterdam, 2014

Deze recensie is in licht gewijzigde vorm verschenen in: Tijdschrift Participatie en Herstel, nr. 2, juni 2016 (blz. 3-12)