

DE HOOP GGZ

# Inzet van herstel

---

**Willem Hagen**

23-5-2019



Praktijkonderzoek naar de betekenis van de inzet van de kerk bij  
ggz-cliënten



**Opdrachtgever:**  
**Contactpersoon:**  
**Website:**

**Stichting De Hoop GGZ**  
**Frans Koopmans**  
**[www.dehoop.org](http://www.dehoop.org)**

**Student:**  
**Email:**  
**Student Nummer:**

**Willem Hagen**  
**[willemhagen@hetnet.nl](mailto:willemhagen@hetnet.nl)**  
**890194**

**Hogeschool:**  
**Opleiding:**  
**Afstudeerbegeleider:**  
**Beoordelaar:**  
**Website:**  
**Datum:**

**Christelijke Hogeschool Ede**  
**Godsdienst Pastoraal Werk**  
**Hanneke Pater-Bakker**  
**Hendrik Jan de Bie**  
**[www.che.nl](http://www.che.nl)**  
**Mei 2019**



## Woord vooraf

Dit afstudeeronderzoek heb ik met veel plezier uitgevoerd als eindopdracht voor mijn studie Godsdienst Pastoraal Werk. Het blijft bijzonder om op latere leeftijd theologie te gaan studeren en bezig te zijn met datgene wat mij zo dierbaar is. Het bijzondere van deze studie is de breedte ervan en dat er ook een verbinding gemaakt kan worden met het sociaal domein. Zelf werkzaam bij een organisatie die zich inzet dat mensen met een beperking mee kunnen doen in de samenleving, was het een boeiende uitdaging om dit te combineren met theologie. Ik wil dan ook De Hoop bedanken dat ze een onderzoek wilde op het snijvlak van Wmo, kerk en psychiatrie.

Dit onderzoek heeft als onderwerp de betekenis van de kerkelijk betrokkenheid voor de cliënt met een psychische aandoening. Ik ben onder de indruk van wat de kerk kan betekenen voor een gemeentelid met een psychische aandoening en hoe dit past binnen de participatie van deze groep in de samenleving. Bijzonder blijft deze vorm van informele ondersteuning die doordrenkt is met de boodschap van de kerk, dat er herstel is in Jezus Christus. Bijzonder blijft ook dat zowel de kerkelijke betrokkene als de ggz-professional voor Gods aangezicht hun werkzaamheden voor de cliënt mogen verrichten, waarbij ze voor elkaar als Christus mogen zijn en ook in die ander Christus mogen ontmoeten. Hierin ligt de meerwaarde van de verbinding tussen de ggz-cliënten, gemeenteleden en de professionals van De Hoop.

Uiteraard gaat mijn dank uit naar Frans Koopmans voor zijn begeleiding en betrokkenheid. Frans, je was altijd bereid om te luisteren, een snelle reactie te geven en gaf mij weer de motivatie om door te gaan. Ook Carla Aantjes wil ik bedanken voor haar inzet en betrokkenheid als de inhoudelijke “side kick”. Daarnaast wil ik Hanneke Pater-Bakker bedanken voor haar begeleiding als afstudeerbegeleider. Haar nuchterheid en scherpe vragen & opmerkingen stimuleerden mij om mijn onderzoek niet te breed te maken, maar juist te verdiepen en meer theologisch in te kleuren.

Tja, en laat ik het thuisfront niet vergeten. De betrokkenheid van Lydia, Pim, Bram, Charlotte ieder op zijn eigen wijze, motiveerde en inspireerde me om door te gaan met dit onderzoek en het ook daadwerkelijk af te maken.

Bovenal dank ik God dat Hij mij op bijzonder wijze mij op het spoor bracht van deze studie waarbij Kolossenzen 3: 1 – 4 hierin bijzonder bleek en mij nabij was in de afgelopen vijf studie jaren. Hem komt alle lof en dank toe.

Woerden, 23 mei 2019

## Samenvatting

De Hoop wil meer inzicht krijgen in de betekenis van de kerk voor een ggz-cliënt. Dit is onderzocht op het niveau van de cliënt-behandelaarrelatie in een poliklinische setting.

De literatuurstudie laat zien dat de visie op relationeel herstel past binnen een christelijk mens- en wereldbeeld. De drie-enige God heeft herstel van de totale mens op het oog en zijn herstel in zijn relatie met God werkt door in de relaties met jezelf, de ander en de omgeving. Door de Wmo zal De Hoop meer inzetten op informele zorg als onderdeel van het sociaal systeem van de ggz-cliënten. Laatstgenoemden zijn kwetsbaar ten aanzien van gezondheid, armoede, eenzaamheid, zingeving en mantelzorg. De kerken zijn ten aanzien van de Wmo divers wat betreft organisatie, inzet, betrokkenheid en visie. Tevens ervaren de kerken het informeel ondersteunen van ggz-cliënten als zwaar en complex. Dit geheel maakt het samenwerken tussen de kerken en De Hoop lastig.

Het praktijkonderzoek omvat afzonderlijke interviews van 12 deelnemers; vier trio's van een ggz-cliënt, ggz-behandelaar en een kerkelijk betrokkene.

De inzet van de kerkelijk betrokkene bestaat uit pastoraat, praktische ondersteuning, persoonlijke activering en sociale activiteit en is van betekenis voor de vier herstelrelaties van de ggz-cliënt. Tevens zijn de houdingaspecten belangrijk en de eventuele ervaringsdeskundigheid van de kb. Een positieve betekenis ervaart de ggz-cliënt ten aanzien van zijn eigenwaarde, fysieke en psychische klachten, de verbondenheid met God en de ander, bevrijding van gebondenheid wat betreft aanklachten en demonen. Tevens ervaart de ggz-cliënt dat hij ook van betekenis is en een wederkerige bijdrage vanuit zijn mogelijkheden kan leveren.

De Hoop wordt met name geadviseerd om aan de hand van het behandelplan in te zetten op de inzet van kerkelijke betrokkenheid. Dit betekent dat de kerkelijk betrokkene als onderdeel van het sociaal systeem van de ggz-cliënt wordt gezien. Tevens het advies aan De Hoop om zorg te dragen voor een professionele back-up naast de reeds bestaande informatie- en expertise-uitwisseling. Het inzetten op de relatie ggz-cliënt, ggz-behandelaar en de kerkelijk betrokkene geeft een nieuwe impuls aan de samenwerking met de kerken.

## Inhoudsopgave

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Inleiding                                                      |    |
| 1.1 Aanleiding                                                    | 6  |
| 1.2 Probleemstelling                                              | 7  |
| Doelstelling                                                      | 7  |
| Vraagstelling                                                     | 7  |
| Onderzoeksvragen                                                  |    |
| Aanbevelingen                                                     | 7  |
| Afbakening en begrippenlijst                                      | 7  |
| Begripsomschrijving                                               | 8  |
| Relevantie                                                        | 9  |
| Opbouw                                                            | 9  |
| 2. Ontwikkelingen GGZ                                             | 10 |
| 2.1 Inleiding                                                     | 10 |
| 2.2 Eerste ontwikkeling: Het Bio-Psycho-Sociaal-Spiritueel model  | 10 |
| De aanleiding                                                     | 10 |
| Het BPS-model                                                     | 11 |
| Wetenschappelijke kanttekening BPS-model                          | 11 |
| Uitbreiding met de dimensie spiritualiteit                        | 12 |
| De Hoop en de BPSS-model in relatie tot het christelijk mensbeeld | 13 |
| 2.3 Tweede ontwikkeling: De herstelbenadering                     | 14 |
| De geschiedenis en definitie van de term herstel in de GGZ        | 14 |
| Dimensionele herstelbenadering                                    | 15 |
| 2.4 Bijbelse duiding BPSS-model en relationeel herstel            | 16 |
| 2.5 De Wmo                                                        | 19 |
| Korte schets redenen en doel van de Wmo                           | 19 |
| Wmo en de GGZ                                                     | 19 |
| De Wmo en de achterstand van de ggz-cliënt in participatie        | 20 |
| De Wmo en de kerk                                                 | 21 |
| 2.6 De kerk                                                       | 22 |
| De kerk en de ggz-cliënt                                          | 22 |
| De relatie kerken en De Hoop                                      | 23 |
| De kerk en haar taken                                             | 23 |
| 2.7 Samenvatting dat leidt tot het onderzoeksmodel                | 25 |
| 3. Verantwoording methode onderzoek                               | 28 |
| 3.1 Kwalitatief onderzoek                                         | 28 |
| Half-gestructureerd interview                                     | 28 |
| Inzet en selectie van trio's                                      | 28 |
| Informed consent                                                  | 30 |

|                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------|----|
| Verantwoording verwerking interviews                         | 31 |
| Validiteit en betrouwbaarheid                                | 31 |
| 4. Analyse                                                   | 32 |
| 4.1 Inleiding                                                | 32 |
| Opmerkingen vooraf                                           | 32 |
| Opbouw analyse                                               | 32 |
| Twee analyses                                                | 32 |
| 4.2 Analyse                                                  | 33 |
| Eerste analyse: de vier trio's                               | 33 |
| Tweede analyse: de drie groepen                              | 38 |
| 4.3 Samenvatting analyses                                    | 45 |
| 4.4 Aanpassing van het model                                 | 46 |
| 4.5 Woorden geven aan de betekenis                           | 47 |
| 5. Eindconclusies                                            | 48 |
| 5.1 Inleiding                                                | 48 |
| 5.2 Conclusies                                               | 48 |
| 5.3 Discussie                                                | 51 |
| 6. Aanbevelingen voor De Hoop en de kb                       | 52 |
| Bibliografie                                                 | 55 |
| Bijlagen                                                     | 59 |
| Bijlage 1 Vragenlijst ggz-cliënten                           | 59 |
| Bijlage 2 Vragenlijst kb                                     | 61 |
| Bijlage 3 Vragenlijst ggz-behandelaar                        | 63 |
| Bijlage 4 Informed consent                                   | 65 |
| Bijlage 5 Informatiebrief                                    | 66 |
| Bijlage 6 Toestemmingsverklaring                             | 67 |
| Bijlage 7 Toelichting verwerking van de interviews           | 68 |
| Bijlage 8 Woorden geven aan de betekenis inzet kb            | 73 |
| Bijlage 9 Adviezen en voorwaarden aangegeven door deelnemers | 79 |

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding

Naar aanleiding van een eerste overleg met het Kennis Instituut Christelijke Geestelijke Gezondheidszorg (KICG)<sup>1</sup>, geïnitieerd door de CHE, heb ik een projectvoorstel opgesteld. Hierin stel ik voor om een onderzoek te doen naar de belangrijkste succesfactoren bij het verbinden en het inzetten van de kerkelijke gemeenschap bij cliënten die behandeld worden door de christelijke geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg (christelijke GGZ). Dit voorstel wordt mede ingegeven door twee belangrijke ontwikkelingen waarmee de GGZ de laatste jaren te maken heeft: de herstelbenadering en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). De belangstelling bij De Hoop werd bij dit voorstel gewekt vanwege zijn zorgvisie dat raakvlakken blijkt te hebben met beide ontwikkelingen.

Wat betreft de ontwikkeling van de herstelbenadering zijn er binnen de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg (GGZ) een aantal jaren allerlei vernieuwende initiatieven ingezet gebaseerd op een herstel georiënteerde zorgvisie. Binnen deze benadering wordt de nadruk gelegd op persoonlijk herstel en zingeving en herstel is daarbij niet hetzelfde als genezen. Binnen de christelijke geestelijke gezondheidszorg wordt ook volop nagedacht over deze herstelbenadering en dat binnen een christelijke context. De herstelbenadering wordt door hen als passend gezien binnen een christelijk mens- en wereldbeeld.

De Wmo is de tweede beweging waarmee de GGZ te maken heeft. De Wmo is één van de drie belangrijkste transities van rijksoverheid naar gemeenten om het ideaal van een participatiesamenleving te realiseren. Het betreft het ideaal binnen een samenleving waarin enerzijds gezonde burgers informele hulp en ondersteuning geven aan kwetsbare burgers en anderzijds burgers met een beperking een bijdrage leveren aan de samenleving. Beide bewegingen blijken in visie op elkaar aan te sluiten.

Voor de christelijke GGZ zijn kerkelijke gemeenschappen belangrijk in zowel de herstelbenadering als de Wmo. Dit wordt ook onderkend door het KICG. Zij heeft samen met de Christelijke Hogeschool Ede (CHE) in 2017 een onderzoek geïnitieerd naar de inzet van en de verbinding met kerkelijke vrijwilligers. Dit onderzoek werd binnen Eleos uitgevoerd. De Hoop wil naar aanleiding van mijn eerste projectvoorstel ook indirect een vervolg geven aan dit onderzoek (Klinken, 2017). De belangstelling bij De Hoop voor een onderzoek werd, zoals eerder aangegeven, gewekt vanwege zijn zorgvisie en door zijn geschiedenis.

Deze visie gaat er vanuit dat de mens een relationeel wezen is die functioneert in verschillende relaties: in relatie tot zichzelf, in relatie tot de ander, in relatie tot de schepping en in relatie tot God. Daarnaast is de zorgvisie gebaseerd op het bio-psycho-sociaal-spiritueel-model, ook wel BPSS-model genoemd. Het BPSS-model onderkent biologische, psychische, sociale en spirituele dimensies van psychische stoornissen die met elkaar in verbinding staan en op elkaar inwerken (De Vries-Schot, 2008).

Wat betreft de geschiedenis, De Hoop is opgericht mede op initiatief van kerken. In eerste instantie was zijn primaire doelstelling “het verlorene te zoeken”, met name op mensen met ernstige (drugs)verslavingen. Uiteindelijk is De Hoop uitgegroeid tot een volwaardige ggz-instelling gericht op behandeling van cliënten met allerlei soorten psychische aandoeningen en verslavingen. De samenwerking met de kerken is zowel informerend als faciliterend van aard. Van de kant van de kerken is De Hoop een instelling waar het terecht kan voor casussen die de pastorale competenties overstijgen. Voor De Hoop vormen de kerken instellingen die geïnformeerd dienen te worden over haar werkzaamheden en expertise vanwege hun gebeds- en financiële ondersteuning. De Hoop is niet bekend hoe de verschillende kerkgenootschappen, waarvan een gemeentelid behandeld wordt door De Hoop, pastoraal en diaconaal zijn

---

<sup>1</sup> Dit instituut wordt gefinancierd door De Hoop en Eleos

<sup>2</sup> voor het woord zijn kan ook de vrouwelijke vorm worden gelezen

georganiseerd. Tevens is het voor De Hoop onduidelijk hoe vaak er sprake is van de inzet van een kerkelijk betrokkene en wat deze inzet betekent voor de ggz-cliënt. Vandaar dat De Hoop naast de faciliterende en informerende rol ook graag een structurele verbinding en samenwerking wil met de verschillende kerkgenootschappen. Het gaat dan om informele hulp en ondersteuning vanuit de kerken aan de ggz-cliënten van De Hoop. Dit is een veelomvattende vraag die niet in het tijdsbestek en in de omvang van een afstudeeronderzoek volledig beantwoord kan worden. Vandaar dat het onderzoek zich richt op de betrokkenheid van een kerkelijk betrokkene bij een kerkelijk meelevende ggz-cliënt die poliklinisch behandeld wordt door De Hoop. De volgende doel- en vraagstellingen zijn geformuleerd.

## **1.2 Probleemstelling**

### *Doelstelling*

Inzicht krijgen in de betekenis van de betrokkenheid van de kerkelijke betrokkene voor de ggz-cliënt in zijn omgaan met zijn ggz- en/of verslavingsproblematiek tijdens zijn poliklinische behandeling. En wat dit inzicht betekent voor de huidige poliklinische behandelpraktijk.

### *Vraagstelling*

Welke betekenis heeft de inzet van de kerkelijk betrokkene voor ggz-cliënten in hun omgang met hun psychische en/of verslavingsproblematiek tijdens hun poliklinische behandeling en wat betekent dit voor de huidige poliklinische behandelpraktijk?

### *Onderzoeksvragen*

1. Hoe kan het BPSS-model theologisch geduid worden?
2. Hoe kan de herstelgeoriënteerde benadering theologisch geduid worden?
3. Wat is de rol van de kerkelijke gemeenschap bij het omgaan van ggz-cliënten met hun ggz- en/of verslavingsproblematiek binnen de poliklinische behandeling?
4. Wat zijn de ervaringen van ggz-cliënten met de kerkelijke betrokkenheid in het behandelplan?
5. Wat zijn de ervaringen van de kerkelijk betrokkene met betrekking tot zijn<sup>2</sup> betrokkenheid in het behandelplan van ggz-cliënten?
6. Wat zijn de ervaringen van ggz-behandelaren met betrekking tot de kerkelijke betrokkenheid in het behandelplan van ggz-cliënten?
7. Wat betekenen deze ervaringen van de kerkelijke betrokkenheid voor de ggz-cliënten?

### *Aanbevelingen*

De opdrachtgever wil graag de uitwerking van dit onderzoek en inzicht krijgen in de betekenis van het betrekken van de kerkelijke gemeenschap bij de poliklinische behandeling van ggz-cliënten. Naast inzicht wil De Hoop ook graag aanbevelingen hoe deze betrokkenheid bij het behandelproces verbeterd kan worden. Aan de hand van deze aanbevelingen organiseert de opdrachtgever voor met name de ggz-behandelaren een themabijeenkomst over het opgedane inzicht en de aanbevelingen. Dit zal begin november 2019 zijn, de invulling voor deze thema bijeenkomst is nog onderwerp van gesprek.

### *Afbakening en begrippenlijst*

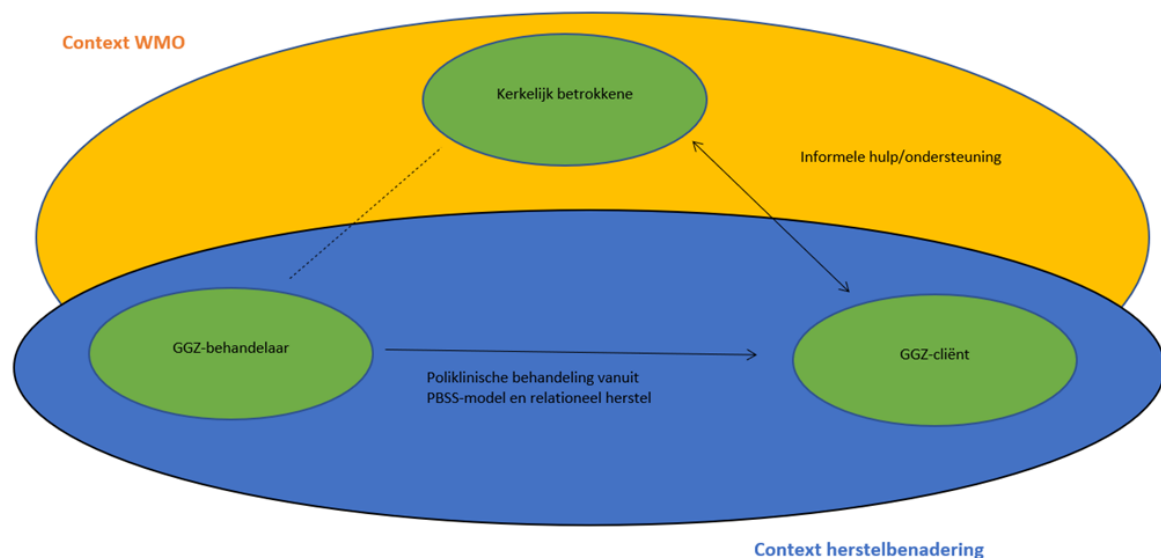
De doelstelling is afgebakend tot een triangel met relaties tussen drie spelers. De eerste speler is de ggz-cliënt die poliklinisch wordt behandeld bij De Hoop. De tweede speler is de ggz-behandelaar van De Hoop en de derde speler is de kerkelijk betrokkene (in het vervolg kb). De drie spelers hebben verschillende relaties met elkaar. In de eerste plaats de relatie tussen ggz-

---

<sup>2</sup> voor het woord zijn kan ook de vrouwelijke vorm worden gelezen



cliënt en de ggz-behandelaar. De ggz-behandelaar geeft als professional, vanuit de zorgvisie, met als basis het PBSS-model, een ggz-behandeling aan de ggz-cliënt, gericht op relationeel herstel, zoals wordt verwoord in het behandelplan. Deze professionele zorg is het beginpunt van de triangel waarbij de ggz-cliënt centraal staat. Deze relatie bevindt zich in de context van de herstelbenadering (zie figuur 1.1). De volgende relatie is die van de kerkelijke gemeenschap zijnde een informele hulporganisatie in de persoon van de kb en met de hulpvragende ggz-cliënt, waarbij de kb pastorale en/of diaconale hulp aanbiedt aan de ggz-cliënt. De ggz-cliënt behoort tot dezelfde kerkelijke gemeenschap. De derde relatie is die tussen de ggz-behandelaar van De Hoop en de kb. Beiden hebben een eigen behandel- of ondersteuningsrelatie met de ggz-cliënt. De relatie tussen kb en de ggz-behandelaar is niet geformaliseerd en is vrijblijvend. Het onderzoek is gericht op de triangel waarbij de ggz-cliënt centraal staat. De insteek van het onderzoek is te onderzoeken wat de betekenis is van de inzet van de kb voor de ggz-cliënt in zijn omgang met zijn psychische aandoening en/of verslaving die poliklinisch wordt behandeld binnen De Hoop.



figuur 1.1

### *Begripsomschrijving*

Voordat het onderzoek verder wordt uitgewerkt is het eerst nodig om een aantal begrippen te omschrijven zoals:

#### Ggz-cliënt

De ggz-cliënt is een burger met psychische en/of verslavingsproblematiek die van een ggz-organisatie professionele ondersteuning en behandeling ontvangt.

#### Kerkelijk betrokkene

Iedereen die ingeschreven staat en actief betrokken is vanuit een kerkelijke gemeente bij een ggz-cliënt. De speler vanuit de kerkelijke gemeenschap kan een vrijwilliger zijn, al dan niet bezoldigd. Dit kunnen gemeenteleden, onbetaalde ambtsdragers, kerkelijk werkers en predikanten zijn.

#### Inzet

Alle activiteiten die een kerkelijk betrokkene uitvoert ten behoeve van de ggz-cliënt en passen binnen de reguliere kerkelijke werkzaamheden.

#### Betekenis

De, door een ggz-cliënt, ervaren waarde van de inzet door een kb.

#### Poliklinisch behandeling

Zorgvragen van een ggz-cliënt die op een polikliniek behandeld worden.

#### GGZ-behandelaar

De ggz-behandelaar die een ggz-cliënt in behandeling heeft, dit kan de ggz-verpleegkundige, psycholoog of psychiater zijn.

#### *Relevantie*

##### Het belang voor de opdrachtgever

De opdrachtgever wil graag meer zicht krijgen in de samenwerking met de kerken op de werkvloer en wat dit betekent voor de ggz-cliënten, ggz-behandelaren en kb-en. Aan de hand van de uitkomsten wil De Hoop de samenwerking structureel uitbouwen en verdiepen.

##### De bijdrage voor de kennisagenda

Het onderwerp valt onder de kennisagenda van de Opleiding Godsdienst Pastoraal Werk (GPW) van de Christelijke Hogeschool Ede. Samenwerken van kerken met zorginstellingen in een veranderend zorglandschap past uitstekend bij een verdere verdieping van de missionaire presentie en gemeenteopbouw. De conclusies en aanbevelingen van het onderzoek kunnen hieraan bijdragen.

##### De theologische relevantie

In dit onderzoek wordt dieper ingegaan op de herstelgeoriënteerde benadering en hoe dit past binnen het christelijk mensbeeld en wat de betekenis hiervan is voor de omgang door kerken met mensen met een psychische aandoening en/of verslaving.

#### *Opbouw*

Het onderzoeksrapport heeft een logische opbouw. De onderzoeksvragen 1 t/m 3 worden in hoofdstuk 2 beantwoord aan de hand van het theoretisch kader. In hoofdstuk 3 wordt een toelichting gegeven op het praktijkonderzoek. In hoofdstuk 4 en 5 worden de onderzoeksvragen 4 t/m 7 beantwoord. Hoofdstuk 6 sluit af met de aanbevelingen.

## 2 Ontwikkelingen GGZ

### 2.1 Inleiding

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen

1. Hoe kan het BPSS-model theologisch geduid worden?
2. Hoe kan de herstelgeoriënteerde benadering theologisch geduid worden?
3. Wat is de rol van de kerkelijke gemeenschap bij het omgaan van cliënten met hun ggz-en/of verslavingsproblematiek binnen de poliklinische behandeling?

is het belangrijk eerst twee ontwikkelingen binnen de GGZ te beschrijven en een schets te geven van een, door de rijksoverheid ingezette maatschappelijke ontwikkeling.

Bij de eerste ontwikkeling binnen de GGZ betreft de ontwikkeling van het Bio-Psycho-Sociaal-Spiritueel model, zoals die ook binnen De Hoop wordt gehanteerd. Bij het gebruikmaken van de BPSS-model kan de christelijke identiteit van De Hoop naar voren komen. In het verlengde hiervan gaat De Hoop in zijn zorgvisie uit van een relationeel herstel als behandeldoelstelling voor zijn ggz-cliënten. Daarom zal dieper worden ingegaan op de tweede ontwikkeling binnen de GGZ: de ontwikkeling van de herstelgerichte benadering. Niet alleen hebben deze twee ontwikkelingen hun invloed op De Hoop maar tevens indirect ook invloed op

- a) de behandeling van en de omgang met de ggz-cliënt en
- b) de rol van de kerk in relatie met De Hoop en de verbinding met behandeling van de ggz-cliënt.

Een maatschappelijke ontwikkeling die van invloed is op De Hoop is de, door de rijksoverheid geïnitieerde ontwikkeling, te weten: de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Deze wet heeft zijn invloed op:

- a) de organisatie en werkwijze van de GGZ, dus ook die van De Hoop
- b) de wijze van behandeling van de ggz-cliënt en zijn deelname aan de samenleving en
- c) de rol en positie van de kerken daarin.

Hierin worden de drie onderzoeksvragen beantwoord, waarna met een onderzoeksmodel wordt afgesloten.

### 2.2 Eerste ontwikkeling: Het Bio-Psycho-Sociaal-Spiritueel model

#### *De aanleiding*

De psychiatrie ontwikkelt zich na de Tweede Wereldoorlog in een stroomverstelling. De nadruk ligt op drie invalshoeken voor het verklaren en behandelen van psychiatrische ziektebeelden. De eerste invalshoek is de biologische psychiatrie. Deze krijgt een enorme impuls door de ontdekking van de psychofarmaca. Het ontstaan en de behandeling van psychiatrische aandoeningen wordt biologisch verklaard. Door het toedienen van bepaalde stoffen wordt het gestoorde gedrag beïnvloed. Tegelijkertijd is al vanaf het einde van de 19<sup>e</sup> eeuw de psychologische invalshoek in opkomst. Met name Freud (1856-1939) ontwikkelt zowel een theorie over de relatie tussen gedrag en psychische stoornissen als een behandelmethode die bekend is geworden onder de naam psychoanalyse. Dit als reactie op de medische benadering die vaak in de behandeling van psychische stoornissen zoals schizofrenie en depressies tekortschiet. De psychoanalytische methode blijkt echter minder doeltreffend en doelmatig te zijn. In reactie op het tekortschieten en de dominantie van deze twee invalshoeken ontstaat een sociologische invalshoek. Met name de "antipsychiatrie" is hier een bekend voorbeeld van. Deze beweging van patiënten en hulpverleners verzet zich tegen de "inrichtingspsychiatrie". De beweging strijdt voor de rechten van de patiënt als een gewone burger. Dit heeft tot gevolg dat de psychiatrie niet meer primair wordt gezien als inrichtingspsychiatrie en worden er steeds meer preventieactiviteiten ontwikkeld om ziekmakende factoren in de maatschappij vroegtijdig te ontdekken en te bestrijden.

De drie invalshoeken blijken ieder positieve elementen te bevatten en elkaar aan te vullen. Vandaar dat een grote groep onderzoekers de drie invalshoeken met elkaar gaat combineren tot het BPS-model. Hierin is George Engel één van de belangrijkste voortrekkers (Van Tilburg, 2015).

### *Het BPS-model*

Dit model onderkent biologische, psychische en sociale dimensies van het functioneren van de mens. De verschillende dimensies staan met elkaar in verbinding en werken op elkaar in en kunnen iets zeggen over het voorkomen of het ontstaan van een psychische aandoening. Het begrijpen en verklaren van een psychische aandoening is belangrijk voor het behandelen ervan. De *biologische dimensie* betreft het lichaam. Het lichaam is een eenheid, dat weer opgebouwd is uit kleinere eenheden, zoals het zenuwstelsel en het beenderstelsel en waar bijvoorbeeld stofwisselingsprocessen plaatsvinden. De opbouw van en de processen in het lichaam zijn complex, echter ze zijn in evenwicht op elkaar afgestemd. Bij een verstoring zal een arts onderzoeken wat precies de oorzaak is van deze disbalans en bepalen welke ingreep (medicatie, operatie e.d.) nodig is om het evenwicht weer te herstellen. Belangrijke biologische factoren hierbij zijn aanleg, erfelijkheid, algehele conditie, enz.

De *psychische dimensie* gaat met name over de persoonlijkheid van iemand. In het dagelijks taalgebruik wordt ook wel gesproken over karakter, identiteit of aanleg van een persoon.

De *sociale dimensie* beziet het individu vanuit een groter geheel. Het individu kan niet geheel onafhankelijk leven van anderen. Het gaat hierbij om aanzien, erkenning, succes en ook om het zorgen voor anderen, verantwoordelijkheid, vriendschap en ergens bij horen.

Het zal duidelijk zijn dat de drie genoemde dimensies niet los van elkaar opereren, maar ook invloed op elkaar hebben. Deze onderlinge relatie wordt duidelijk aan de hand van een voorbeeld van een psychische aandoening waarbij het BPS-model wordt toegepast.

### *Voorbeeld depressiviteit*

De daadwerkelijke oorzaak waarom mensen depressief worden of de reden dat het voorkomen wordt, is niet echt bekend. Uit onderzoek komt naar voren dat het een complexe wisselwerking is tussen lichamelijke, psychische en sociale factoren. Onderstaande dimensies kunnen bij het ontstaan van een depressie een rol spelen:

*Biologische dimensie:* bijvoorbeeld factoren als voeding, algehele conditie, aanleg, erfelijkheid, stress, lichamelijke ziekten e.d.

*Psychologische dimensie:* bijvoorbeeld factoren als iemands persoonlijkheid, de mate waarin een persoon zich kan aanpassen aan de omgeving en tevens voor zichzelf kan opkomen.

*Sociale dimensie:* bijvoorbeeld factoren als is er sprake is van harmonieuze relaties als krachtbron, zijn er conflicten met intimi, rijk sociaal leven of eenzaamheid, emotionele verwaarlozing tijdens de jeugd, enz.

De draagkracht kan vergroot worden en de draaglast kan verminderd worden door te proberen bovenstaande dimensies positief te beïnvloeden, hierdoor kan de kwetsbaarheid voor het ontstaan van een depressie verminderd worden.

### *Wetenschappelijke kanttekening BPS-model*

Er wordt door verschillende bronnen een grote kanttekening geplaatst bij het daadwerkelijk verklaren van het ontstaan en de behandeling van een psychische aandoening door het BPS-model. In het model wordt er een causale relatie verondersteld tussen de verschillende dimensies, echter het daadwerkelijk wetenschappelijk vaststellen van een causale relatie blijkt lastig te zijn (Glas, 2013; Verhagen, 2013). Ondanks deze kanttekening staat de dimensionele benadering van het ontstaan en de behandeling van een psychische aandoening niet ter discussie,

vandaar het gebruik van het BPS-model denken binnen de GGZ- en de verslavingszorg (Scholte, 2016).

### *Uitbreiding met de dimensie spiritualiteit*

Een deel van de voorstanders van het BPS-model pleiten ervoor om het model uit te breiden met dimensie spiritualiteit (De Vries-Schot, 2012; Hefti, 2013). De spirituele dimensie is volgens de Vries-Schot (2012) in het BPS-model namelijk ondergebracht bij de sociale dimensie waardoor de spiritualiteit enerzijds te weinig wordt gewaardeerd als krachtbron voor de cliënt en anderzijds onderbelicht wordt bij de psychopathologie. Dit wordt ook door andere onderzoekers ondersteund. Zij zijn er voorstander van om spiritualiteit als een aparte dimensie op te nemen. Zij geven aan dat spiritualiteit vaak is gerelateerd aan de psychologie, echter spiritualiteit is niet gelijk aan alleen psychologische aspecten. Van Straten (2013) pleit voor de dimensie spiritualiteit en maakt onderscheid in algemene spiritualiteit en specifieke spiritualiteit. Onder de specifieke spiritualiteit verstaat zij dat de cliënt zich verbindt aan een levensbeschouwelijk referentiekader (traditie en verhaal) om zo steun, troost en uitdaging te ervaren. De algemene spiritualiteit omschrijft zij als zin en doel van het levensverhaal van de cliënt die doel en zin geven aan het bestaan en zodoende zicht geeft op nieuw perspectief. Park (2010) geeft ook aan dat ieder mens een zingevingssysteem nodig heeft om de wereld te begrijpen. Hij onderscheidt drie aspecten van zo'n spiritueel systeem, te weten:

- a) overtuigingen zoals ideeën over jezelf, over de wereld of over hoe de mens in deze wereld past
- b) levensdoelen of motivaties en
- c) het gevoel van betekenisvol of zinvol leven. Voor Park (2010) kan het zingevingssysteem transcendent zijn met een religieuze en/of spirituele invulling of gewoon aards zijn zonder een verwijzing naar een "heilige kern". Voor andere wetenschappers is spiritualiteit juist volledig gekoppeld aan het transcendente, de niet-materiële en heilige aspecten van het bestaan en het universum (Moreira-Almeida, Koenig, & Lucchetti, 2014). Ondanks de onderlinge verschillen wordt door bovengenoemde onderzoekers spiritualiteit als een relevante dimensie gezien.

Binnen De Hoop geeft men aan dat niet voorbij kan worden gegaan aan de diepere zingeving- en geloofsovertuigingen van cliënten. De spirituele dimensie komt bij De Hoop reeds naar voren in de visie en de grondslag van de organisatie en een deel van de missie luidt dan ook: "Onze missie komt voort uit ons geloof. Door christenen, voor iedereen! Als christelijke ggz-geïnspireerd door de kracht van het evangelie en onze Bijbelse opdracht, hebben wij de rotsvaste overtuiging dat er altijd hoop en perspectief is" (De Hoop, 2017b, p. 2). De Hoop verwacht van haar medewerkers dat ze de missie en visie vorm geven en deze ook uitdragen. Dit betekent dat ggz-clënten worden gezien als kostbare schepsels van God. De Hoop zet zich in om de ggz-client die kampt met zijn psychische aandoening en/of verslavingsproblematiek hiervan los te laten komen door het bieden van professionele zorg vanuit een christelijk perspectief. Bij de spirituele dimensie gaat het bij De Hoop om geloof en geloofsbeleving van de ggz-client, ook in relatie tot het geven van betekenis c.q. zin aan de psychische aandoening. Het gaat daarbij om het christelijk geloof, zoals verwoord in de grondslag van De Hoop "Jezus Christus als Gods Zoon, die door zijn verzoenend lijden en sterven de enige weg is tot behoud" (De Hoop, 2017a, p.1). De ggz-client kan overigens een andere invulling geven aan de spirituele dimensie dan waar De Hoop voor staat. Dit wordt gerespecteerd, echter De Hoop zal wel altijd handelen vanuit haar grondslag.

Concreet betekent dit volgens De Hoop dat de ggz-clënten professionele zorg nodig hebben, waarbij ook expliciet aandacht is voor de existentiële dimensies van de (psychische) nood. Bij De Hoop is daar een "natuurlijke" antenne voor vanwege haar christelijke identiteit. Uit het bovenstaande kan afgeleid worden dat De Hoop de spirituele dimensie niet alleen belangrijk, maar ook onmisbaar vindt in de behandeling van hun ggz-clënten. Hierbij nogmaals de aantekening dat De Hoop de spirituele dimensie niet los ziet van de andere drie dimensies.

### *De Hoop en het BPSS-model in relatie tot het christelijk mensbeeld*

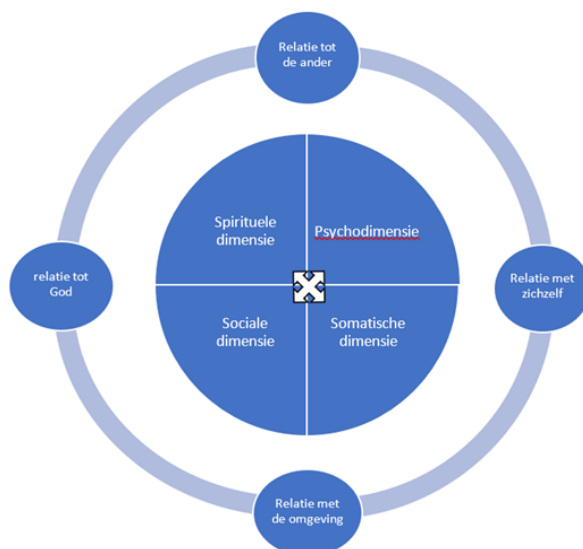
Een christelijk mens- en wereldbeeld ligt ten grondslag aan de keuze van De Hoop voor het BPSS-model. In het vastgestelde visiedocument (Scholte, 2016) geeft De Hoop aan dat het zijn christelijk mensbeeld ontleent aan de Bijbel. De Bijbel ziet zij als Gods openbaring aan mensen. Daar staat beschreven dat de mens naar Gods beeld (imago Dei) en gelijkenis is geschapen en dat de mens “in den beginne” in harmonie leefde met zichzelf, de ander, de omgeving en God.

Fig. 2.2



Door de zondeval is er gebrokenheid ontstaan in de schepping, dit heeft het bestaan van mensen zwaar geschonden en mensen zijn relationeel vervreemd geraakt. Vervreemd van zichzelf, van zijn omgeving, van de ander en van God. Psychische aandoeningen en verslavingen zijn het gevolg van de zondeval en versterken de gebrokenheid en vervreemding in de genoemde relaties. De komst, kruisiging en opstanding van Jezus Christus maakt herstel mogelijk in de genoemde vier relaties. De Hoop wil vanuit die christelijke hoop in deze gebroken werkelijkheid richten op relationeel herstel. Het relationele aspect (de vier relaties) is onderdeel van en heeft een wisselwerking met de vier dimensies van het BPSS-model (zie figuur 2.3)

Fig. 2.3.



Bijvoorbeeld een maatje om mee te sporten raakt zowel het somatische aspect als het sociaal functioneren van het BPSS-model. Het samen bezoeken van een praise-avond heeft effect op het spiritueel leven en het sociaal functioneren (Scholte, 2016).

Het valt op dat herstel vaak wordt genoemd in de verschillende notities van De Hoop. Bijvoorbeeld in haar missie geeft De Hoop nadrukkelijk aan dat zij “op betrokken en deskundige wijze kinderen, jongeren en volwassenen met psychische of verslavingsproblemen helpen tot herstel te komen in relatie tot zichzelf, de ander, de schepping en God” (De Hoop, 2017a, p. 2). Ook in de notitie over positionering komt dit relationele aspect als basis terug (De Hoop, 2017b). Hoe dit relationele herstel er inhoudelijk uit ziet binnen De Hoop moet nog concreet gestalte krijgen. Een eerste aanzet kan de uitkomst van dit onderzoek zijn. De nadruk van het onderzoek ligt op het relationeel herstel. Belangrijk is nu om de term herstel die De Hoop hanteert, in de volgende paragraaf nader te onderzoeken.

### **2.3 Tweede ontwikkeling: De herstelbenadering**

#### *De geschiedenis en definitie van de term herstel in de GGZ*

Herstel en herstelondersteuning zijn nog relatief nieuwe begrippen binnen de GGZ. Het begrip herstel is ontleend aan de, vanuit Angelsaksische landen, al langer bekende “recovery movement”. Aanjagers waren mensen met een psychiatrische aandoening die de kracht van herstel hadden ondervonden en zij deden dat tegen de stroom van de gangbare psychiatrische opvattingen in. Dit is uiteindelijk uitgemond in een beweging. De herstelbeweging is met name gericht op eigen kracht & regie, de inzet van ervaringsdeskundigheid bij de ondersteuning en de emancipatie van mensen met een psychiatrische beperking (Boevink, Plooy, & Van Rooijen, 2006; Phrenos, z.d.). De inzet en de invloed van de herstelbeweging heeft erin geresulteerd dat in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg er sinds een aantal jaren allerlei vernieuwende initiatieven ingezet zijn, gebaseerd op een herstelgeoriënteerde zorgvisie [GGZ Nederland, 2013]. Dit betekent dat er met name serieus aan de slag wordt gegaan om hulpvragers, hun familie en ervaringsdeskundigen gelijkwaardige posities te geven naast de ggz-behandelaren. De algemene definitie van herstel is “genezing” en bij het werkwoord herstellen wordt “weer in goede, bruikbare staat brengen” genoemd (Van Dale, 2015, p. 1297). Dit laatste sluit aan bij de door Hubers geïntroduceerde benadering van gezondheid. Volgens haar is dat niet meer de afwezigheid van ziekte en het ideaal van een fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden, zoals genoemd in de definitie van de WHO (World Health Organization) uit 1948. Zij geeft aan dat gezondheid “het vermogen is om je aan te passen en de eigen regie te voeren in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven” (in: Van Zuthem, Kroon, Wunderink, Van Weeghel, & Van Rooijen, 2017, p. 9). Binnen de GGZ wordt dan ook bij herstel niet de nadruk gelegd op genezing en weer in goede staat terugbrengen, maar is gericht op het proces van actieve acceptatie van de eigen problemen, omstandigheden, beperkingen en mogelijkheden (GGZ Nederland, 2009).

Anthony (2005, p.28) levert, een vaak geciteerde definitie van herstel. Deze luidt: “een zeer persoonlijk en uniek proces van verandering in iemands houding, opvattingen, waarden, gevoelens, doelen en/of rollen. Het is een manier van leven, van het leiden van een bevredigend, hoopvol en zinvol leven met de beperkingen die psychische klachten met zich meebrengen. Herstellen heeft te maken met het ontstaan van een nieuwe betekenis en zin in het leven, terwijl men de rampzalige gevolgen van een psychische aandoening ontgroeit”.

Uit deze beschrijvingen blijkt dat het gaat om een proces om tot herstel te komen.

Volgens Leamy (in De Jong, & Schaap – Jonker, 2016, p. 199; Le Boutiller, Leamy, Bird, Davidson, Williams, & Slade, 2011) worden de volgende herstelprocessen onderscheiden, te weten:

- Verbondenheid  
Het hebben van relaties die een onderdeel zijn van een gemeenschap.
- Hoop en optimisme  
Wat betreft de toekomst de droom, het geloof en de motivatie hebben in de mogelijkheid van herstel.
- Identiteit

Het opnieuw beantwoorden van de vragen wie ben ik en wat kan ik? En tevens het overwinnen van het stigma van het hebben van een psychiatrische aandoening.

- Het geven van betekenis  
Een betekenisvol leven willen leiden ondanks het psychisch ziek zijn.
- Empowerment/bekrachten  
Het nemen van de eigen verantwoordelijkheid met focus op eigen kracht en weerbaarheid.

### *Dimensionele herstelbenadering*

Helfgott en Wilkinson (2012) geven aan dat bij de verschuiving van genezing naar de nieuwe benadering van herstel ook holistisch gekeken moeten worden in hoeverre een cliënt vanuit eigen kracht een zinvol, tevreden en doelbewust leven kan leiden. De auteurs halen daarbij veelvuldig onderzoeken van Whitely en Drake aan. Whitely en Drake (2010) hebben vanuit een holistische invalshoek een dimensionele benadering op herstel ontwikkeld. Zij maken onderscheid in vijf dimensies, te weten:

- *Klinisch herstel*  
Dit verwijst naar het inperken en het beheersen van de symptomen van de aandoening c.q. verslaving. Dit omvat dan ook de medicatie en/of (gedrags)therapieën om tot inzicht te komen in (gedrags)patronen en in het omgaan met de beperkingen.
- *Existentieel herstel*  
Dit verwijst enerzijds naar het blijven hopen, het nemen van verantwoordelijkheid, zelf richting aan het leven kunnen geven. Het omvat ook de factoren van religie, geloofsbeleving en spiritualiteit. Ook deelname aan een religieuze of spirituele gemeenschap kan het herstel bevorderen.
- *Functioneel herstel*  
Dit verwijst naar het gewoon meedoen in en een bijdrage kunnen leveren aan de samenleving. Het gaat daarbij om onderwijs, werk, huisvesting, enz.
- *Lichamelijk herstel*  
Dit verwijst naar verbeteringen in lichamelijke gezondheid en welzijn door bijvoorbeeld een gezonde leef- en beweegstijl en balans in rust en activiteit.
- *Sociaal herstel*  
Dit verwijst naar het versterken van de sociale netwerken.

Volgens Whitely en Drake (2010) hebben genoemde dimensies onderling een overlap en zullen ze elkaar wederzijds beïnvloeden. Bijvoorbeeld het hebben van een baan (functioneel herstel) kan leiden tot een toename van het sociaal netwerk (sociaal herstel). Dit kan verbeterend werken op hoop en verantwoordelijkheid (existentieel herstel) en al deze ontwikkelingen kunnen leiden tot het reduceren van de symptomen (klinisch herstel). Het geheel van de vijf dimensies zal volgens de auteurs waarschijnlijk meer opleveren dan de optelling van de afzonderlijke dimensies. Dit moet volgens hen nog wetenschappelijk vastgesteld worden. Deze constatering komt overeen met die van het BPSS-model ( paragraaf 2.2).

Het valt op dat de dimensionele herstelbenadering veel raakvlakken en verbindingen heeft met het BPSS-model en het relationele uitgangspunt zoals De Hoop dat heeft geformuleerd.

In de afgelopen paragrafen zijn twee ontwikkelingen geschetst die de context weergeven van de keuze van De Hoop voor het BPSS-model en relationeel herstel in relatie tot het christelijk mensbeeld. Het is nu een goed moment om de eerste twee vragen te gaan beantwoorden voordat verder wordt gegaan met de landelijke ontwikkeling van de Wmo en de invloed die deze heeft op de rol en positie van De Hoop, de ggz-cliënt en de kerken.

In de volgende paragraaf worden de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

1. Hoe kan het BPSS-model theologisch geduid worden?
2. Hoe kan de herstel-georiënteerde benadering theologisch geduid worden?

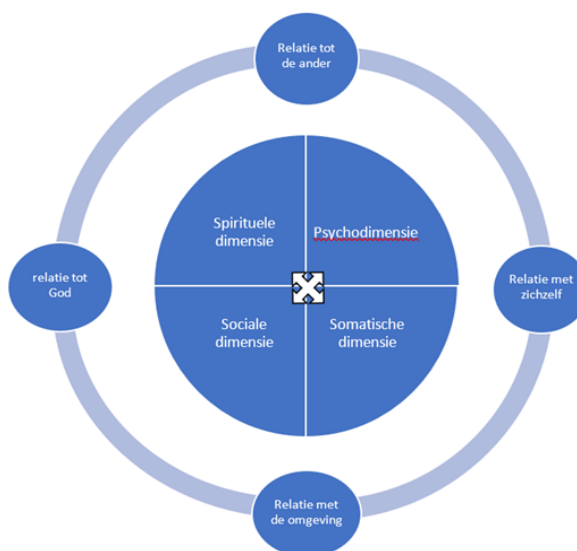


## 2.4 Bijbelse duiding BPSS-model en relationeel herstel

Eerst wat Bijbelse lijnen uit het OT en NT en kom ik uit bij de hoofdlijn wat dit betekent ten aanzien van relationeel herstel.

Uit de voorgaande paragrafen is op te maken dat uit christelijk oogpunt de dimensies van het BPSS-model te onderscheiden zijn in de vier relaties van het mens zijn, echter ze zijn niet van elkaar te scheiden. Van den Brink en Van den Kooi (2012) geven aan dat de hoofdlijn in de Bijbelse benadering van het mens-zijn holistisch van aard is. De mens is een psychosomatische eenheid, waarbij lichaam en geest door en door op elkaar betrokken zijn. Deze eenheid is niet alleen gericht op de mens zelf, maar ook op de Drie-enige God als Schepper, Verlosser en Vernieuwer en op de ander. Het gaat om een wederkerige relatie. Dit betekent dat in het christelijk denken de vier BPSS-dimensies niet alleen in relatie tot elkaar staan, maar ook in relatie tot de mens zelf, de ander, de omgeving en God. En om het nog complexer te maken, deze vier relaties staan ook met elkaar in relatie en ze beïnvloeden elkaar. In figuur 3.1 wordt dit weergegeven.

Figuur 3.1



Het kenmerkende van het christelijk mensbeeld is dat zij relationeel van aard is. De Schepper heeft de mens in relatie tot God, zichzelf, de ander en de omgeving geschapen. In Genesis 1 en 2 komt dit bijvoorbeeld naar voren in het spreken van God met Adam, hij werd geschapen als uniek wezen, Adam kreeg een metgezel en hij bewerkte de hof van Eden. De mens kon deze vrijheid en verantwoordelijkheid niet aan en veroorzaakte de zondeval. De zondeval zorgde ervoor dat het kwaad ingang kreeg in de schepping waardoor gebrokenheid, lijden, pijn en dood intrede deed in het leven van mensen. In Genesis 3 wordt de “val” van de mens en de door God uitgesproken vloek geschetst en met name het negatieve effect op de vier relaties met God (vs. 8), zichzelf (vs. 10) de ander (vs. 7, 12, 16) en de omgeving (vs. 18 -19). Het in verbinding staan met zichzelf, de omgeving, de ander en God is volledig verstoord geraakt (Van den Brink & Van den Kooi, 2012). De mens is ontspoord en beschadigd geraakt en is relationeel volstrekt vervreemd. Psychische aandoeningen en verslavingen zijn hier o.a. het gevolg van en versterkt deze gebrokenheid en vervreemding. Ondanks de ernst van het falen van mensen, het voortwoekerende kwaad en het uitgesproken oordeel van God over mens en dier, wordt door God aan de mens een eerste belofte gegeven (Gen 3:15). Deze belofte is de eerste stap in de heilsgeschiedenis die herstel tussen God en mens op het oog heeft. Ondanks de zondeval blijft het mensbeeld in de Bijbel relationeel van aard, want God was het die als eerste naar de mens riep: “Waar bent u?” (Gen

3:9). En ook na de eerste doodslag sprak God tot Kaïn “Waar is Abel, uw broeder?” (Gen 4:9). Dit relationele aspect ziet men in het gehele OT terug. Denk hierbij aan de wetgeving zoals de tien geboden, de overige inzettingen ten aanzien van bezit, de zorg voor vreemdelingen, weduwen en wezen, de offerdienst en de wijsheidsliteratuur, ze zijn gericht op het lief hebben van God, zichzelf en de ander. Ook de zorg voor de omgeving, zoals het land en de dieren wordt in het OT genoemd. Het OT laat ook zien wat de gevolgen zijn van de voortwoekerende gebrokenheid en de vervreemding ten opzichte van de relatie met God (ballingschap), zichzelf (klaagpsalmen zoals Psalm 31 en 88), de ander (familie- en stamvetes en oorlogen) en omgeving (droogte). De heilsgeschiedenis zoals deze zich ontvouwt in het Oude Testament laat zien dat herstel mogelijk is. Dit wordt met name geschetst in Jesaja 52:13 t/m 53. In dit tekstgedeelte gaat het over de Knecht des Heren. Het voert te ver om een exegese te geven over deze Knecht des Heren. Opvallend is in ieder geval Jesaja 53: 4 en 5 waarin wordt aangegeven dat de Knecht des Heren “onze ziekten op Zich heeft genomen, ons leed heeft gedragen” en “De straf die ons de vrede aanbrengt, was op Hem en door Zijn striemen is er voor ons genezing gekomen”. Het gaat in dit gedeelte niet letterlijk om alleen genezing. In het OT wordt namelijk gesproken over “het dragen van zonde en ongerechtigheid”, maar niet over het dragen van ziekte. Dit maakt dat ziekte de beeldspraak is van zonde, zoals gezegd de oorzaak van ziekte. Het blijkt namelijk dat in vers 4 het woord ziekte in de LXX (Septuaginta) als zonden vertaald wordt. Het woord genezing in vers 5 kan dan parallel worden aan het ruimere begrip vrede. Dit houdt in dat in Jesaja 53 herstel benoemd wordt als belofte en dat het zowel onze schuld en zonden als onze ziekte en gebrokenheid omvat. Dit betekent dat er niet altijd sprake kan zijn van genezing, maar wel van vrede (vergeving) en dat dit herstellend doorwerkt in de relatie tot God, zichzelf, de ander en de omgeving (Studiebijbel, z.d.). Dit is een belangrijke lijn in het OT die aansluit bij de eerder beschreven dimensionele herstelbenadering van Whitely en Drake (2010), met name op het dimensie existentieel herstel en het niet gericht zijn op genezing. Tevens sluit het aan op het relationeel herstel van De Hoop. Jesaja 53 kenmerkt zich ook door het plaatsvervangend lijden dat wil zeggen dat de Knecht de straf op de zonden draagt van anderen. De Knecht des Heren kan, gezien de gehele strekking van het boek Jesaja, gezien worden als de beloofde Messias (Paul, z.d.). In het Nieuwe Testament wordt de Messias uit Jesaja 53 betrokken op Jezus. Bijvoorbeeld in Handelingen 8: 26-38 legt Filippus deze relatie en dit komt ook terug in 1 Petrus 2:21-25. En op andere plaatsen in het NT wordt het verlossingswerk van Jezus gerelateerd aan Jesaja 53 (Paul, z.d.; Schipper, 2012 p. 267). Paul (z.d.) stelt zich de vraag of Jezus zich beroept op Jesaja 53. Hij antwoordt hier bevestigend op en verwijst daarbij naar het proefschrift van De Leeuw en naar theoloog Wright (Paul, z.d.). Dit houdt in dat de belofte van herstel en verlossing met de komst en het werk van Jezus Christus daadwerkelijk is begonnen. De wonderen en genezingen die Jezus bij Zijn rondwandeling op aarde verrichtte, laten zien wat Gods reddende heerschappij in de toekomst concreet zal betekenen, Dit wordt bekrachtigd op Golgotha waar Jezus Christus de macht van het kwaad verslaat en de dood overwint. Dit betekent dat de opgestane Christus de belofte in zich heeft van de definitieve totstandkoming van het Koninkrijk van God bij Zijn wederkomst. Deze eschatologische hoop werpt zijn schaduw reeds vooruit en kijkt verder dan de huidige situatie van gebrokenheid, zelfs tot over de grenzen van het leven heen. Overigens blijft de gelovige verbonden aan de gebrokenheid van dit leven. Dit is een belangrijke lijn in het NT. Het herstel in dit huidige leven staat op gespannen voet met het “reeds” verlost zijn in Christus en het “nog niet” van de wederkomst van Christus. Binnen de theologie worden hierin verschillende accenten gelegd. Ligt de nadruk op de gebrokenheid van het huidige bestaan, gezien vanuit ‘het nog niet’ dan zal bij herstel het accent liggen op het leren omgaan met de beperkingen. Ligt de nadruk op het feit dat Gods Koninkrijk is gekomen en ‘nu al’ gestalte krijgt dan ligt het accent van herstel dichterbij genezing (De Jong & Schaap – Jonker, 2016 p. 201). Ondanks deze accentverschillen is de nieuwtestamentische lijn dat in Christus herstel is in relatie met God (de weg naar God is open), naar jezelf (identiteit ligt in Christus), de ander (liefhebben en vergevingsgezindheid) en de omgeving (gebruik maken van je mogelijkheden en talenten).

Dit herstel hoeven we niet alleen te doen en dat is de derde belangrijke lijn. Er ligt namelijk de belofte dat Christus, ondanks Zijn Hemelvaart, met Zijn Geest bij mensen wil wonen. Iedere gelovige is een tempel van de Heilige Geest waar de Drie-enige God Zijn transformerende werking van herstel in het huidige leven van de gelovige voortzet. Deze transformatie is gericht op het liefhebben van God en de naaste, in vrede te leven met God, met zichzelf, de ander en de omgeving door het goede te zoeken (Van den Brink & Van den Kooi, 2012).

Samenvattend laten de geschetste drie lijnen zien dat God in het OT Zijn heilswerk ontvouwt met de belofte op herstel. Dat in het NT deze belofte in Christus wordt verwezenlijkt. Het viervoudig herstel in Christus is een hoopvolle heen wijzing naar wat komen gaat en wat nu reeds beschikbaar is in de transformerende werking van de Heilige Geest.

Nu even terug naar het proces van herstel zoals geformuleerd op pag. 14, deze luidt:

“een zeer persoonlijk en uniek proces van verandering in iemands houding, opvattingen, waarden, gevoelens, doelen en/of rollen. Het is een manier van leven, van het leiden van een bevredigend, hoopvol en zinvol leven met de beperkingen die psychische klachten met zich meebrengen. Herstellen heeft te maken met het ontstaan van een nieuwe betekenis en zin in het leven, terwijl men de rampzalige gevolgen van een psychische aandoening ontgroeit” (Anthony, 2005, p.28). Als je dit proces plaatst binnen het christelijk relationeel kader betekent het dat de mens dit proces van herstel niet alleen hoeft te doen. De mens leeft namelijk voor het aangezicht van God en hij weet dat mensen aan elkaar zijn gegeven. De mens, ook met een psychische aandoening en/of verslaving, komt tot zijn bestemming wanneer deze in afhankelijkheid van God de verantwoordelijkheden die God hem heeft toevertrouwd, tot zich neemt. Dit geldt ook in het proces van herstel en op het moment dat de eigen regie in dit proces niet meer lukt, is het de verantwoordelijkheid van andere mensen om in afhankelijkheid van God, de ander in zijn regie te ondersteunen. Dit wil zeggen dat de zorgvrager niet alleen als patiënt wordt gezien, maar ook als medemens voor het aangezicht van God. Dit is dan ook de wederkerigheid die kenmerkend is voor de ondersteuning vanuit het christelijk kader (Van den Brink & Van den Kooi, 2012; De Jong & Schaap-Jonker, 2016 p. 201).

Geconcludeerd kan worden dat het BPSS-model en in het verlengde hiervan het relationeel herstel past binnen de geschetste lijnen van het, door God, ingezette heilswerk dat via de Bijbel tot ons komt. In het proces van herstel heeft de ggz-cliënt zijn verantwoordelijkheid in afhankelijkheid van God en de ander.

In paragraaf 2.2 en 2.3 hebben we de ontwikkelingen van het BPSS-model en de herstelbenadering beschreven aangezien De Hoop vanuit het BPSS-model inzet op relationeel herstel in de behandeling van haar cliënten. In paragraaf 2.4 is een Bijbelse duiding gegeven over het BPSS-model en het relationeel herstel. Samenvattend passen beide in de Bijbelse lijn dat de Drie-enige God het herstel van de totale mens op het oog heeft, waarbij het herstel in de relatie met Drie-enige God doorwerkt in de relatie met jezelf, met de ander en de omgeving. Ondanks het “reeds” verlost zijn in Christus, blijft de gebrokenheid van de huidige werkelijkheid bestaan. De mens zal moeten leren omgaan met zijn beperkingen, echter dit hoeft hij echter niet alleen te doen. De mens leeft namelijk voor het aangezicht van God en hij weet dat mensen aan elkaar zijn gegeven. In het proces van herstel is er enerzijds de eigen verantwoordelijkheid en anderzijds de afhankelijkheid van God en de naaste. Dit betekent dat de zorgvrager en zorgondersteuner elkaar ook als medemens in Christus mogen ontmoeten. Dit is tevens het antwoord op de eerste twee onderzoeksvragen.

In de volgende paragrafen wordt ingegaan op de ontwikkeling van de Wmo. Deze wet heeft niet alleen invloed op De Hoop als GGZ-instelling, maar ook op de rol en positie van de ggz-cliënt en de kerk.

## 2.5 De Wmo

### *Korte schets redenen en doel van de Wmo*

De Wmo is naast de jeugd- en participatiewet een belangrijke transitie van rijksoverheid naar gemeenten om het ideaal van een participatiesamenleving te realiseren. Het ideaal van de participatie waarin enerzijds burgers met een beperking een bijdrage leveren aan de samenleving en anderzijds gezonde burgers informele zorg en ondersteuning leveren aan kwetsbare burgers (Kruijswijk, Peters, Elferink, Scholten, & De Bruijn, 2013, p. 17). Aanleiding zijn de oplopende kosten en de toenemende bureaucratie van zorg en welzijn, de groeiende vanzelfsprekendheden van recht op zorg en ondersteuning vanuit de zorgvragers, de uitdijende invloed van de overheid in het leven van mensen en het verdwijnen van de “warme” solidariteit tussen mensen (Jager-Vreugdenhil, 2012). Wat betreft het doel van de Wmo, deze draait om de twee pijlers: participatie en zelfredzaamheid. De gemeenten zijn verantwoordelijk om binnen de Wmo handen en voeten te geven aan deze twee pijlers.

Bij het toekennen van passende ondersteuning wordt in eerste instantie bekeken of het mogelijk is dat er informele zorg kan worden ingezet. Dit wil zeggen: geen inzet van professionele zorg, maar inzet van zelfzorg, mantelzorg, vrijwilligers en buurtinitiatieven. Lukt dit niet of ten dele dan kan de zorgvrager een beroep doen op professionele hulp waarbij het collectief aanbod voorliggend is en in tweede instantie individuele professionele ondersteuning.

Binnen de Wmo wordt onderscheid gemaakt in doelgroepen, zoals burgers met een verstandelijke, zintuigelijke of lichamelijke beperking. Een grote groep is burgers met een psychiatrische aandoening (Kruijswijk et al., 2013).

De herstelbeweging sluit aan bij de participatievisie van de Wmo. Binnen de herstelbeweging wordt de ggz-cliënt namelijk gezien als een burger en niet eenzijdig als patiënt. Dit betekent dat deze burger net als alle andere burgers wil meedoen met de samenleving en er een bijdrage aan wil leveren. Binnen de herstelbenadering wordt de ggz-cliënt aangesproken op zijn eigen kracht, mogelijkheden en sociale netwerken. Anderzijds wordt op deze wijze ook het informele netwerk (gezin, familie, netwerk, kerk, vrijwilligers) meer ingezet bij de zorg en ondersteuning van de ggz-cliënt.

### *Wmo en de GGZ*

De GGZ is van voornamelijk intramuraal gericht, dat wil zeggen dit is zorg die gedurende een onafgebroken verblijf van meer dan 24 uur geboden wordt in een zorginstelling. Deze zorg kan bestaan uit begeleiding, verzorging en/of behandeling. Vanwege de Wmo is in 2012 een bestuurlijk akkoord gesloten tussen de landelijke overheid, ggz-zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntorganisaties om de intramurale zorg af te bouwen en meer in te zetten op ambulante zorg. Dit afbouwbeleid van intramurale zorg noemt men ambulantisering en is niet alleen gericht om de intramurale afbouw op te vangen, maar ook bedoeld om effectieve alternatieven te ontwikkelen voor zowel de klinische behandeling als voor de ondersteuning van knelpunten op verschillende levensgebieden zoals wonen, werk, inkomen, opleiding, dagbesteding, sociale netwerken, vrije tijd en zorg.

De ambulantisering zorgt ervoor dat er op een andere manier naar de ggz-cliënt gekeken wordt. Een burger, ondanks zijn psychische beperking en/of verslaving, in zijn eigen leefomgeving, op zijn wijze en met zijn talenten, mogelijkheden en interesses kan mee doen in de samenleving. De ambulantisering omvat ambulante begeleiding en behandeling.

Ambulante begeleiding richt zich op meerdere levensgebieden (wonen, zinvolle daginvulling e.d.) en omvat meerdere begeleidingsvormen, variërend van woonbegeleiding tot bemoeizorg, gezinsondersteuning, budgetbeheer en toeleiding naar opleiding of werk.

Uitgangspunt bij deze groep ggz-cliënten is dan ook dat degene die ondersteuning nodig heeft dit zelf of eventueel met anderen dichtbij in de buurt moeten regelen. Als er een aanvulling nodig is,

of het lukt de ggz-cliënt niet zelf, dan kan de ggz-cliënt een beroep doen op ondersteuning van de gemeente.

Ambulante behandeling wil zeggen dat de ggz-cliënt thuis verblijft en op afspraak ggz-behandeling ontvangt. Ambulante behandeling wordt ook wel poliklinische behandeling genoemd en diverse vormen van hulp zijn zoals regelmatige gesprekken, eventueel gecombineerd met medicatie en online hulpverlening. Deze zorg wordt gefinancierd vanuit de ziektekostenverzekering. Bij een poliklinische behandeling is de ggz-cliënt door bijvoorbeeld de huisarts verwezen, er is dan sprake van een noodzakelijke specialistische behandeling vanwege een ernstige en/of complexe psychiatrische aandoening. In de polikliniek wordt zorg geboden om de stoornis op te heffen of zodanig te verminderen dat de ggz-cliënt zijn leven weer op eigen kracht naar tevredenheid kan inrichten. Belangrijkste insteek is het bewerkstelligen van minder klachten en het participeren in de samenleving. Deze poliklinische behandeling verricht door een ggz-instelling is gericht op duurzaam herstel. De ambulantisering betekent voor De Hoop dat ze nog meer dan voorheen de verbinding zal moeten zoeken met mantelzorgers, vrijwilligers en (kerkelijke) vrijwilligersorganisaties. Een poliklinische behandeling kan namelijk vanuit de visie van relationeel herstel, niet geïsoleerd worden ingezet. Er zal altijd een vorm van verbinding zijn met de leefomgeving van de ggz-cliënt (GGZ Nederland, (z.d); Van Zuthem et al., 2013, p. 13).

In deze paragraaf is de veranderende rol en positie van de GGZ, door toedoen van de Wmo, beschreven. De ambulantisering zorgt ervoor dat de ggz-cliënt in zijn eigen omgeving woont en leeft en versterkt het belang van de inzet van (in)formele zorg in de eigen leefomgeving. In de volgende paragraaf wordt de huidige positie van de ggz-cliënt beschreven

#### *De Wmo en de achterstand van de ggz-cliënt in participatie*

Uit literatuur blijkt dat de twee Wmo-pijlers van zelfredzaamheid en participatie nog onvoldoende gelden voor een aanzienlijk deel van de ggz-cliënten. Onderzoeken geven aan dat er grote sociaal-maatschappelijke kwetsbaarheid bestaat voor deze groep. De ggz-cliënt ervaart grote beperkingen en belemmeringen in het dagelijks leven ten aanzien van werken, leren en sociale contacten. Tevens blijkt een groot deel van de onderzochte ggz-cliënten (40%) zich niet gezond te voelen. Dit wordt enerzijds veroorzaakt door de psychische aandoening en anderzijds door een ongezonde leefstijl, zelfmedicatie en gebruik van psychofarmaca. Er is vaak sprake van financiële problemen vanwege werkloosheid en/of schulden, sociaal isolement en emotionele eenzaamheid. Isolement en eenzaamheid worden veroorzaakt doordat ggz-cliënten vaak moeite hebben met het nemen van initiatief tot en het onderhouden van contacten. Dit leidt tot een beperkt en vooral kwetsbaar sociaal netwerk, stigmatisering door de buitenwereld en zelfstigmatisering t.a.v. de psychische aandoening en/of verslaving. Stigmatisering kan leiden tot terugtrekken uit het sociale leven omdat men een drempel ervaart en men zich vooral bekeken voelt.

De mantelzorgers zijn bij de groep ggz-cliënten vaak zwaar overbelast. Dit wordt vooral veroorzaakt door veranderingen in het gedrag van de zorgvrager, de onvoorspelbaarheid in het verloop van de ziekte, de angst voor een terugval in symptomen, de rolverandering in mantelzorger, stigmatisering van de buitenwereld en het onbegrip en afhaken van het sociaal netwerk. Dit geeft bij zowel de mantelzorger als zorgvragers gevoelens van schaamte en schuld. De grote beperkingen en drempels in het alledaagse leven en wat de psychische aandoening/verslaving met de persoon zelf doet, leidt tot veel vragen naar zingeving. Vragen als: hoe om te gaan met mijn aandoening?, wat zegt dit over mijn identiteit?, hoe kan ik zinvol bezig zijn in mijn leven? Etc. Er wordt door ggz-cliënten nadrukkelijk gevraagd om aandacht voor zingeving.

Naast de geconstateerde knelpunten worden er ook oplossingen aangereikt. Uit de literatuur blijkt namelijk dat een ggz-cliënt openstaat voor de inzet van vrijwilligers, zodat deze ondersteund wordt op met name het gebied van het doen van sociale activiteiten die aansluiten bij de interesses en biografie van een ggz-cliënt. Dit geldt ook voor ondersteuning gericht op

leefstijlverbeteringen, huis- en tuinonderhoud, het helpen bij de administratie en het ondersteunen bij het vinden van zingeving en perspectief, waarbij wederkerigheid een belangrijk uitgangspunt is. De wederkerigheid wil zeggen dat de ggz-cliënt vanuit zijn mogelijkheden en talenten zich inzet als vrijwilliger, binnen sociaal netwerk, in de buurt, en voor de samenleving. De ggz-cliënt heeft zelf ook wat te bieden en is niet alleen zorgvrager. Overigens geven de ggz-cliënten aan dat ze bij de inzet van vrijwilligers bij voorkeur de inzet van ervaringsdeskundigen willen. Zij blijken het beste aan te sluiten bij de belevingswereld van de ggz-cliënt (Duys, Vink, Groot-Sluisman, & Abma, 2015; Trimbos-instituut, 2018; Van Zutphen et al., 2017, p. 126; Kruijswijk et al., 2013; Boevink et al., 2006)

In deze paragraaf is een beeld geschetst waar een ggz-cliënt tegenaan loopt en wat de vrijwillige inzet hierin zou kunnen betekenen. In de volgende paragraaf wordt ingezoomd op de kerk, haar relatie met de ggz-cliënt, de Wmo en welke taken zij tot haar beschikking heeft.

### *De Wmo en de kerk*

De invoering van de Wmo betekent een andere positie en rol voor de kerken. De overheid verwacht ook van de kerken een bijdrage aan de participatiesamenleving, aangezien de kerken bekend zijn met ondersteuning aan hulpvragers binnen en/of buiten de kerkelijke gemeenschap. Een inzet die volgens Jager-Vreugdenhil (2012, p. 205) bij voorkeur neutraal is ingekleurd. Zij vraagt zich af in hoeverre de kerken bereid zijn om hieraan te voldoen, als de overheid van hen verwacht dat zij daarin niet mogen getuigen van hun geloof. Volgens Roor (2018, p. 33) is er sprake van een binnen- en buitenperspectief. De overheden zien kerken als maatschappelijke organisatie en hanteren het beginsel van scheiding van kerk en staat (buitenperspectief). De kerken zien hun maatschappelijke betrokkenheid als onderdeel van hun geloofsmissie (binnenperspectief). Deze perspectieven kunnen in de praktijk botsen. Kerken leveren hun maatschappelijke bijdrage aan wat zij zelf belangrijk vinden en doen dit niet omdat de overheden dit nuttig vinden. Kerken participeren vanuit hun missie en werken samen waar mogelijk is. Tevens verzetten zij zich en protesteren wanneer het nodig is. Participatie mag volgens Noordegraaf (2011) niet leiden tot een houding van kritiekloze aanpassing aan het overheidsbeleid, maar juist een kritische bezinning op wat gaande is als mensen in de knel raken. Dit betekent concreet dat kerken op moeten letten dat burgers die ondersteuning nodig hebben dit ook voldoende krijgen. Dit geldt zowel voor hulpvragers als voor mantelzorgers en vrijwilligers. Onduidelijk is in hoeverre deze houding van solidariteit binnen de verschillende kerkdenominaties gedragen wordt. De onderlinge diversiteit van kerken ten aanzien van inzet, betrokkenheid en visie is, wat betreft de Wmo en externe gerichtheid, groot. Het over één kam scheren van de kerk als één van de vrijwilligersorganisaties is misplaatst. Belangrijke overeenkomst is in ieder geval wel dat de ondersteuning voor kwetsbare burgers, zowel binnen als buiten de kerk, sterk met de boodschap van de kerk verbonden is. Deze boodschap is tevens een belangrijke impliciete of expliciete drijfveer om vrijwilligerswerk op te pakken. Belangrijkste drijfveer is het antwoord dat Jezus gaf op de vraag wat het grootste gebod in de wet is: "Heb de Heer, uw God lief, met heel uw hart en met heel ziel en met heel verstand. Dat is het grootste en eerste gebod. Het tweede daaraan gelijk is: heb uw naaste lief als uzelf. Deze twee geboden zijn het fundament van wat er in de Wet en de profeten staat" (Matt 22: 35-39). Dit gebod in ogeschouw nemend, hebben alle kerken aandacht voor beiden; zowel voor God als de naaste (Jager-Vreugdenhil, 2012). Roor (2018) geeft in zijn overzicht aan dat in de periode 2000 – 2010 waarin de kanteling van staat naar samenleving concreet gestalte kreeg, er een sterke missionaire en vooral diaconale opleving kwam bij de verschillende kerkelijke en de daaraan gelieerde maatschappelijke organisaties. De diaconale opleving hangt volgens hem nauw samen met een nieuw missionair verlangen onder christenen. Dit verlangen vertaalt zich in nieuwe vormen waaronder diaconale presentie. De vraag blijft echter staan of de kerk daarbij de ruimte krijgt om haar eigen krachtbron en inspiratie voor deze inzet kenbaar te maken of moeten gelovigen in het publieke domein zwijgen over hun diepste (missionaire) drijfveren (Lam & Roor, 2014). Jager-Vreugdenhil (2012, p. 209) constateert

dat het karakter van de kerken complex is, zowel in organisatorische zin als in gemeenschapszin. De kerk is enerzijds gericht is op gemeenschap en dienst aan de samenleving en anderzijds op haar getuigenis. De Hoop ondersteunt de inzet van de kerken vanuit het getuigenis, want de betrokken kerken en De Hoop zijn gelijkgestemden wat betreft het Evangelie van Jezus Christus. Daarnaast mag men er van uitgaan dat het merendeel van de ggz-cliënten die poliklinisch behandeld worden door De Hoop en kerkelijk verbonden zijn, op de hoogte zijn van de missie van hun eigen kerkgenootschap. De uitdaging voor De Hoop ligt meer in de diversiteit in organisatie en structuur van de verschillende kerken. Dit geldt ook hoe pastoraat en diaconaat binnen de kerken zijn georganiseerd en wat de ervaringen met de ondersteuning van ggz-cliënten zijn. In de volgende paragrafen wordt hier verder op ingegaan.

## **2.6 De Kerk**

### *De kerk en de ggz-cliënt*

Om met de laatste opmerking van de vorige paragraaf te beginnen, er is weinig bekend van pastorale zorg en diaconale ondersteuning aan ggz-cliënten bij De Hoop. Uit een globale nulmeting uitgevoerd in 2016 op de polikliniek van De Hoop blijkt dat ongeveer 1/3 deel van de ggz-cliënten pastorale zorg ontvangt van de eigen kerkelijke gemeente. Dit ging vooral om pastorale ondersteuning door predikanten/voorgangers/ kerkelijk werkers en ouderlingen. Of deze ondersteuning aansluit bij de behoeften en wensen van de ggz-cliënt is niet bekend (De Hoop, 2016). Uit een onderzoek, in opdracht van het Centraal Cultureel Planbureau onder vrijwilligers, blijkt dat 30% van de hulpvragen komt van de doelgroep met een psychische aandoening (De Boer, De Klerk, Plaisier, Schyns, & Kooiker, 2015, p. 175). Uit onderzoeken van het Trimbos Instituut (2018, p. 14) en het Amsterdam cliëntenbelang (Duys, et al., 2015) blijkt dat er relatief weinig vrijwilligers behoren tot het netwerk van een ggz-cliënt en dat vanuit de groep ggz-cliënten de behoefte groot is voor vrijwillige inzet. Daarentegen geven vrijwilligers aan dat de ondersteuning van ggz-cliënten als zwaar en complex wordt gezien. We mogen er vanuit gaan dat hetzelfde geldt voor de kerkelijke vrijwilligers.

Belangrijk is dat er een goede match bestaat tussen vrijwilliger en ggz-cliënt, het noodzakelijk is om een professionele back-up vanuit de GGZ te organiseren en de vrijwilliger op het vlak van de GGZ geschoold wordt (Regenbooggroep, 2011).

Uit literatuur, toegespitst op de pastorale en in mindere mate op de diaconale ondersteuning, wordt hetzelfde beeld geschetst. Het omgaan met ggz-cliënten wordt door predikanten, pastoraal medewerkers en ouderlingen niet als eenvoudig ervaren. Men ervaart vaak drempels in de omgang met deze pastoranten. Ook hier wordt gewezen op scholing, zoals bijvoorbeeld het hebben van kennis over de verschillende psychische ziektebeelden. Elk ziektebeeld kent haar gevoeligheden in benadering. Valkuilen in benadering kunnen hierdoor reeds voorkomen worden. Zoals reeds werd aangegeven is er veel behoefte aan zingeving. Dit zal niet anders zijn voor gelovigen en verschilt per persoon en psychische aandoening en/of verslaving. Vragen over de zin en betekenis van het lijden, de aanvechtingen en aanklachten of men nog wel een kind van de Heer is, geloofstwijfel, schuldgevoel naar God en anderen toe, vragen over de identiteit in Christus en bemoedigd willen worden door gezangen & psalmen, de Bijbel en door het geloofsgesprek.

Vandaar dat naast kennis er ook op gewezen wordt hoe belangrijk het is dat de pastor zich inleeft in de situatie waar de pastorant met een psychische aandoening zich in bevindt en welke pastorale vragen er bij die persoon kunnen leven. Laatstgenoemde heeft vaak te kampen met schaamte voor zijn ziek-zijn, gevoelens van onmacht, onzekerheid en teleurstellingen en deze problemen kunnen intens zijn en het Godsvertrouwen op de proef stellen. Gewezen wordt hoe belangrijk het is een grondhouding van innerlijke bewogenheid, nabijheid, het er willen zijn, volledige aanvaarding van de pastorant, een oprechte en authentieke houding, te luisteren en de aanwezigheid van gespreksvaardigheden. Het is dan ook niet verwonderlijk dat, "gewone"

gemeenteleden het nog lastiger vinden dan de kerkelijke “professionals” om met ggz-cliënten om te gaan, ook wat betreft de pastorale vragen die er bij de ggz-cliënt leven. Belangrijk is dan ook dat het gemeentelid ter ondersteuning kan terugvallen op een kerkenraad e/o pastoraal team. De ontmoeting met een mens in psychische nood kan afschrikken, onzeker maken, onmacht geven en kan verlamdend werken in het contact. Dit heeft het effect dat de ggz-cliënt die ondersteuning en nabijheid nodig heeft afstand ervaart. Dit kan betekenen dat ggz-cliënten in hun kerkelijke gemeente sneller geïsoleerd raken en eenzaamheid ervaren dan andere kwetsbare mensen binnen de gemeente (De Lely, 2012; Heitink (2005); Paul, in Van der Meulen, 2010, pp. 128 – 129; Van der Wal, 1998; Verhagen, 2000, pp.97 – 115; Verhagen & Van Megen, 2012).

### *De relatie kerken en De Hoop*

Er bestaat geen formele relatie tussen De Hoop en de (landelijke) kerken. De kerken zijn niet formeel vertegenwoordigd in de Raad van Toezicht en/of in een ander gremia binnen De Hoop. De bemensing hiervan is op persoonlijke titel. De Hoop onderhoudt contacten met de kerken door middel van informatie-, thema- en trainingsavonden en informatiebulletins. De betrokkenheid en samenwerking van de kerken met De Hoop is verschillend per kerkgenootschap. Bij het ene kerkgenootschap is er sprake van pastorale zorg- en bevrijdingsteams gericht (ook) op de ggz-doelgroep en bij andere kerkgenootschappen is er weinig georganiseerd en is het afhankelijk van een betrokken gemeentelid die een ggz-cliënt ondersteunt. De Hoop behandelt ggz-cliënten van alle kerkelijke gezindten. Vanuit de behandeling is de verbinding met de kerken en/of kb ad hoc en afhankelijk van de behandeling en de motivatie van ggz-cliënt en behandelaar. Deze verbinding is vooral pastoraal en in mindere mate diaconaal van aard. De betrokkenheid van een kb bij het behandelplan is niet alleen afhankelijk van de instemming van de ggz-cliënt maar is ook afhankelijk van de inzichten van de ggz-behandelaar. Er is over de inzet van kb geen beleid binnen De Hoop.

Wat betreft het pastoraat, deze kan op drie manieren binnen De Hoop worden ingezet worden, te weten:

1. De afdeling Identiteit en Geestelijke Verzorging
  2. De eigen ggz-behandelaren
  3. De kerken, pastorale praktijken zoals Centrum voor Pastorale Counseling (De Hoop, 2016).
- In 2016 is een nulmeting omtrent het functioneren van het pastoraat gehouden onder de cliënten die poliklinisch behandeld werden. Ongeveer 30% van de cliënten maakten gebruik van pastorale zorg vanuit hun eigen gemeente. Nog geen 1% maakte gebruik van de afdeling Identiteit en Geestelijke Verzorging van De Hoop. Van de werkzame ggz-behandelaren gaf 92% aan dat ze hun professionele behandeling aanvullen met pastorale elementen, denk daarbij aan gebed en aandacht voor zingevingsvragen. Naar aanleiding van deze uitkomsten heeft De Hoop voor 2017 ten doel gesteld om o.a. alle cliënten op de hoogte te stellen van het pastorale aanbod vanuit de afdeling Identiteit en Geestelijke Verzorging en dat alle pastorale hulpvragen die bij de intake naar voren komen intern of extern verwezen worden. Tevens heeft De Hoop de wens geuit om te onderzoeken op welke wijze de rol van de kerk vergroot kan worden in de behandeling. De voorkeur van De Hoop is dat het pastoraat primair vanuit de kerkelijke gemeenschap wordt ingezet. Op deze wijze wordt pastoraat aan de cliënt gecontinueerd ook als de behandeling bij De Hoop is afgerond. De genoemde doelstellingen en wensen zijn intenties gebleven die beleidsmatig niet verder zijn uitgewerkt en geïmplementeerd op de polikliniek (De Hoop, 2016). Wat betreft de inzet van diaconaat is er binnen De Hoop geen beleid ontwikkeld. Het is onduidelijk wat de verwachtingen en behoeften zijn vanuit De Hoop wat betreft de inzet van de kerken. In de volgende paragraaf wordt ingegaan op de taken van de kerk.

### *De Kerk en haar taken*

De kerk is de zichtbare gestalte van, de eschatologische heilsgemeenschap rondom Christus. De kerk is de schepping van de Geest die mensen verzamelt rondom Christus. De kerk is het lichaam



van Christus en zij omvat de drie grondfuncties; getuigenis, dienst en liturgie. Ze is van oorsprong te onderscheiden in ambt en charisma, oftewel in organisatie en gemeenschap (Van den Brink & Van den Kooi, 2012, pp. 520 - 524). Wat betreft de gemeenschap vormt Handelingen 23:42 de basis voor de gemeenschap van de gemeente: "Zij bleven volharden bij het onderwijs van de apostelen en de gemeenschap, het breken van het brood en de gebeden."

De gemeenschap komt ook tot uitdrukking in het delen van het vermogen (Hertog, 2009 p. 17). Deze koinoina, de gemeenschap van gelovigen met Christus en onderling, wordt in Johannes 15 geschetst met het beeld van de wijnstok en de ranken en door Paulus geschetst als het Lichaam van Christus (1 Kor 12). Deze koinoina brengt ook organisatie met zich mee. Een voorbeeld van organisatie zijn de ambten binnen de kerk. Historisch gezien heeft zich in de oude kerk een drievoudig ambtsstructuur ontwikkeld, die van bisschop, presbyter en diaken. In bijvoorbeeld de gereformeerde kerken (presbyteriale kerken) ziet men deze ambten terug in predikant, ouderling en diaken, waarbij predikant en ouderling zich voornamelijk richten op de geestelijke kant van de mens (pastoraat) en de diaken zich richt op diens materiële kant (diaconaat) Dit staat aangegeven in Handelingen 6- 1:6, waar de diakenen ingezet worden om voor de behoeftigen te zorgen. Tevens is er sprake van het ambt van alle gelovigen dat wil zeggen elke gelovige ontvangt zijn gaven, charismata geheten, om zijn ambt als gelovige uit te kunnen voeren. De pastorale en diaconale ondersteuning wordt gezien als een taak van de gehele gemeente. Een mooi voorbeeld hiervan is het "1 op 10 pastoraat" waarbij de ouderling en/of diaken als coördinator optreedt en waarbij een meelevend gemeentelid zowel diaconale als pastorale taken uitvoert voor een tiental huishoudens in de buurt. Op deze wijze krijgt het ambt van alle gelovigen gestalte zoals het bedoeld is. De ouderling is dienstbaar aan de gemeenteleden en zijn de diaconale en pastorale taken niet gescheiden in personen (Haaften, 2007).

Zowel in theorie als in praktijk wordt in de uitvoering van de pastorale en diaconale taken meer de overlap tussen beide aangegeven. Van der Meulen (1998, p. 20) definieert pastoraat als volgt: "pastoraat is het onder de hoede van de Goede Herder, in gehoorzaamheid aan zijn Woord en in de kracht van de Heilige Geest binnen en vanuit de charismatische gemeente van Jezus Christus via ontmoeting, gesprek en ritueel, omzien naar mensen op hun levens- en geloofsweg binnen de context van de samenleving."

Hij noemt twee belangrijke aspecten van pastoraat die van belang zijn voor dit onderzoek. Hij geeft namelijk aan dat pastorale zorg breed, kritisch en hoopgevend is. Breed omdat de liefde van Christus gericht is op heel de wereld. Kritisch dat wil zeggen pastorale zorg als een "tegenover" de kwade machten zoals geld, occulte krachten, onderdrukkende structuren e.d. Hoopgevend voor mensen die de zinloosheid van het bestaan ervaren. Hij wijst daarbij op de beloften die door God zijn gegeven, de hoop in het huidige en het toekomstige leven. Tevens wijst hij erop dat het gaat om de gehele mens. Het gaat om lichaam, ziel en geest en dat zij staat in relatie tot zichzelf, de medemens, de wereld en tot God. Hij geeft aan dat pastoraat veelomvattend is en niet is af te bakenen naar ziel en geest (Van der Meulen, 1998, pp. 32 - 33).

Diaconaat definieert Roor (2018 p. 67) als "de persoonlijke en gezamenlijke dienst van volgelingen van Jezus aan medemensen in moeilijke persoonlijk of maatschappelijke omstandigheden, in het bijzonder aan hen die geen helper hebben of door anderen worden buitengesloten. Deze dienst richt zich op het voorkomen, bestrijden, verminderen en uithouden van zowel fysiek en psychische lijden, als sociale en materiële noden en maatschappelijk onrecht en heeft oog heeft voor de geestelijke aspecten die hiermee verbonden zijn en oog voor het maatschappelijk welzijn".

Hij geeft aan dat diaconaat betekent dat men op elkaar is aangewezen en dat bij het betonen van barmhartigheid er sprake is van wederkerigheid ook al bevindt de ander zich in een noodsituatie. Tevens geeft hij aan dat het niet alleen gaat om stoffelijke zaken, maar dat diaconaat ook holistisch moet worden opgevat. Dat wil zeggen het omvat zowel lichamelijke, psychische, cognitieve, sociale en culturele aspecten en dat het niet te scheiden is van geestelijke aspecten (Roor, 2018 pp. 51 – 55). De diaconale activiteiten zijn erop gericht om hulpvragers tijdelijk te ondersteunen totdat zij, als het mogelijk is, weer zelfredzaam zijn (Den Hertog, 2009 p. 157). Een

bijdrage kunnen leveren aan de samenleving op welke wijze dan ook versterkt de eigenwaarde en de zin van het bestaan van de hulpvrager. Binnen het diaconaat vindt deze zingeving steeds meer plaats, zoals het ontwikkelen van sociale coöperaties (Hollanders, 2018 pp. 145 – 159). Deelnemers leveren hun bijdragen aan de coöperatie ongeacht hun beperkingen en tekortkomingen.

In deze paragraaf zijn verschillende aspecten van de kerk besproken zoals de relatie met De Hoop, de verhouding en omgang met de ggz-cliënten en wat haar taken als koinoina kunnen zijn. In de volgende paragraaf volgt een samenvatting wat uiteindelijk leidt tot zowel de beantwoording van de derde onderzoeksvraag als tot een onderzoeksmodel.

## **2.7 Samenvatting dat leidt tot het onderzoeksmodel**

De paragrafen 2.5 en 2.6 geven antwoord op de 3<sup>e</sup> onderzoeksvraag

*Wat is de rol van de kerkelijke gemeenschap bij het omgaan van cliënten met hun ggz- en/of verslavingsproblematiek binnen de poliklinische behandeling?*

Zoals we gezien hebben draait de Wmo om de twee pijlers van participatie en zelfredzaamheid, waarbij enerzijds burgers met een beperking een bijdrage leveren aan de samenleving en anderzijds de gezonde burgers informele zorg en ondersteuning leveren aan kwetsbare burgers. Dit geldt ook voor resp. ggz-cliënten en kerken, laatstgenoemde in de persoon van de kb. Wat betreft ggz-cliënten liggen de behoeften op het vlak van het doorbreken van sociaal isolement & emotionele eenzaamheid, verminderen van een ongezonde leefstijl, tegengaan van oplopende schulden, opbouwen dagritme en structuur van dagelijkse activiteiten, aandacht voor zingeving en opbouwen van een zinvol bestaan en ondersteuning van de mantelzorger(s). Tevens staat de ggz-cliënt welwillend tegenover vrijwilligers, bij voorkeur ervaringsdeskundigen. Aangezien er geen onderzoek bekend is dat specifiek onderzocht is voor ggz-cliënten die kerkelijk betrokken zijn, ga ik er vanuit dat de uitkomsten ook van toepassing zijn op de groep van kerkelijk betrokken ggz-cliënten.

Wat betreft de kerk en de Wmo komt naar voren dat de onderlinge diversiteit van kerken ten aanzien van inzet, betrokkenheid, visie wat betreft de Wmo en externe gerichtheid groot is. Een belangrijke overeenkomst is dat de ondersteuning van ggz-cliënten, sterk verbonden is met de boodschap van de kerken en een belangrijke impliciete of expliciete drijfveer is om vrijwilligerswerk op te pakken. De kerk als gemeenschap van gelovigen met Christus, geeft pastorale en diaconale ondersteuning aan de gehele mens die hier behoefte aan heeft. Ondanks de verschillen in waardering voor pastoraat en diaconaat worden deze taken grosso modo gezien als een taak van de gehele gemeente. Tevens blijkt in de huidige praktijk dat diaconaat en pastoraat in elkaar overlopen bij het ondersteunen van mensen in nood. De ondersteuning aan ggz-cliënten wordt door vrijwilligers als zwaar en complex gezien. Dit wordt bevestigd door predikanten en ouderlingen en zal niet anders zijn voor andere kb-en. Naast scholing op de ggz-aandoening en het hebben van een back-up vanuit de kerk en de GGZ, zijn o.a. een betrokken houding en gespreksvaardigheden essentieel om tot een goede match te komen tussen ggz-cliënt en kb. Het hebben van ervaringsdeskundigheid is hierin voor een ggz-cliënt een variabele tot verbinding. Rekening houdend met de specifieke “eisen” die de ggz-doelgroep vraagt aan vrijwillige inzet zou de kb van betekenis kunnen zijn en een bijdrage kunnen leveren op het vlak van:

- sociale activiteiten
- betrokkenheid bij leefstijlverbeteringen zoals gezond eten, bewegen e.d.
- huis en tuinondersteuning
- een bijdrage leveren aan het dagritme
- helpen bij de (financiële) administratie
- ondersteuning bij zingeving, geloof en perspectief
- ondersteuning van de mantelzorger

Deze bijdragen van de kb passen in de pastorale en diaconale taken van de kerk. Wat betreft de Wmo zal De Hoop verbinding moeten blijven zoeken met mantelzorgers, vrijwilligers en (kerkelijke) vrijwilligersorganisaties. Vanuit haar visie van relationeel herstel, kan een poliklinische behandeling niet geïsoleerd bij de ggz-cliënt worden ingezet. Er zal altijd een vorm van verbinding dienen te zijn met de leefomgeving van de ggz-cliënt. De kerkelijke gemeenschap is hierin een natuurlijke partner voor zowel de ggz-cliënt als De Hoop. De uitdaging ligt niet in het verbinden van de boodschap van het Evangelie van Jezus Christus. Dit wordt gedeeld tussen De Hoop, de kerken en de kerkelijk meelevende ggz-cliënten. De uitdaging ligt meer in het kunnen samenwerken met de kerken die divers zijn in organisatie en structuur. Nu de derde onderzoeksvraag beantwoord is komt de vraagstelling naar voren:

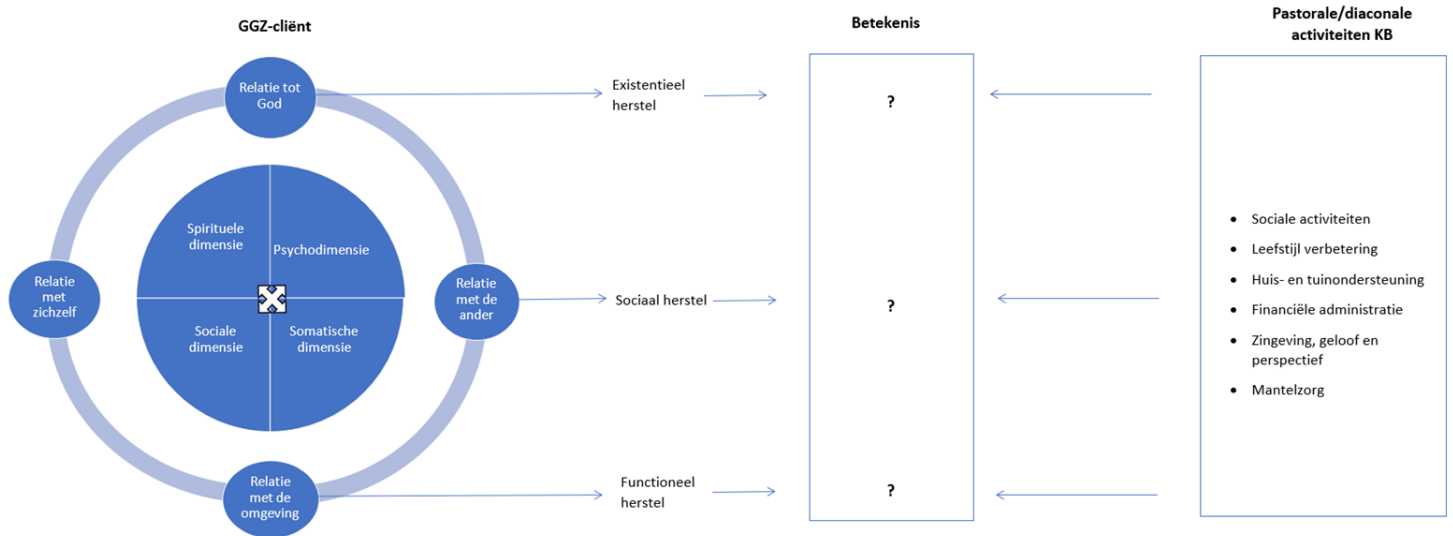
Wat is de betekenis van deze kerkelijke inzet voor de ggz-cliënt in zijn omgang met zijn psychische aandoening e/o verslaving tijdens de poliklinische behandeling?

Betrekken we de paragrafen 2.2 BPSS-model en 2.3 Herstelbenadering erbij dan zullen genoemde behoeften van de ggz-cliënt en de in te zetten activiteiten van de kb voornamelijk liggen op het vlak van de biologische, sociale en spirituele dimensies. Het gaat om spirituele ondersteuning in de vorm van pastoraat en sociale en biologische ondersteuning in de vorm van diaconaat. De psychische dimensie is het terrein van de ggz-behandelaar; de ggz-cliënt wordt primair behandeld voor zijn psychische aandoening. Hierbij (nogmaals) de kanttekening dat de behoefte op bijvoorbeeld de sociale dimensie invloed heeft op de behoefte van bijvoorbeeld de psychische en biologische dimensies. Bijvoorbeeld groepswandelen als vorm van een sociale activiteit kan invloed hebben op de biologische dimensie (in beweging zijn) en de psychologische dimensie (aansluiting vinden). De kerkelijke ondersteuning op de sociale, biologische en spirituele dimensies kan, zoals we zagen, van betekenis zijn voor relationeel herstel. De verwachting is dat de betekenis van de kb met name naar voren komt bij de relatie met God, relatie met de ander en de relatie met de omgeving. De betekenis van de kb voor de relatie met jezelf zal minder groot zijn aangezien dat bij uitstek het terrein van de ggz-behandelaar is. Het gaat hierbij om met name de psychische dimensie waar de ggz-cliënt voor in behandeling is. Uiteraard oefenen de vier relaties onderling invloed op elkaar uit.

Wat de betekenis van de inzet van de kb voor het herstel op de genoemde drie relaties voor de ggz-cliënt concreet inhoud is onbekend. Kan er, door de inzet van de kb, sprake zijn van existentieel herstel in relatie met God, sociaal herstel in relatie met de ander en functioneel herstel in relatie met de omgeving? Dit moet in de praktijk onderzocht gaan worden aangezien in de literatuur, bijvoorbeeld bij de dimensionele herstelbenadering (p. 15) te algemeen over herstel wordt geschreven en bij De Hoop relationeel herstel niet verder is uitgewerkt.

Aangezien De Hoop uitgaat van relationeel herstel op basis van een Bijbels mens- en wereldbeeld en de Wmo door de ambulantisering De Hoop “dwingt” om meer verbinding te zoeken met de kerkelijke gemeenschap is er een urgentie ontstaan om de betekenis van de inzet van de kb voor de ggz-cliënt te onderzoeken. De urgentie wordt versterkt omdat binnen De Hoop er nog geen (eenduidig) beleid is over de inzet van de kb bij een ggz-cliënt. Dit heeft nu tot gevolg dat de kb ad hoc en afhankelijk van de behandeling en de motivatie van zowel de ggz-cliënt als de behandelaar wordt ingezet. Het onderzoek naar de inzet van de kb kan een eerste aanzet geven tot een andere invulling van de samenwerking tussen de kerken en De Hoop.

Het onderzoek wil ik doen aan de hand van onderstaande model:



Zoals eerder is aangegeven beïnvloeden de bio-psycho-soc-spirituele dimensies elkaar en de vier relationele herstelgebieden en vice versa. Het onderzoek richt zich op de relatie met God, met de ander en de omgeving. De betekenis van de inzet van de kb richt zich bij deze drie relaties op resp. existentieel herstel (God), sociaal herstel (de ander) en functioneel herstel (de omgeving). De kb wil van betekenis zijn door het uitvoeren van pastorale en diaconale activiteiten toegespitst op de behoeften van de ggz-cliënt zoals naar voren komt uit de literatuur. In hoofdstuk 3 wordt het praktijkonderzoek nader toegelicht

### 3 Verantwoording methode onderzoek

In dit hoofdstuk volgt de verantwoording van de keuzes die gemaakt zijn met betrekking tot dit praktische onderzoek. Eerst wordt ingegaan op de keuze voor een kwalitatief onderzoek met als instrument het interview en op de keuze voor 12 deelnemers. Tevens wordt uitleg gegeven hoe er is geanalyseerd en tenslotte wordt ingegaan op de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek.

#### 3.1 Kwalitatief onderzoek

In dit onderzoek wordt nadrukkelijk gevraagd naar ervaringen van de kerkelijke inzet en wat dit betekent voor de ggz-cliënt. Aangezien de ervaring van de deelnemer centraal staat en niet het verzamelen van cijfermatige gegevens en het onderzoeken van een causaal verband, is er gekozen voor een kwalitatief onderzoek (Verhoeven, 2014, p. 147). Als instrument is gekozen voor het interview, omdat daarin ruimte is voor de ervaring van de deelnemer en er informatie verzameld wordt over een onderwerp. Het onderzoek is enerzijds toetsend en anderzijds explorerend van aard. Aan de hand van de literatuur zijn de behoeften aan ondersteuning van de ggz-cliënt en het takenaanbod van de kerk onderzocht en de uitkomsten daarvan worden getoetst bij de deelnemers. Tevens is er, zoals eerder aangegeven in hoofdstuk 2, zowel in de literatuur als bij De Hoop weinig bekend over de betekenis van de inzet van de kb voor de ggz-cliënt in zijn omgang met zijn psychische beperking en/of verslaving. De vier relationele herstelgebieden zijn binnen De Hoop verder inhoudelijk niet uitgewerkt, ze worden echter wel benoemd als “kopjes” in het behandelplan. De relationele herstelgebieden komen uiteraard tijdens de interviews aanbod, echter de deelnemers geven zelf woorden aan het soort herstel. Dit past ook bij de explorerende opzet van dit onderzoek.

##### *Half-gestructureerd interview*

Er is gekozen voor een half-gestructureerd interview dat wil zeggen: de onderwerpen en ook de belangrijkste vragen liggen vast. Het “doorvragen” ligt in dit onderzoek niet vast. In eerste instantie was het de bedoeling om te interviewen vanuit een topic-lijst, zodat de vraagmethode open ligt en de deelnemer meer de ruimte krijgt om een eigen inbreng te hebben. De inhoud en het werken met een topic-lijst is getoetst aan de hand van twee proefinterviews met ggz-ervaringsdeskundigen werkzaam bij De Hoop en MEE A&Z. Het resultaat was dat de topics niet allemaal werden besproken en ook de duur van het interview was langer dan er voor stond. Om die redenen is er gekozen voor een half-gestructureerd interview, zodat er vanuit mijn kant meer regie was op het interview zelf. Het is overigens voor het onderzoek niet van belang dat de belangrijkste vragen vastliggen, het gaat er in dit onderzoek om dat dezelfde onderwerpen aanbod komen. Door het hanteren van een half-gestructureerd interview kan dit ten koste gaan van de eigen inbreng van de deelnemer. Overigens waren de besproken topics volledig herkenbaar voor de “proefpersonen”. In bijlage 1 t/m 3 zijn de (uitgeschreven) vragenlijsten voor resp. kb, cliënt en behandelaar opgenomen.

##### *Inzet en selectie van trio's*

De inschatting vooraf was dat De Hoop geen zicht heeft op

- a) de pastorale ondersteuning van het aantal poliklinische ggz-cliënten vanuit de verschillende kerkgenootschappen,
- b) het aantal ggz-behandelaren die daarin een bewuste rol hebben,
- c) de inzet van de kb als onderdeel van het behandelplan en
- d) wat deze inzet betekent voor de ggz-cliënt

Vandaar dat voor de opzet gekozen is om vanuit drie perspectieven de betekenis van de inzet van de kb voor de ggz-cliënt te onderzoeken. Dit maakt het onderzoek bijzonder want vaak wordt

alleen vanuit één, hooguit twee perspectieven een onderzoek opgestart. Aangezien er geen duidelijk zicht is op de betekenis van de inzet van de kb voor de ggz-cliënten is het de bedoeling om iets nieuws in kaart te brengen en is dit deel van het onderzoek explorerend van aard. De verwachting is dat vanuit de drie perspectieven de uitkomst een evenwichtig en compleet beeld geeft over de daadwerkelijke inzet van de kb, de betekenis van deze inzet voor de ggz-cliënt en een helder zicht geeft op eventuele ontwikkelpunten. Gezien de tijd die beschikbaar is voor het afstudeeronderzoek is gekozen om maximaal twaalf interviews te houden. Dit houdt in dat er maximaal vier trio's (ggz-cliënt, zijn kb en zijn ggz-behandelaar) gevormd kunnen worden. Iedere deelnemer wordt afzonderlijk geïnterviewd.

Vooraf was de verwachting vanuit De Hoop dat er te weinig aanbod was van behandelsituaties met deze drie spelers. Om de drempel niet hoger te maken is er voor gekozen om in principe alle ggz-cliënten met een bepaalde psychiatrische aandoening e/o verslaving deel te laten nemen aan dit onderzoek. In de onderzochte literatuur wordt namelijk geen onderscheid gemaakt in psychische aandoeningen en verslaving. Ook is er geen onderscheid in het onderzoek gemaakt naar de kerkelijke achtergrond van zowel de ggz-cliënt als de kb. Het is wel van belang dat een kb uit dezelfde kerkelijke gemeente komt als de kerkelijk meelevende ggz-cliënt gezien de eventuele betrokkenheid van de kerkelijke gemeenschap. Om voldoende respondenten te krijgen is er tevens voor gekozen om minimale selectiecriteria voor deelnemende trio's op te stellen. Het gaat om de volgende selectiecriteria:

- ✓ de ggz-behandelaar is via het behandelplan minimaal op de hoogte van de kb als relevante contactpersoon voor de ggz-cliënt. Dit kan betekenen dat de ggz-behandelaar de kb alleen van naam kent.
- ✓ de ggz-cliënt en behandelaar hebben een behandelrelatie.

Met deze selectiecriteria kan de situatie ontstaan dat een behandelaar weinig kan zeggen over de inzet van een kb, aangezien de behandelaar niet op de hoogte is van de inhoudelijke inzet van de kb. De werving wordt door De Hoop uitgevoerd en behandelaren kunnen zich zelf melden bij een intern aanspreekpunt. Er hebben zich vier behandelaren gemeld die voldoen aan de selectiecriteria.

De uiteindelijke selectie van de trio's:

In tabel 1 staat een overzicht van de deelnemers. De namen van de ggz-cliënten zijn geanonimiseerd. Dit geldt ook voor de namen van de kb-en en de ggz-behandelaren.

| <b>Naam</b>   | <b>Geslacht</b> | <b>Lft</b> | <b>GGZ-beperking voorliggend</b> | <b>Kerkelijke gemeente</b> | <b>Fase behandel traject</b> | <b>Ervarings deskundige</b> | <b>Functie</b> |
|---------------|-----------------|------------|----------------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------|
| Cliënt A      | m               | 53         | Bipolaire stoornis               | PKN                        | Tussenfase                   |                             |                |
| Client B      | m               | 62         | PTSS                             | Evang                      | Tussenfase                   |                             |                |
| Cliënt C      | m               | 69         | Depressie                        | Evang                      | Afgerond +/- 3 mnd geleden   |                             |                |
| Cliënt D      | v               | 29         | PTSS                             | PKN/Evang                  | Na-traject                   |                             |                |
|               |                 |            |                                  |                            |                              |                             |                |
| <b>Naam</b>   |                 |            |                                  |                            |                              |                             |                |
| KB A          | m               |            |                                  | PKN                        |                              | ja                          |                |
| KB B          | m               |            |                                  | Evang                      |                              | ja                          |                |
| KB C          | m               |            |                                  | Evang                      |                              | nee                         |                |
| KB D          | v               |            |                                  | Evang                      |                              | nee                         |                |
|               |                 |            |                                  |                            |                              |                             |                |
| <b>Naam</b>   |                 |            |                                  |                            |                              |                             |                |
| Behandelaar A | v               |            |                                  |                            |                              |                             | Vpk            |
| Behandelaar B | m               |            |                                  |                            |                              |                             | psycholoog     |
| Behandelaar C | m               |            |                                  |                            |                              |                             | Psycholoog     |
| Behandelaar D | v               |            |                                  |                            |                              |                             | Psycholoog     |

*Een aantal opmerkingen over de representativiteit bij de uiteindelijke selectie van de trio's:*

- ✓ De selectie van de trio's werd uitgevoerd door een behandelaar van De Hoop. Hiervoor is gekozen omdat vooraf geen inschatting gemaakt kon worden hoeveel trio's er in de bestaande caseloads van de behandelaars beschikbaar zouden zijn. Tevens schatte De Hoop in dat interne aansporing nodig zou zijn om behandelaars te bewegen om cliënten en kb-en aan te leveren. De interne selectie kan tot gevolg hebben dat alleen positief bekend staande trio's geselecteerd zijn.
- ✓ De groep kb-en zijn niet representatief voor de groep kb-en die ggz-cliënten ondersteunen zoals weergegeven in paragraaf 2.6. De vier kb-en bestonden uit twee ervaringsdeskundigen; de één vanwege een burn-out en daarmee gepaarde depressie en de andere is behandeld geweest voor een depressie. De derde kb was een tante en de vierde kb had reeds een soort van werkervaring met ggz-cliënten. Vandaar dat men bij de uitkomsten van dit onderzoek rekening moet houden dat een negatieve betekenis van de inzet van de kb mogelijk wat onderbelicht is.
- ✓ Voor de groep poliklinische cliënten die kerkelijk meelevend zijn en verbinding hebben met de kb is het onduidelijk of de vier behandelaars hierin representatief zijn. Onduidelijk is of er ook een negatieve waardering bestaat voor een soortgelijke groep cliënten. Dit kan betekenen dat vanuit het perspectief van de behandelaars een negatieve waardering voor de inzet van kb onderbelicht kan zijn.
- ✓ De vier behandelaars voldoen aan de criteria voor aanmelding; ze zijn betrokken bij de behandeling van één van de vier cliënten en zijn op de hoogte van de kb als relevante contactpersoon. Drie van de behandelaars is psycholoog en één is ggz- verpleegkundige. Twee behandelaars zijn langer dan tien jaar werkzaam als behandelaar en twee behandelaars minder dan vijf jaar.

*Een opmerking over de representativiteit na de interviews:*

- ✓ Er zijn in de interviews met de deelnemers geen negatieve zaken over de inzet van de kb naar voren gekomen. Dit is voor een groot deel te verklaren omdat alleen kerkelijk meelevende ggz-cliënten zijn geselecteerd die reeds ondersteuning ontvangen vanuit de kerkelijke gemeente. Dit betekent dat de kans dat er kritische zaken naar voren komen minder is, dan dat er een groep van kerkelijk meelevende cliënten met of zonder ondersteuning van een kb geïnterviewd waren.

*Informed consent*

Aangezien het een onderzoek betreft met medewerking van vier ggz-cliënten is er getoetst bij de medisch ethische commissie of er sprake is van een informed consent (zie bijlage 4). Alhoewel er geen sprake was van een medische behandeling of deelname aan (medisch-) wetenschappelijk onderzoek is toch gekozen voor een informatieblad en een uitgebreide toestemmingsverklaring (zie bijlage 5 en 6). De getekende toestemmingsverklaring heb ik vooraf aan het interview door de cliënt overhandigd gekregen. Vooraf aan de interviews met de kb en de behandelaar overhandig ik de getekende toestemmingsverklaring van de desbetreffende ggz-cliënt zodat de behandelaar en kb toestemming hebben om voor het onderzoek relevante privacygevoelige informatie met mij te delen.

De twaalf interviews zijn met een dictafoon opgenomen. De vier interviews met de ggz-cliënten zijn door mijzelf letterlijk uitgewerkt en ter goedkeuring aan ze voorgelegd. Deze interviews zijn zonder noemenswaardige aanvullingen goedgekeurd. De overige acht interviews met de kb en behandelaars zijn door een extern bureau letterlijk uitgewerkt. Deze transcripties zijn niet ter goedkeuring voorgelegd. De planning van de twaalf interviews en de respons van die vier cliënten op de uitgewerkte interviews hadden namelijk tot gevolg dat de planning reeds uitliep en mijn verwachting was dat dit ook het geval zou zijn met het op tijd retour krijgen van de overige acht transcripties. Door de tussenkomst van een extern bureau voorkom ik, van mijn kant,

vooringenomenheid in de uitwerking en is op die grond goedkeuring van de deelnemers niet noodzakelijk.

### *Verantwoording verwerking interviews*

Aan de hand van de interviews worden zowel de behoeften van de ggz-cliënten als de activiteiten van de kb getoetst. De toetsing van de, door de kb, ingezette activiteiten leverde als “bijvangst” vier hoofdcategorieën van activiteiten op. Er is bij deze toetsing zowel inductief als deductief gecodeerd. Wat betreft het achterhalen van de betekenis van de inzet van de kb voor de ggz-cliënt in zijn omgang met zijn aandoening stond het coderen vooraf geheel open en is naderhand ingevuld.

Daarna is er per groep (de groep cliënten, de groep kb-en en de groep behandelaren) van elk interview de tekst onderstreept waarin gesproken werd over

- De vier relationele vormen van herstel.
- De activiteiten c.q. inzet van de kb.
- De behoeften van de ggz-cliënt.
- De verbinding/samenwerking/afstemming tussen de leden van het trio (cliënt, kb en behandelaar).

Deze onderstrepingen zijn gecodeerd en in één Excelbestand geplaatst. Elke groep heeft in dat Excelbestand zijn eigen vier tabbladen en elk tabblad geeft het proces van labelen en coderen weer. In bijlage 7 worden deze processtappen uitgewerkt.

### *Validiteit en betrouwbaarheid*

In dit onderzoek zijn twee verschillende methoden van dataverzameling gebruikt, namelijk literatuuronderzoek en interviews. Om de validiteit te vergroten zijn onderwerpen, zoals behoeften ggz-cliënt en kerkelijke activiteiten die tijdens de interviews aan de orde komen, gebaseerd op literatuuronderzoek. De antwoorden van de deelnemers bevestigen de uitkomsten van dit literatuuronderzoek. Wat betreft de betekenis van de inzet van de kb voor de ggz-cliënt en zijn omgang met psychische aandoening en/of verslaving was geen toepasbare literatuur voorhanden en is een onontgonnen terrein. De betekenis van de inzet van de kb voor de ggz-cliënt is vanuit drie perspectieven bevraagd. Dit vergroot dat de uitkomsten dichtbij de werkelijkheid blijven. Tevens is, zoals eerder aangegeven, van elk interview een geluidsopname gemaakt en getranscribeerd. Bij de verwerking is in de verschillende stappen in de analyse (bijlage 7) dicht bij de werkelijkheid van de deelnemer gebleven. Dit heeft mijns inziens de betrouwbaarheid vergroot. De twaalf transcripten en de uitwerking in Excelbestand zoals in bijlage 7 beschreven zijn ingeleverd bij de CHE. Om privacy redenen zijn ze niet opgenomen in dit document. De interne validiteit is vergroot doordat de kwalitatieve methode van onderzoek is toegepast bij een geldig antwoord vinden op de vraagstelling en de subvragen. Tevens is de betrouwbaarheid vergroot door bij elk interview naar dezelfde onderwerpen te vragen. Met bovenstaande is de verantwoording voor de onderzoeksmethode gegeven en zijn de stappen toegelicht in de keuze voor de drie perspectieven, de selectie van de deelnemers, het afnemen en verwerking van de interviews. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de uitkomsten van de interviews.



## 4 Analyse

### 4.1 Inleiding

#### *Opmerkingen vooraf*

- ✓ De insteek van de interviews is de feitelijke inzet en betekenis van de kb voor de cliënt vanuit drie perspectieven. Tijdens de interviews bleken de deelnemers verschillende ervaringen te hebben met betrekking tot de inzet en dus ook met bijdrage aan een herstelgebied. Bij cliënt A lag de nadruk op het pastoraat zoals ziekenzalving en pastorale gesprekken, terwijl bij cliënt C de nadruk lag op het aanbrengen van dagstructuur en –ritme. Dit betekent dat een inzet en/of betekenis voor een herstelgebied te weinig aanbod komt. Er is voor gekozen om ook in algemene zin (d.w.z. niet toegespitst op een deelnemende cliënt) de verwachte inzet van de kb en betekenis voor het relationele herstelgebied aan te geven. Dit wordt in de tekst aangegeven met “in algemene zin”. Behandelaren maken in dit geval gebruik van praktijkervaring met andere cliënten.
- ✓ De activiteiten van de kb-en zijn na verwerking van de interviews teruggebracht naar vier hoofdactiviteiten: pastoraat, praktische ondersteuning, sociale activiteit en persoonlijke activering (zie ook bijlage 7).
- ✓ De deelnemers hebben ook adviezen en voorwaarden gesteld aan het zo goed mogelijk ondersteunen van de cliënt door de kb. Deze adviezen en voorwaarden zijn opgenomen in bijlage 9 en het relevante deel is verwerkt in de eindconclusies e/o aanbevelingen.

#### *Opbouw analyse*

De analyse van de twaalf interviews geven een antwoord op de vierde t/m zevende onderzoeksvragen, deze luiden:

- 4<sup>e</sup> Wat zijn de ervaringen van ggz-cliënten met de kerkelijke betrokkenheid in het behandelplan?
- 5<sup>e</sup> Wat zijn de ervaringen van de kb met betrekking tot zijn betrokkenheid in het behandelplan van ggz-cliënten?
- 6<sup>e</sup> Wat zijn de ervaringen van ggz-behandelaren met betrekking tot de kerkelijke betrokkenheid in het behandelplan van ggz-cliënten?
- 7<sup>e</sup> Wat betekenen deze ervaringen voor de kerkelijke betrokkenheid bij ggz-cliënten?

Aangezien De Hoop graag de uitwerking en inzicht wil in dit onderzoek is besloten om twee analyses op te stellen en deze integraal op te nemen in de onderzoeksrapportage. Na deze analyses volgt er een samenvatting. Op grond van de uitkomsten is het onderzoeksmodel aangepast.

De volgende stap is om woorden te geven waaruit de betekenis van de inzet van de kb voor de ggz-cliënt blijkt. Deze uitkomst resulteert in het definitief invullen van het onderzoeksmodel en geeft antwoord op de vraagstelling van het onderzoek:

“Welke betekenis heeft de inzet van de kerkelijk betrokkene voor GGZ-cliënten in hun omgang met hun psychische en/of verslavingsproblematiek tijdens hun poliklinische behandeling?”

#### *Twee analyses*

De inzet en de betekenis van de kb-en voor de vier cliënten worden geanalyseerd vanuit de drie perspectieven (cliënt, kb en behandelaar). Dit wordt eerst gedaan vanuit de vier trio's, hierna richt de analyse zich op de drie groepen (cliënten, kb-en en behandelaren). De analyse van de trio's geeft inzicht in de samenwerking en afstemming tussen de deelnemers en geven eventueel

de verschillen aan tussen de trio's onderling. De analyse van de groepen geeft inzicht in de verschillen en overeenkomsten binnen de groep en tussen de drie groepen.

De twee analyses richten zich op:

- De concrete inzet van de kb.
- De betekenis van deze inzet voor het relationele herstel met jezelf, God, de ander en de omgeving.
- De houding van de kb.

## 4.2 Analyse

### *Eerste analyse: de vier trio's*

#### Trio A

Bij trio A is het opvallend dat de drie deelnemers vooral de pastorale activiteiten benoemen. Opvallend hierbij is dat de betekenis voor een herstelgebied bij de drie deelnemers verschillend is. Bij de cliënt hebben de pastorale activiteiten betekenis voor de herstelgebieden jezelf, God en de ander. De kb ziet de betekenis voor de cliënt op alle vier de gebieden en de behandelaar vooral met jezelf en zijdelings herstel met God.

Wat betreft de cliënt, deze hecht veel waarde aan een aantal pastorale activiteiten zoals het pastorale gesprek, ziekenzalving, gebed inclusief voorbede, zingen van psalmen & gezangen, Bijbel lezen en de toepassing van de Bijbelse verhalen op het eigen leven. De cliënt waardeert de rol van de kb ten aanzien van het continue present zijn, het luisterend oor, zijn geduld, de zaken gedoseerd bespreekbaar maken zoals cliënts houding en omgang met zijn ziekte in het alledaagse leven zoals geestelijke aanvechtingen en het doen van huis- en tuinactiviteiten. Deze waardering geldt ook voor het stimuleren (persoonlijk activeren) van kb om te blijven deel nemen aan Bijbelstudie en discussieavonden, ook al haakt de cliënt regelmatig af vanwege zijn ziek-zijn. Deze activiteiten zorgen er voor dat er herstel optreedt in relatie met God. Hij noemt het samenspel van rust in zijn hart, het hebben van hoop, inzicht in de oorzaak van zijn aanvechtingen, de bevrijdende werking van God inzake zijn negatieve gedachten/aanvechtingen, het verlangen naar herstel met God, zich geborgen weet bij God en het toepassen van Bijbelse verhalen op zijn leven. De genoemde pastorale activiteiten worden ook positief gewaardeerd ten aanzien van het herstel met de ander. De cliënt geeft aan dat de verbinding met de gemeente is versterkt door bijvoorbeeld de ziekenzalving en de Bijbelstudie- en debatavonden. Hij ervaart steun vanuit de gemeente, aangezien hij gezien wordt, voelt zich hierdoor niet eenzaam en er is openheid om over zijn ziekte te praten. Hij haalt daarbij aan dat hij in het verleden veel vrienden is kwijtgeraakt doordat hij niet open is geweest over zijn ziek-zijn. Door de inzet en houding van de kb is hij over zijn schaamte heen en praat daar gemakkelijker over met gemeenteleden. De positieve invloed van pastorale activiteiten op herstel met God en met de ander heeft volgens cliënt A ook een positief effect op de relatie met zichzelf. Hij ervaart dat hij vooral zichzelf mag zijn, hij ervaart minder suïcidale klachten en is meer bezig met de verwerking en acceptatie van zijn ziek-zijn. Het steunt hem in de omgang met zijn negatief zelfbeeld en teleurstelling en hij zet zichzelf meer in beweging om bijvoorbeeld deel te nemen aan activiteiten, zoals Bijbelstudie- en debatavonden. Wat betreft de kb, hij bevestigt de door cliënt aangegeven pastorale activiteiten. Hij geeft aan dat door de geestelijke ondersteuning die hij biedt, de cliënt ervaart dat God machtig is, Christus bevrijdend werkt, de Heilige Geest aanwezig is en dat cliënt weet en ervaart een kind van God te zijn. Het herstel met de ander wordt volgens de kb door hem versterkt door er voor de cliënt te zijn (presentie), zich met hem te verbinden en te helpen. Het herstel met de omgeving wordt vanuit de pastorale activiteiten versterkt door de cliënt een bijdrage te laten leveren aan de gebedskring. Het herstel met jezelf wordt volgens de kb vanuit zijn inzet positief beïnvloed,

doordat hij ondersteunend is in de strijd van de cliënt tegen zijn depressie en in de bevrijding van duistere en negatieve gedachten en ervaren machten.

Wat betreft de behandelaar, zij benoemt niet concreet de pastorale activiteiten, ze spreekt over de betrokkenheid van de kerk, ze noemt daarbij de dienst, de ziekenzalving en de gesprekken van de kb met cliënt. Ze noemt zijdelings het herstel met God, zoals cliënt A die zijn bed uitkomt om naar de kerk te gaan om God te ontmoeten, zich meer door Hem geliefd voelt en Hem minder ziet als uitdeler van ziekten. De nadruk van de meerwaarde van de kb ligt bij de behandelaar op het herstel van jezelf voor de cliënt. Volgens haar heeft dit een positief effect op het zelfbeeld, hij voelt zich minder schuldig dat hij de ziekte heeft d.w.z. het is hem overkomen en hij accepteert dat meer. Volgens de behandelaar versterkt de betrokkenheid van de kb de eigenwaarde van de cliënt, m.a.w. ik mag zijn wie ik ben. Hij is ook eerlijker naar zichzelf wat betreft de impact van zijn ziekte en blijkt minder somber te zijn. De behandelaar waardeert het geduld en de presentie van de kb en van de gehele kerk; zij weten hoe ze met cliënt A moeten omgaan.

De persoonlijke activering is de tweede activiteit van de kb die volgens de cliënt van meerwaarde is. Hij geeft aan dat hij meer deel neemt aan kerkelijke activiteiten. Concreet noemt hij het bezoeken van gemeenteleden met name als ervaringsdeskundige. Ook zijn actieve deelname aan de gebedsgroep en Bijbelstudie- en debatgroep kan hieronder geschaard worden. De cliënt noemt daarbij het woord "het van betekenis zijn" en bevestigt de woorden wederkerigheid (niet alleen hulp ontvangen maar iets terug doen) en het gebruik maken van zijn talenten en mogelijkheden. De activiteiten die gericht zijn op wederkerigheid, van betekenis zijn en actief gebruik maken van talenten van de cliënt komt volledig het herstel met de omgeving ten goede. Het actief gebruik maken van de inzet van de cliënt komt ook terug bij de kb. De cliënt zelf een bijdrage laten leveren aan bijvoorbeeld zijn dagritme, aan de invulling van zijn ziekenzalving, die van gebedskring en Bijbelstudie-en debatavonden. De kb waardeert en leert van de inbreng van cliënt A en zijn actieve bijdragen hebben volgens kb dan ook een betekenisvolle waarde voor de cliënt en hierdoor vindt hij herstel met zijn omgeving.

Bij de behandelaar komt het actief gebruik maken van de inzet van de cliënt als activiteit van de kb niet naar voren. De nadruk ligt zoals eerder genoemd op de pastorale activiteiten van de kb.

Opvallend is dat de kb graag praktische ondersteuning wil geven bij, in zijn ogen, achterstallig onderhoud van huis en tuin van cliënt. Het achterstallige onderhoud wordt herkend door de cliënt, echter hij stelt het niet op prijs dat kb hem gaat ondersteunen. De cliënt wil onafhankelijk zijn en vindt het een inbreuk op zijn autonomie. De behandelaar onderschrijft de wens van de kb en ziet de weigering van cliënt A als onderdeel van zijn ziektebeeld en gebrek aan ziekte-inzicht.

### Trio B

Bij trio B is het opvallend dat bij zowel cliënt als kb de nadruk ligt op praktische ondersteuning. Bij de behandelaar gaat het naast de praktisch ondersteuning ook om de pastorale activiteiten die worden ingezet. Bij de cliënt heeft de inzet van praktische ondersteuning vooral betekenis voor het herstelgebied "jezelf", ditzelfde geldt ook voor de kb en de behandelaar.

Wat betreft de cliënt, deze gaf concreet aan wat de praktische ondersteuning van kb inhoudt: het eten koken, wandelen, fietsen, weggaan naar iets of iemand en het ondersteunen van vrouw en kinderen. Het gaat om ondersteuning van kb bij een gezonde leefstijl, de mantelzorg en invulling geven aan het dagritme. De cliënt waardeert de stimulerende rol van de kb positief. Tevens helpt de kb als het niet gaat en de cliënt waardeert deze steun. De kb zorgt voor continuïteit bij praktische ondersteuning en staat open voor vragen. De genoemde activiteiten zorgen er voor dat er herstel optreedt met zichzelf. De cliënt benoemt dit in termen als houvast, eigenwaarde, verder kunnen, een balans in rust en activiteit en geeft hem nieuw perspectief. De kb ziet zijn praktische ondersteuning zoals verwoord door de cliënt als bijdrage aan het herstel in de woorden het gevoel erbij te horen, ondersteuning geeft rust en de betrokkenheid doet goed. De

behandelaar geeft het aan met de betrokkenheid doet goed voor de cliënt. Hij waardeert het “stutten en steunen” van de cliënt door kb.

Een andere activiteit van de kb die van meerwaarde is volgens de cliënt, zijn de pastorale activiteiten. De cliënt noemt daarbij de pastorale gesprekken en het bevrijdingspastoraat. De pastorale gesprekken hebben een positieve invloed op het herstel met jezelf, hij benoemt dit met termen “jezelf op de rails krijgen” en “kan weer verder”. De eenmalige toepassing van bevrijdingspastoraat heeft het positieve effect dat “slechte gewoonten boven tafel komen” en heeft een positief effect op het herstel met God. De cliënt waardeert dat hij telkens zijn hart kan luchten en dat de pastorale gesprekken ook als uitlaatklep dienen. Volgens de cliënt luistert kb naar zijn verhaal en geeft hem steun. De kb ziet de meerwaarde van zijn pastorale activiteiten vooral bij herstel met jezelf in termen van de cliënt hoort erbij en geeft hem draagkracht. De kb geeft aan dat zijn meerwaarde ligt in zijn ervaringsdeskundigheid zodat kb weet wat de cliënt met zijn ziekte ervaart, maar geeft aan dat hij geen therapeut is. Zorgt er wel voor dat hij functioneert als klankbord. De kb geeft aan dat hij insteekt op verbinding en op relatie. De kb pleit ervoor om binnen de kerk meer nadruk te leggen op innerlijke genezing van mensen door meer uit te gaan van de werking van de Heilige Geest. Dit geeft volgens hem een positief effect op herstel met God en jezelf doordat emotionele beschadigingen geheeld worden. Hij zou dat graag als kerk willen inhuren bij mensen die deze expertise hebben.

De behandelaar ziet de rol van de kb in pastorale activiteiten vooral in het bespreken van geloofsvragen, ziekenbezoek, bidden, bevrijdingspastoraat en ziekenzalving. Hij ziet hierin de meerwaarde van kb voor de cliënt in het herstel met jezelf en met God. Hij geeft dit aan met de woorden “waardevolle gesprekken anders was de cliënt eerder uitgevallen” en “gaat om het er te zijn” voor de cliënt. Hij waardeert de ondersteuning van de kb en zijn luisterend oor en continuïteit. Wat betreft herstel met God kan de cliënt de vraag “waarom gebeurt mij dit?” bespreekbaar maken bij kb. Daarnaast geeft de behandelaar aan dat de cliënt ervaart dat bevrijdingspastoraat een positieve invloed heeft op de relatie met God. De cliënt noemde met name het uitdrijven van demonen.

De cliënt en de behandelaar noemen in de zijlijn ook de positieve bijdrage van de kerk met betrekking tot het voorkomen van eenzaamheid door als gemeenschap contact te zoeken met de cliënt. Dit heeft volgens de cliënt een positief effect op herstel met zichzelf omdat hij er mag zijn en dat er minder beklemming is bij hem doordat hij van zich af kan praten. De behandelaar vult dit aan dat door sociale contacten de cliënt minder snel achteruit gaat. De behandelaar geeft tevens aan dat het een meerwaarde heeft met het herstel met de ander, dit geeft hij aan met de woorden “verbondenheid” en “omzien en verbondenheid doet goed”.

Tevens geven de cliënt en de behandelaar aan dat door de sociale contacten de cliënt zelf actief contact zoekt met gemeenteleden die eenzaam zijn. De cliënt geeft aan dat het positief naar hem zelf uitwerkt, want ik geef iets, maar ik krijg ook een reactie terug. Deze wederkerigheid ervaart hij als zinvol want hij betekent iets voor een gemeentelid. De cliënt noemt dit zelf “terughoudendiensten”, de cliënt doet iets terug voor de kerk. De behandelaar ziet dit als een zinvolle bezigheid die waardevol is voor cliënt.

### Trio C

Trio C laat zien dat de kb aangeeft dat zijn inzet vooral gericht is op zowel het praktisch ondersteunen als op het actief stimuleren van cliënt. De cliënt ervaart dit ook, maar geeft aan dat hij de pastorale activiteiten mist van de kb en benoemt de meerwaarde van deze gemiste activiteiten. De behandelaar was niet op de hoogte dat de kb weinig pastorale activiteiten heeft ingezet terwijl dat wel was afgesproken in het afsluitende behandeloverleg.

De cliënt geeft de eventuele meerwaarde aan van pastorale activiteiten. Het gaat volgens de cliënt om de activiteiten zoals geloofsgesprek, geestelijk gesprek, gebed, vragen stellen en bevrijdingspastoraat. Deze activiteiten hebben een positief effect op het herstel in de relatie met

God. De cliënt noemt bewust woorden van “meer dan we zien en verder dan dit leven”, “weer verbinding met God”, “je stijgt boven je eigen denken uit”, “versterken van je geloof”, “behoefte relatie met God en hierop ingaan”. Cliënt geeft tevens aan dat bevrijdingspastoraat ingezet moet worden binnen de gemeente zodat er bevrijding plaats vindt van demonie en verkeerde bindingen. Dit heeft een positief effect op de relatie met God. Bevrijdingspastoraat is voor hemzelf niet van toepassing. De genoemde pastorale activiteiten hebben volgens de cliënt ook een positieve invloed op het herstel met de relatie met jezelf, hij noemt eigenwaarde en het erbij horen. De behandelaar spreekt in algemene zin over pastorale activiteiten met de woorden pastorale inzet en pastoraat. De meerwaarde van deze inzet ziet de behandelaar volledig bij het herstel met de relatie met God. En wat betreft bevrijdingspastoraat gaf de behandelaar de bevrijding van demonie aan, dat de cliënt als herstellend ervaart in de relatie met God. In de gesprekken met de cliënt kwamen spirituele zingevingsvragen naar voren zoals “wat heeft God voor mij nog te doen hier op aarde?” en “wie ben ik voor God?”. De meerwaarde van de kb zou zijn geweest om met deze vragen aan de slag te gaan. In algemene zin geeft de behandelaar aan dat de pastorale inzet ook van meerwaarde is wat betreft de verbinding met God en de beantwoording van vaak gestelde vragen “ben ik van God?”.

De andere wel ingezette activiteiten door de kb zijn praktische ondersteuning en persoonlijke activering. De cliënt geeft bij de praktische ondersteuning de volgende activiteiten aan: het ondersteunen van zijn vrouw als mantelzorger en door met hem te fietsen en te wandelen zodat hij meer gaat bewegen. Het effect van deze activiteiten blijkt positief te zijn op het herstel met jezelf door de woorden “doet me goed” en “ik ben in beweging”. De kb geeft dezelfde activiteiten aan en vult dit aan met een “stel dat-situatie” als er sprake zou zijn van schulden bij de cliënt dan zou hij dit bespreekbaar maken en een schuldhulpmaatje erbij halen. De kb geeft aan dat de drie activiteiten een positieve bijdrage leveren aan herstel met jezelf. Hij benoemt dit met “geeft rust” en “beter voor lichaam en geest”. Wat betreft de ondersteuning bij schulden zou het ook een positieve werking hebben op de relatie met de ander door zich te verbinden met een schuldhulpmaatje en het herstel met de omgeving door te stimuleren het zelf te doen. Dat is tevens ook de tweede activiteit die de kb heeft ingezet en dat is actief stimuleren van de cliënt. De cliënt benoemt dit met “de kb ging vragen stellen over mijn daginvulling en mijn hobby’s” en “hij gaf me opdrachten”, “kb geeft mij een zetje om zaken op te pakken”, “hij had het talent om me in beweging te zetten om dingen te doen zonder dat de kb het over ging nemen.” Cliënt waardeert de aanmoedigende en betrokken houding van de kb. Hij maakt volgens de cliënt zaken op een voorzichtige wijze bespreekbaar. Concrete activiteiten van de cliënt waren het oppakken van vrijwilligerswerk, het bezoeken van gemeenteleden en het maken van uitstapjes. Daarnaast gaf cliënt aan dat als hij eenzaamheid of administratieve problemen zou signaleren bij gemeenteleden hij in actie zou komen. De cliënt geeft aan dat de persoonlijke activering van de kb een meerwaarde heeft voor het herstel met jezelf met de woorden “zelf het initiatief nemen”, voor het herstel met de ander met “betrokkenheid op de gemeente en gemeentelid” en voor het herstel met de omgeving met “in beweging komen, de eerste stap zetten”, “iets doen”, “zinvolle daginvulling” en “doen”. En hij bevestigde het woord “wederkerigheid” als positieve bijdrage aan dit herstel. De kb bevestigt de inhoud van de persoonlijke activering van de cliënt. Voor kb was de basishouding niet om de cliënt op sleeptouw te nemen, maar hem zelf dingen laten doen. Verantwoordelijkheid ligt bij de cliënt. Hij kan alleen signaleren, vragen stellen wat de cliënt zou willen en stimuleren, maar de cliënt moet het zelf gaan oplossen. Het is volgens de kb zaak om niet over te nemen, maar wel te helpen. Op dit moment heeft de cliënt een zinvolle daginvulling. Volgens kb heeft dit een positieve invloed op alle herstelgebieden. Wat betreft herstel met jezelf noemt de kb eigenwaarde en het niet in een gat vallen na zijn pensioen. Wat betreft herstel met God is zijn actieve bijdrage aan de muziekgroep, bidstond en de Bijbelstudiegroep. Zijn herstel met de ander benoemt kb met het samen doen van activiteiten, hierbij gaat het om de eerdergenoemde (kerkelijke) activiteiten. Het herstel met de omgeving geeft kb aan met “zinvol bezig zijn”, “zinnig bezig zijn”, en “zingeving hier op aarde”. De

behandelaar bevestigt de meerwaarde van de inzet van de kb. Hij ziet herstel op het gebied van jezelf met het antwoord op de vraag “wie ben ik in het leven?”, op het gebied herstel met de ander met “verstevigen sociale contacten” en “tegen eenzaamheid”. En wat betreft herstel met de omgeving met “doel in het leven (na pensioen)”, “zingeving door een bijdrage te leveren” en “in beweging komen” (t.a.v. sociale contacten en zelf oppakken van activiteiten). De behandelaar ziet herstel vooral in de verbinding met het gewone leven.

### Trio D

De cliënt ziet drie activiteiten van de kb die zij heeft ingezet. Te weten pastorale activiteiten, dit is tevens ook haar belangrijkste inzet geweest. De tweede zijn de activiteiten op praktische ondersteuning en de laatste activiteiten zijn sociale activiteiten. Ditzelfde komt terug in de interviews met de kb en de behandelaar. Zij waardeert in algemene zin de kb, die haar tante is en de andere gemeenteleden die haar hebben ondersteund, vanwege de voorzichtige benadering, het wekken van vertrouwen, de betrokkenheid, de verbinding blijven zoeken en de openheid. Wat betreft de pastorale activiteiten noemt de cliënt met name de pastorale gesprekken, bevrijdingspastoraat, gebed en gebedsgenezing. Deze activiteiten hebben volgens de cliënt een meerwaarde op het herstel met God. Zij benoemt dit met “verdieping geloof”, “herstel door bevrijding van demonische bindingen” en het uitspreken van het “zondaarsgebed”. Tevens hebben ze volgens de cliënt een positief effect op herstel met jezelf met “herstel van emotionele blokkades en angsten”, “bevrijding van angsten” en heeft een positief effect op “de eigenwaarde”. Belangrijk vindt ze dat de kb-en de tijd nemen en geduldig zijn. Zij waarschuwt, nu ze verder in behandeling is, dat er een overwaardering is van het geestelijk leven en dat de cliënt niet afhankelijk wordt van de kerkelijke gemeente. De cliënt moet in de huidige fase van de behandeling stappen zetten in de samenleving en dat is volgens haar het echte leven. De kb is lid van het pastoraal team en verzorgt diaconale opvang voor wie dat nodig heeft. Zij heeft samen met haar man extra woonruimte waar gemeenteleden voor langere tijd kunnen verblijven. Ze geeft aan dat als de cliënt niet haar nichtje was, had ze dezelfde ondersteuning geboden. Er is bevrijdingspastoraat ingezet (heeft ze vanwege de familierelatie niet zelf gedaan). Ze onderschrijft de inhoud van de pastorale activiteiten zoals door de cliënt verwoord.

De kb specificeert niet de soort van activiteit als positieve waardering voor een bepaald herstelgebied. De kb geeft praktische ondersteuning op alle levensgebieden van de cliënt. Dit kan gaan over financiën, gezond leven en bewegen en zinvolle daginvulling. Tevens zet de kb in op sociale contacten en het opbouwen van een sociaal netwerk, bijvoorbeeld het organiseren van de vrouwenochtend en het actief lid zijn van de kerkelijke gemeente. Haar activiteiten zijn gericht op het meedoen van de cliënt in het alledaagse leven. De persoonlijke activering komt naar voren met het voorbeeld dat cliënt werkt als vrijwilliger bij een kringloopwinkel. Volgens haar bevordert het gewone, alledaagse leven en de bijdrage die de cliënt daaraan levert, het herstel van de cliënt. Al deze activiteiten leiden volgens kb tot een meerwaarde voor de cliënt op de vier herstelgebieden. Ze waarschuwt dat de kerk niet overal verantwoordelijk voor kan zijn, dat is de cliënt zelf. Haar inzet is vanuit liefde en betrokkenheid. Wat betreft herstel met jezelf benoemt ze dat met de woorden “het tot bestemming komen”, “rust en stabiliteit”, “zelfredzaam”, “gelukkig worden om te leven”, “waardevol en bijzonder zijn”, “veiligheid”, “zelfverzekerd” en “zelfstandig”. Wat betreft herstel met God noemt zij de woorden: “doel is God leren kennen”, “kostbaar zijn in Gods ogen”, “aangeraakt worden door God”, “vrij zijn”, “gekend door God”, “verbinding met God” en “bevrijd worden van demonie”. Wat betreft het positieve effect aan herstel met de ander noemt zij “verbinding”, “geïnteresseerd zijn” en “groei in sociale contacten”. Ten aanzien van herstel met de omgeving geeft zij aan “hoe mag ik leven en hoe ga ik met problemen om”, “doelen stellen”, “doen van vrijwilligerswerk” en “op zoek naar een baan”. De cliënt onderschrijft inhoudelijk de sociale activiteiten, praktische ondersteuning en de persoonlijke activering zoals weergegeven door de kb. De cliënt geeft aan dat sociale activiteiten, zoals de vrouwengroep, bijdraagt aan herstel met jezelf met de woorden “veiligheid” en

“eigenwaarde”. Dit geldt ook voor herstel met de ander, zij noemt “er zijn voor een ander”, “contacten” en “het helpen van anderen”. De persoonlijke activering levert een positieve bijdrage op aan herstel met de omgeving. Het gaat hierbij om “zingeving” en “van betekenis zijn”. De activiteit van praktische ondersteuning met name het geven van structuur, zoals genoemd door de kb gaf de cliënt vooral rust als bijdrage aan herstel met jezelf.

De behandelaar tenslotte geeft aan dat de genoemde vier activiteiten zoals verwoord door de kb een positieve bijdrage levert aan de vier herstelgebieden. In het algemeen wordt herstel volgens haar door de kb bevorderd door het regelen van sociale contacten en het bieden van structuur naast de pastorale activiteiten. Zij geeft het volgende aan: herstel met jezelf vooral rust door het hebben van geen schulden, bieden van perspectief op alle levensgebieden versterkt de eigenwaarde. Het herstel met de ander wordt versterkt door vertrouwen in mensen en het aangaan van relaties. Herstel met God wordt door de kb bevorderd door verbinding met God, de cliënt bevrijding van demonie ervaart en doordat ze niet overvraagd wordt op geestelijk vlak. En het herstel met de omgeving wordt positief beïnvloed door zinvol bezig zijn met het vrijwilligerswerk.

### *Tweede analyse: de drie groepen*

#### Algemeen

In de analyse per groep wordt ingegaan op de soort inzet van de kb en welke betekenis dit heeft op de vier relationele herstelgebieden. Het gaat om de bijdrage van de vier activiteiten pastoraat, praktische ondersteuning, sociale activiteit en persoonlijke activering. Tevens wordt aandacht besteed aan houdingsaspecten van de kb. Houding komt in de twaalf interviews naar voren als een belangrijk aspect dat een bijdrage levert aan de betekenis van de inzet van de kb voor de cliënt.

#### Groep cliënten

##### Bijdrage pastoraat

Het pastoraat blijkt voor de cliënt naast herstel met God, ook een positieve waardering te hebben op herstel met jezelf en in mindere mate op herstel met de ander.

Bij *herstel met God* valt op dat de vier cliënten het meeste spreken over deze inzet en op het effect op het herstel met God. Cliënt A is het meest uitgebreid, zowel de concrete pastorale inzet van de kb als het positieve effect op herstel met God. Cliënt B is het minst uitgesproken over deze inhoud en het effect. Cliënt C brengt ondanks het gemis aan pastorale ondersteuning concreet onder woorden wat hij eronder verstaat en wat dit voor hem gaat doen in relatie met God. En cliënt D geeft hetzelfde aan als cliënt C en vult aan dat ze een tijd lang in de “bubbel van het geloof” heeft gezeten vanwege de verdiepende fase van haar geloof, de veiligheid van zowel het geloof als de kb en de kerk en het intensieve behandeltraject. Zij geeft aan dat ze uit deze “bubbel” moet komen om goede stappen te zetten in het gewone leven.

Bij *herstel met jezelf* blijkt pastoraat positief gewaardeerd te worden. De vier cliënten geven dezelfde soort activiteiten aan. Cliënt A is het meest uitgebreid en noemt het pastorale gesprek, ziekenzalving, gebed en voorbede, zingen van psalmen en gezangen, Bijbel lezen en toepassing van de Bijbelse verhalen op zijn leven. Cliënten B, C en D leggen met name de nadruk leggen op vooral pastorale gesprekken en bevrijdingspastoraat. Wat betreft het herstel met jezelf is bij de vier cliënten waar te nemen dat de relatie tussen een positieve invloed op herstel met God ook een positief effect betekent op herstel met jezelf. Dit komt gedeeltelijk overeen met de theologische duiding waarin God het herstel op de vier relaties op het oog heeft en dat herstel met God betekent dat dit herstel begint met herstel met jezelf.

De vier cliënten noemen verschillende positieve aspecten die te maken hebben met *herstel met jezelf*. Cliënt A geeft aan dat door het herstel in de relatie met God, gecombineerd met de

houding van de kb, de cliënt zich niet meer schaamt voor zijn ziekte, ervaart dat hij zichzelf mag zijn, minder suïcidale klachten heeft en bezig is met acceptatie van zijn ziek-zijn. Soortgelijk relaas komt ook naar voren bij cliënt D, die door betrokkenheid van de kerk, de inzet van bevrijdingspastoraat en de houding van de kb, zich verbonden weet met God, ze bevrijd is van angsten en bindingen en dit heeft een positieve invloed op haar eigenwaarde. Cliënt B noemt expliciet de pastorale gesprekken die ervoor zorgen dat hij “zichzelf op de rails krijgt”. Bij cliënt C is de verwachting dat de pastorale ondersteuning die hij, naar zijn ervaring, onvoldoende kreeg, toch zijn eigenwaarde zou versterken. Cliënt C hoort als mens ergens bij. De verwachting is dat dit bij cliënt C meer versterkt zou zijn geweest als zijn verwachting ten aanzien van pastorale ondersteuning uitgekomen was.

Wat betreft *herstel met de ander* blijkt bij de cliënten de inzet op pastoraat niet een uitgesproken invloed te hebben op herstel met de ander. Cliënt A is er alleen uitgesproken over. Bij het proces van de ziekenzalving binnen de kerkelijke gemeente en de Bijbelstudie- en debatavonden ervaart hij steun vanuit de gemeente, omdat hij gezien wordt, zich hierdoor niet eenzaam voelt en hij kan praten over zijn ziek-zijn. Hij ervaart verbinding met de gemeente(leden). De andere drie cliënten zijn spaarzamer in hun woordgebruik wat betreft inzet pastoraat en het effect op het herstel met de ander. Cliënt B wijdt er geen woorden aan. Dit hoeft niet te betekenen dat het er niet is, maar het komt bij cliënt B niet als eerste naar boven. Cliënt C noemt als enige dat hij geen verbittering moet hebben naar gemeenteleden die niet als eerste met hem contact zoeken. Door niet verbitterd te zijn, neemt hij telkens het initiatief tot contact. Cliënt D spreekt over verbinding met de ander door de pastorale inzet van de kb.

Wat betreft *herstel met de omgeving* werd door de cliënten geen verbinding gelegd pastoraat.

#### Bijdrage praktische ondersteuning

De praktische ondersteuning blijkt een positieve invloed te hebben op *herstel met jezelf*. De inzet van de kb wordt door drie cliënten positief gewaardeerd. Het gaat om ondersteuning op de verschillende levensgebieden en de mate van inzet is afhankelijk van de psychische aandoening cliënt, zijn lichamelijke en mentale gesteldheid en de steun van de mantelzorger. Bij cliënt B ligt de nadruk op ondersteuning van de mantelzorger en de gezonde levensstijl. Door praktische ondersteuning van de kb ervaart de cliënt rust, houvast en ontspanning, tevens ervaart hij minder beklemming en gaat zijn gezondheid minder snel achteruit. Ook bij cliënt C wordt deze ondersteuning positief gewaardeerd met name op het vlak van gezondheid. Bij cliënt D geeft de praktische ondersteuning bij huisvesting en financiën rust om zodoende te focussen op de behandeling. Uitzondering is cliënt A die de aangeboden praktische ondersteuning van kb afwijst omdat dit indruist tegen zijn onafhankelijkheid. Het inzetten van deze ondersteuning zou een negatieve invloed hebben op het herstel van jezelf bij cliënt A. De aspecten die cliënten noemen als positieve invloed op herstel met jezelf betreffen vooral aspecten op het fysieke- en mentale vlak en bij twee cliënten heeft het een positieve invloed op de eigenwaarde (gezien worden door de ander).

#### Bijdrage persoonlijke activering

De persoonlijke activering blijkt een positieve bijdrage te leveren op *herstel met jezelf* en *herstel met de omgeving*.

Bij *herstel met jezelf* wordt de persoonlijke activering door drie cliënten positief gewaardeerd. Cliënt A ervaart zijn betrokkenheid bij kerkelijke activiteiten en het bezoeken van gemeenteleden als een bevestiging van het zelf willen doen en zijn autonomie. Daarnaast ervaart hij dat, ondanks zijn uitvallen, hij toch van waarde is. Cliënt B heeft in overleg met zijn kb, vanwege zijn gezondheid, zijn kerkelijke inzet moeten terugbrengen. Dit gaf hem rust en overzicht. In het interview komt niet naar voren wat het terugdraaien van zijn activiteiten betekent voor bijvoorbeeld zijn eigenwaarde. Bij cliënt C zorgt de persoonlijke activering ervoor dat hij zelf meer initiatieven neemt, na de behandeling niet in een leeg gat is gevallen, meer is gaan opbloeien en zijn eigen inzet versterkt zijn eigenwaarde. Ditzelfde geldt ook voor cliënt D bij haar inzet als



vrijwilliger. Het geeft haar structuur, veiligheid en ook vertrouwen in haarzelf en versterkt haar eigenwaarde.

Bij *herstel met de omgeving* wordt door cliënt A vooral de meerwaarde van wederkerigheid benoemd. Hij kan van waarde zijn voor de ander vanwege bijvoorbeeld zijn ervaringsdeskundigheid. Cliënt A noemt ook het van betekenis zijn door gebruik te maken van zijn eigen talenten en mogelijkheden. Tevens is het voor hem een reminder als hij een terugval heeft; het herinnert hem eraan dat hij van betekenis is voor een ander. Cliënt B geeft aan zinvol bezig te zijn en niet het gevoel te hebben om alleen maar hulp van een ander te ontvangen. Cliënt C heeft een heel rijtje aan activiteiten aangezien de kb de specifieke “opdracht” had om hem persoonlijk te activeren. Voor hem geldt de wederkerigheid, het in beweging komen door de eerste stap te zetten, het hebben van een zinvolle daginvulling na zijn pensionering en behandeling. Tevens vindt hij het fijn om van betekenis te zijn door het zelf te doen of mee te doen met activiteiten. Cliënt D ziet het vrijwilligerswerk bij de kringloopwinkel gerund door twee kb-en, als bevestiging van haar mogelijkheden en als opstap naar een baan. Het vrijwilligerswerk is een zinvolle dagbesteding en bevestigt dat ze na een intensieve behandeling van vijf jaar zich terecht in het natraject bevindt.

#### Bijdrage sociale activiteit

Sociale activiteit blijkt een positieve bijdrage te leveren aan *herstel met jezelf* en *herstel met de ander*.

Bij *herstel met jezelf* geeft cliënt A aan dat hij de sociale contacten waardeert zoals koffiedrinken na de dienst en de gesprekken met gemeenteleden. Cliënt A geeft echter geen woorden aan deze waardering en het effect aan zijn herstel met zichzelf. Cliënt B geeft met zijn (kerkelijke) sociale contacten aan dat het hem het gevoel geeft dat hij er mag zijn en dat er minder beklemming is. Hij kan zijn hart luchten en kropt het niet allemaal op. Bij cliënt C doen de sociale contacten hem goed en cliënt D geeft aan dat de sociale contacten zoals de ondersteuning en het bezoek van de vrouwenochtend haar veiligheid geeft en het biedt haar rust. En ze ervaart dat het haar eigenwaarde versterkt.

Bij *herstel met de ander* geeft cliënt A aan dat met de sociale contacten er verbinding ontstaat met de ander en hij zich niet eenzaam voelt. Cliënt B ervaart ook minder eenzaamheid en vooral steun vanuit het sociale contact. Cliënt C geeft in zijn woordgebruik geen waardering vanuit de sociaal activiteit voor herstel bij de ander. Cliënt D heeft het over het elkaar helpen en contacten als herstel met de ander.

#### Bijdrage houding

De vier cliënten geven aan dat niet alleen de inzet leidt tot herstel, maar het hand in hand gaat met de juiste houding van de kb. De vier cliënten noemen met name het present zijn, luisterend oor, geduld, stimulerende houding op maat, betrokkenheid, voorzichtig en op maat zaken bespreekbaar maken, het wekken van vertrouwen en openheid.

### Groep kb

#### Inleiding

Zoals bij het kopje “algemeen” aangegeven wordt in de analyse per groep ingegaan op de soort inzet van de kb en welke betekenis dit heeft op de vier relationele herstelgebieden. Het gaat om de bijdrage van de vier activiteiten pastoraat, praktische ondersteuning, sociale activiteit en persoonlijke activering. Tevens wordt aandacht besteed aan houdingsaspecten van de kb. Houding komt in de twaalf interviews naar voren als een belangrijk aspect dat een bijdrage levert aan de betekenis van de inzet van de kb voor de cliënt.

#### Bijdrage pastoraat

Het pastoraat blijkt naast herstel met God in woordgebruik ook een positieve invloed te hebben op herstel met jezelf en in minder mate op herstel met de ander.

Bij *herstel met God* valt op dat de vier cliënten de meeste woorden gebruiken voor de soort inzet van de kb en het effect op het herstel met God. De kb A is het meest uitgebreid over zowel de concrete inzet van de kb op het gebied van pastoraat als op het positieve effect op herstel met God voor cliënt A. Hij geeft aan dat cliënt A door de ondersteuning die hij biedt God machtig is, Christus bevrijdend werkt en de Heilige Geest aanwezig is en dat cliënt A ervaart dat hij een kind van God is. De kb B geeft aan dat het geloofsgesprek belangrijk is voor cliënt B in zijn herstel met God en in het algemeen dat de werking van de Heilige Geest herstel geeft op emotionele beschadigingen en hierdoor de relatie met God verbetert. De kb C vindt dat de kerk in zijn algemeenheid positief is voor het geloof van een gemeentelid en deze ook geestelijke steun ervaart. En dat er bevrijding kan zijn van demonie en zodoende de relatie met God herstelt. De kb D geeft aan dat haar inzet als doel heeft dat cliënt D God mag leren kennen en dat cliënt D de ervaring heeft gekregen dat ze kostbaar is in Gods ogen en ook aangeraakt door en vrij is in God. De kb D ziet als belangrijkste herstel dat cliënt D gekend wordt door God.

Bij *herstel met jezelf* geeft kb A aan dat cliënt zich vóór de ziekenzalving door aanvechtingen en aanklachten zichzelf als persoon naar beneden haalde, echter na de ziekenzalving werd dit minder. Kb B geeft aan dat door zijn combinatie van geloof en ervaringsdeskundigheid hij bij cliënt b meer zelfrelativering inbrengt wat betreft het omgaan van cliënt b met zijn aandoening. Kb B geeft aan dat in het algemeen door de werking van de Heilige Geest innerlijke genezingen tot stand kunnen komen. KB C noemt in zijn woordgebruik geen herstel bij jezelf voor cliënt C. Kb D ziet vooral dat door herstel met God bij cliënt D ook herstel met jezelf optreedt. Kb D noemt de termen “waardevol”, “zelfverzekerd” en “zelfstandig”.

Bij *herstel met de ander* geeft kb A aan dat door de pastorale gesprekken en andere ingezette pastorale activiteiten cliënt A verbinding zoekt met de ander door te helpen en op zijn manier present te zijn. De kb B en kb C benoemen geen herstel met de ander en kb D benoemt alleen dat cliënt de verbinding zoekt met de ander.

Bij *herstel met de omgeving* geeft alleen kb D aan dat pastorale activiteiten een positieve invloed hebben op de relatie met de omgeving door vragen te beantwoorden zoals: hoe mag ik leven? en hoe ga ik met problemen om als cliënt D?

#### Bijdrage praktische ondersteuning

De praktische ondersteuning blijkt een positieve invloed te hebben op *herstel met jezelf* en *herstel met de omgeving*. De vier kb-en ervaren een positieve waardering van hun inzet bij de vier cliënten. Het gaat om ondersteuning op de verschillende levensgebieden zoals financiën en administratie, gezonde leefstijl waaronder bewegen en het ondersteunen van de mantelzorger. Bij *herstel met jezelf* ziet de kb A in zijn algemeenheid dat bijvoorbeeld ondersteuning bij een gezonde leefstijl zoals bewegen (fietsen) de inzet van de kb een positieve bijdrage kan leveren. De kb A heeft wel zijn vraagtekens bij deze praktische ondersteuning door de kerk, aangezien zijn kerkelijke gemeente vergrijst, het veel tijd en aandacht vraagt en de kerntaak van de kerk toch pastoraat is. De nadruk moet gelegd worden bij Woord en gebed. De kb A biedt praktische ondersteuning in huis en tuin aan, cliënt A wijst deze hulp af, omdat dit indruist tegen zijn onafhankelijkheid. De kb B ziet zijn meerwaarde doordat cliënt B bij deze ondersteuning rust ervaart, het gevoel heeft erbij te horen en dat er naar hem en zijn gezin wordt omgezien. De betrokkenheid van de kerk doet de cliënt volgens kb B goed. Volgens kb C geeft het cliënt C rust en een betere balans tussen lichaam en geest wat betreft de ondersteuning van de mantelzorger en het inzetten op bewegen. En kb D ziet bij cliënt D rust ontstaan bij het oplossen van de schulden en het ondersteunen bij de financiën.

Bij *herstel met de ander* geeft alleen de kb B aan dat zijn praktische ondersteuning van de mantelzorger het gevoel van verbinding geeft bij cliënt B.

Bij *herstel met de omgeving* geeft de kb D aan dat haar ondersteunen bij het alledaagse leven herstel geeft voor cliënt D.

#### Bijdrage persoonlijke activering

De persoonlijke activering blijkt vooral een positieve bijdrage te leveren op *herstel met de omgeving*, *herstel met de ander* en in mindere mate op *herstel met jezelf* en *herstel met God*.

Bij *herstel met jezelf* wordt de persoonlijke activering door twee kb-en positief gewaardeerd voor hun cliënten. De kb A ziet het stimuleren om zelf kerkelijke activiteiten op te pakken en zodoende ook als cliënt zelf een bijdrage te leveren aan zijn dagritme een positieve invloed uitgaan op herstel van jezelf. Hij ziet dat cliënt A zijn eigen inbreng heeft en dat het zijn eigenwaarde versterkt. De kb C ziet door stimuleren dat cliënt C ervaart dat hij zinvol bezig is en dat geeft antwoord op cliënt's vraag "Wie ben ik in het leven?"

Bij *herstel met God* geeft de kb van C aan dat de bijdrage van cliënt C aan de muziekgroep die optreedt tijdens de kerkdienst en het organiseren van de Bijbelstudie ook zijn positieve invloed heeft op zijn herstel met God.

Bij *herstel met de ander* hebben de kb-en A en B respectievelijk de woorden "meedoen" en "samen doen van activiteiten" voor de cliënten A en B als positieve invloed op herstel met de ander.

Bij *herstel met de omgeving* geven de vier kb-en aan dat het stimuleren van hun cliënten om zelf een bijdrage te leveren, een positief effect heeft op het herstel met de omgeving. De kb-en A en B ervaren dat de cliënten zinvol bezig zijn. De kb C geeft aan dat cliënt C een doel in het leven heeft, in beweging is om zelf activiteiten op te pakken en actief contacten legt. De kb D geeft aan dat cliënt D met haar vrijwilligerswerk het gevoel van wederkerigheid ervaart.

#### Bijdrage sociale activiteit

Sociale activiteiten blijken volgens kb-en een positieve bijdrage te leveren aan met name *herstel met de ander* en in mindere mate aan *herstel met jezelf*.

Bij *herstel met jezelf* geeft de kb B aan dat zijn gesprekken en de sociale contacten binnen de kerkelijke gemeente cliënt het gevoel geven dat hij er mag zijn en er minder beklemming van ziek zijn optreedt. De kb C noemt dat de sociale contacten van hem en de gemeenteleden cliënt C goed doen. De kb D geeft aan dat met name de vrouwengroep als sociaal contact de cliënt rust, veiligheid geeft en haar eigenwaarde versterkt.

Bij *herstel met de ander* geeft kb A aan dat zijn gesprekken en de sociale contacten binnen de kerk cliënt A verbinding geeft, zich gesteund en minder eenzaam voelt. Tevens dat cliënt A zijn verhaal eerder kwijt wil en kan bij anderen. De kb D geeft aan dat door het stimuleren van de sociale activiteiten de cliënt D groei heeft in haar sociale contacten, sneller relaties aangaat en hier ook meer geïnteresseerd in is.

#### Bijdrage houding

De kb-en geven aan dat ook hun houding een bijdrage geeft aan herstel voor de cliënten. Zij noemen met name het present zijn, verbinding blijven zoeken, helpen waar nodig, liefde, betrokkenheid en er van uit blijven gaan dat cliënt verantwoordelijk blijft.

### Groep behandelen

#### Algemeen

Zoals eerder aangegeven wordt in de analyse per groep ingegaan op de soort inzet van de kb en welke betekenis dit heeft op de vier relationele herstelgebieden. Het gaat om de bijdrage van de vier activiteiten pastoraat, praktische ondersteuning, sociale activiteit en persoonlijke activering. Tevens wordt aandacht gegeven aan houdingsaspecten van de kb. Houding komt in de twaalf

interviews naar voren als een belangrijk aspect dat een bijdrage levert aan de betekenis van de inzet van de kb voor de cliënt.

Wat betreft de behandelaars valt op dat de twee zeer ervaren behandelaars meer spreken over de betekenis van de inzet kb voor hun cliënt, terwijl de twee minder ervaren behandelaars meer spreken over wat de betekenis zou kunnen zijn. Dit geeft ook meteen een verschil in handelen weer. De twee ervaren behandelaars richten zich in de behandeling nadrukkelijker op het sociaal systeem breder dan het gezin zelf, terwijl de twee minder ervaren behandelaars meer de nadruk leggen op de behandeling zelf en kijken smaller naar het systeem van de cliënt (alleen het gezin). In de interviews is nadrukkelijk de rol van het behandelplan besproken aangezien binnen De Hoop onduidelijk is hoe deze gebruikt wordt bij de inzet van de kb.

#### Bijdrage algemeen

Behandelaar A maakt geen onderscheid in de vier activiteiten verricht door de kerk. Ze maakt ook geen onderscheid in pastoraat en diaconaat maar spreekt over het present zijn van de kerk en het fungeren als sociaal steunsysteem. Ze is op de hoogte wat de kb doet, ze krijgt dit te horen van haar cliënt want ze heeft geen direct contact met de kb. Zij vindt dat dit contact via de cliënt moeten lopen. Loopt de kb ergens tegenaan dan is de cliënt zijn aanspreekpunt. Ze heeft geen oplossing voor het feit dat een kb tegen zaken aanloopt die moeilijk of lastig bespreekbaar zijn met cliënt. In de huidige werkwijze is daar geen oplossing voor. Behandelaar B gaat wel mee in het onderscheid in de genoemde activiteiten en geeft in algemene zin aan dat het “er zijn” van de kb herstellend werkt voor de ggz-client. Behandelaar D geeft aan dat de inzet van kb en van de kerk op alle levensgebieden perspectief biedt aan cliënt D en dit haar eigenwaarde versterkt.

#### Bijdrage pastoraat

Het pastoraat blijkt volgens de behandelaars naast *herstel met jezelf* ook een positieve bijdrage te hebben op *herstel met God* en in minder mate op *herstel met de ander* en *herstel met de omgeving*.

Aan *herstel met jezelf* wordt door de behandelaars de meeste woorden gewijd.

Behandelaar A ziet de meerwaarde van de kb bij herstel met jezelf in de woorden dat het een positief effect heeft op het zelfbeeld van cliënt A, hij zich minder schuldig voelt voor zijn ziek-zijn, eerlijk naar zichzelf is over de impact van het ziek-zijn. Dit leidt er toe dat cliënt meer accepteert dat hij mag zijn wie hij is, meer zijn ziek-zijn accepteert en dat hij zich hierdoor goed voelt ondanks de impact van zijn ziekte. Hij is minder somber en het versterkt zijn eigenwaarde.

Behandelaar B geeft aan dat de inzet van de kb door zijn geloofsgesprekken, waardevol is voor cliënt B, anders was hij eerder uitgevallen geweest. Het “stutten en steunen” geldt niet alleen voor de praktische ondersteuning maar ook de pastorale gesprekken vallen hieronder.

Behandelaar D geeft aan dat de inzet van de kb de eigenwaarde van cliënt D versterkt.

Bij *herstel met God* geeft behandelaar A aan dat cliënt A uit zijn bed komt voor de kerkdienst om God te ontmoeten en zich gesteund voelt door God en de gemeente. Hij ziet God niet meer als uitdeler van ziekten. Behandelaar B geeft aan dat de meerwaarde van de kb is in gesprek gaan met cliënt B over zijn vraag “waarom gebeurt mij dit?”. Het heeft zijn relatie met God versterkt. In algemene zin heeft behandelaar B gesproken over bevrijdingspastoraat, dat het uitdrijven van demonen binnen de kerk als herstellend wordt ervaren door cliënten, dit werkt positief door in de relatie met God. Behandelaar C geeft aan dat als de kb zich meer op het pastoraat had gericht, had het meerwaarde voor cliënt C gehad wat betreft zijn omgaan met zijn vragen over wat God voor cliënt C te doen heeft en wie hij is voor God. Er zou meer over de verbinding met God gesproken zijn. In algemene zin spreekt behandelaar C over de bevrijding van demonie binnen kerk en de ervaringen van cliënten dat deze bevrijding een positieve effect heeft op het relationele herstel met God. Behandelaar D geeft aan dat de inzet van de kb en de kerk meerwaarde heeft en dat het voor cliënt D de verbinding met God versterkt en dat cliënt dit ook heeft ervaren bij het uitdrijven van demonen door het bevrijdingspastoraat binnen haar kerk. Ze plaatst wel de waarschuwing dat de combinatie van bevrijdingspastoraat en pastorale gesprekken

en het parallel lopen van de behandeling, cliënt D geestelijk en mentaal overvraagd wordt. Er was telkens afstemming tussen kb, cliënt D en de behandelaar over de pastorale zorg en de behandeling. Wat betreft *herstel met de omgeving* geeft behandelaar A alleen aan dat cliënt A door zijn inzet voor kerkelijke activiteiten in beweging komt ondanks het feit dat hij lange tijd niet heeft geaccepteerd dat hij tussentijds door zijn ziekte uitviel. Dat belemmerde hem in zijn actieve bijdrage aan de kerk.

#### Bijdrage praktische ondersteuning

De praktische ondersteuning blijkt bij drie behandelaren alleen een positieve invloed te hebben op herstel met jezelf. Behandelaar B geeft aan dat de bijdrage van de kb bij de ongezonde levensstijl en de financiën en administratie voor cliënt B goed doet. Het gaat daarbij om het omzien en de betrokkenheid vanuit de kb en de kerk. Behandelaar C geeft aan dat de praktische ondersteuning bij de sociale problematiek cliënt rust geeft en ditzelfde geeft behandelaar D ook aan bij de ondersteuning van de financiën.

#### Bijdrage sociale activiteit

De inzet van kb-en op sociale activiteiten zien de vier behandelaren als een meerwaarde voor het *herstel met de ander*.

Behandelaar A geeft aan dat cliënt A zijn bed uitkomt voor de ontmoeting met gemeenteleden en zich door hen gesteund voelt. Behandelaar B geeft aan dat het sociaal contact tussen kb en cliënt B ook gaat over zijn relatie met zijn echtgenote in verband met haar slechtiendheid. Dit contact geeft herstel in zijn relatie met zijn partner. Tevens zijn de sociale contacten met gemeenteleden verbindend en cliënt voelt zich verbonden met de kerkelijke gemeenschap. Tevens doen deze betrokkenheid en omzien vanuit kb en de kerkelijke gemeente cliënt B goed in zijn contact met de ander. Het gaat volgens de behandelaar om het sociaal ondersteunen van cliënt B en zijn systeem. In algemene zin geeft behandelaar B aan de meerwaarde van de kerk met betrekking tot het verbinden van cliënt met andere gemeenteleden. Behandelaar C geeft aan dat de sociale contacten door kb en de gemeente een mooie oplossing is voor de sociale problematiek waarin cliënt zich bevindt. Het sociale contact doorbreekt zijn neiging om geen activiteiten op te pakken. Behandelaar D geeft aan dat de inzet van de kb is gericht op het aangaan van relaties door cliënt. De sociale contacten lopen nu via leden van de kerkelijke gemeente.

#### Bijdrage persoonlijke activering

De inzet van de kb-en op persoonlijke activering van de cliënt zien de behandelaren als meerwaarde voor het *herstel met jezelf* en een aantal behandelaren voor *herstel met de omgeving* en *herstel met de ander*.

Wat betreft *herstel met jezelf* geeft behandelaar A aan dat door de bijdrage van kb de cliënt zijn eigenwaarde versterkt en bij hem goed voelt dat hij zijn inbreng heeft. Ditzelfde geldt in andere bewoordingen ook voor behandelaar B ondanks dat cliënt B minder activiteiten op kan pakken. Behandelaar C geeft aan dat door actief zelf zaken op te pakken cliënt C zijn vraag over wie hij is in dit leven beter handen en voeten kan geven, ook na afronding van de behandeling.

Behandelaar D geeft aan dat het de eigenwaarde van cliënt versterkt.

Wat betreft *herstel met de omgeving* geeft behandelaar A aan dat de bijdrage die cliënt nu geeft aan kerkelijke activiteiten en sociale contacten zorgt dat cliënt zich nadrukkelijk aangesloten voelt bij de kerkelijke gemeente en het gevoel heeft betekenisvol bezig te zijn. Behandelaar B ziet, ondanks de afbouw van de kerkelijke inzet vanwege zijn lichamelijke en mentale conditie, cliënt B nog steeds gericht is op de verbinding met de kerk en dit als waardevol ervaart. In algemene zin geeft behandelaar B aan dat persoonlijke activering de wederkerigheid stimuleert en cliënt in beweging komt. Behandelaar C geeft aan dat het oppakken van activiteiten een doel geeft in het leven van cliënt C na zijn pensionering. Tevens geeft het zin aan zijn leven hierop aarde. Daarnaast komt cliënt zelf in beweging wat betreft sociale contacten en het doen van activiteiten.

Wat betreft *herstel met de ander* geeft behandelaar C aan dat door deze activering van cliënt C zijn sociale contacten binnen met name de kerkelijke gemeenschap worden verstevigd en dat het een effectief middel is tegen de eenzaamheid.

#### Bijdrage houding

De behandelaren geven kort aan dat ook de houding van de kb zorgt dat een activiteit leidt tot herstel voor de cliënt. Zij noemen met name betrokkenheid, verantwoordelijkheid laten bij cliënt, vragen blijven stellen aan cliënt, helpen en alert blijven op signalen die de cliënt afgeeft.

### 4.3 Samenvatting analyses

De groep cliënten geeft het meest uitgebreid en concreet de inzet, de houding van de kb en het positieve effect op de vier relationele herstelgebieden aan. Dit geldt met name voor het pastoraat en het positieve effect op het relationele herstel met God. De cliënten benoemen dezelfde soort pastorale activiteiten die de kb uitvoert, zoals pastoraal gesprek, gebed, Bijbel lezen, ziekenzalving, bevrijdingspastoraat e/o gebedsgenezing, zingen van psalmen en gezangen. Het relationele herstel met God heeft voor de cliënten een positief effect op het herstel met jezelf. De praktische ondersteuning van de kb blijkt voor de cliënten een positieve invloed te hebben op herstel met jezelf en ditzelfde geldt ook de persoonlijke activering die tevens een positieve bijdrage levert aan het relationele herstel met de omgeving. Het gaat de cliënten erom dat zij door het verrichten van allerlei activiteiten van waarde kunnen zijn voor de omgeving. Sociale activiteit waarbij het sociale aspect voorliggend is, blijkt voor de cliënten vooral een positieve bijdrage te leveren voor het herstel met jezelf en herstel met de ander. De bevindingen van de kb- en sluiten hier grotendeels op aan. Dit is verklaarbaar aangezien de cliënt en de kb een nauwe relatie met elkaar hebben.

De behandelaren spreken als groep het meest in algemene zin over inzet, houding en meerwaarde van de kb. Dit is verklaarbaar aangezien bij drie van de trio's de kb niet betrokken is bij het behandelplan. De behandelaar baseert zijn bevindingen op basis van informatie van zijn cliënt en/of op basis van andere praktijksituaties. Bij de behandelaren werd dan ook tijdens de interviews meer ingezoomd op het behandelplan en de interne werkprocessen binnen De Hoop. De (algemene) bevindingen van de behandelaar over de inzet, houding en effect van de kb sloten wel aan bij de bevindingen van de overige twee deelnemers van het trio.

Er wordt in alle trio's gesproken over activiteiten die geschaard kunnen worden onder pastoraat, praktische ondersteuning, sociale activiteit en persoonlijke activering. Uit de analyse blijkt dat de vier activiteiten niet strikt van elkaar te scheiden zijn, maar kunnen vloeiend in elkaar overlopen en bevatten gemeenschappelijke elementen. Dit geldt in het bijzonder voor sociale activiteit. Als aparte activiteit wordt deze in woordgebruik weinig genoemd, echter ze is een belangrijk bestanddeel bij de overige drie activiteiten. Pastoraat komt daarentegen bij zowel het trio als de groep naar voren als een belangrijke activiteit. Het valt daarbij op dat in één adem wordt gesproken over pastorale gesprekken en bevrijdingspastoraat, terwijl bevrijdingspastoraat in met name de protestantse kerken niet algemeen gangbaar is. Dit kan ook iets zeggen over de representativiteit van de deelnemers. De belangrijkheid van pastoraat ziet men terug in het woordgebruik en de betekenis voor zowel het herstel met God als het herstel met jezelf.

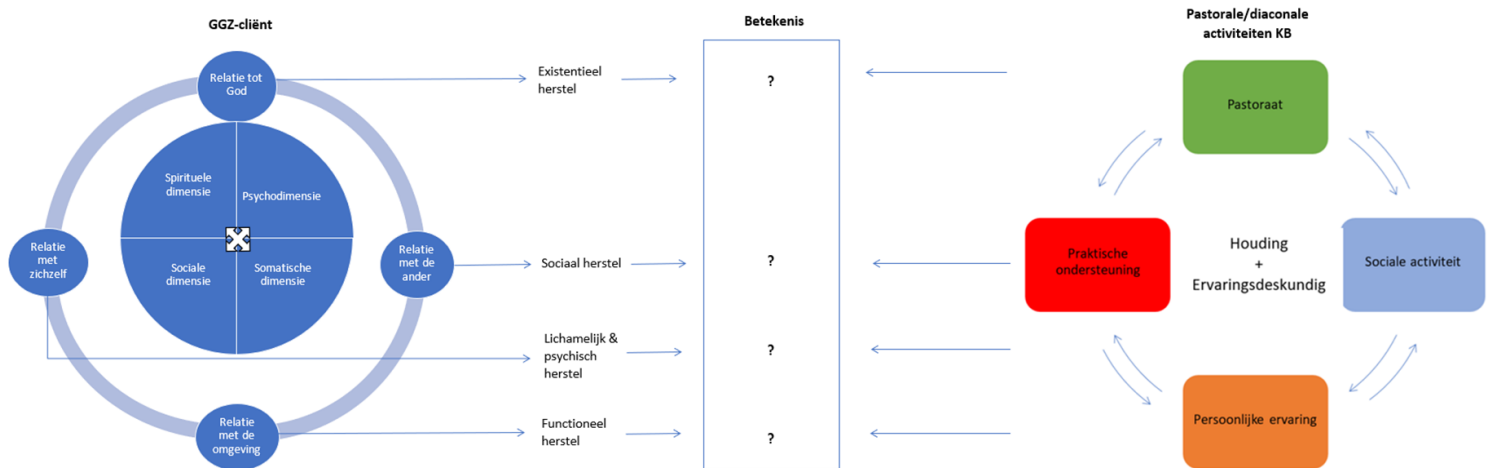
Pastoraat en relationeel herstel met God blijven constante activiteiten ongeacht de behandelfase en/of de ernst van de aandoening. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld praktische ondersteuning en persoonlijke activering; hier geldt dat hoe groter de gevolgen van de aandoening voor een cliënt en hoe intensiever de behandeling hoe eerder er ingezet wordt op de praktische ondersteuning. De persoonlijke activering wordt ingezet als de aandoening meer onder controle is voor de cliënt en de behandeling zich in een afrondende fase bevindt of gericht is op deelname aan het maatschappelijk verkeer.

Voor alle deelnemers geldt dat de positieve betekenis voor herstel met jezelf in veel gevallen plaatsvindt in combinatie met een positieve betekenis op minimaal één van de andere drie herstelgebieden. Een positieve betekenis voor herstel met God heeft in woordgebruik voor de cliënten en kb-en altijd een positief effect op herstel met jezelf. De behandelaars benoemen altijd de inzet van de kb als positief op de relatie met jezelf, bij de andere deelnemers komt dit minder sterk naar voren. Een verklaring kan zijn dat de behandelaars bij de behandeling van de cliënt gericht zijn op de relatie met jezelf en dit kan het effect op dit herstelgebied kleuren. De vier soorten van kerkelijke activiteiten worden niet altijd door de kb of zijn kerk uitgevoerd. Activiteiten als bevrijdingspastoraat of de inzet van een cliënt als vrijwilliger worden al dan niet op verzoek van de kb ook door andere christelijke organisaties ingezet. De theologische duiding van het BPSS-model en het relationeel herstel, waarbij de Bijbelse lijn is dat een relationeel herstel met God doorwerkt op de andere drie herstelrelaties, blijkt overeen te komen met de bevindingen van de deelnemers. Het herstel met God blijkt volgens de meerderheid van de deelnemers effect te hebben op de drie andere herstelgebieden en bij een kleine minderheid alleen een positief effect te hebben op herstel met jezelf. De juiste houding van de kb blijkt een belangrijke voorwaarde te zijn om herstel bij de cliënt positief te beïnvloeden. Een aantal belangrijke houdingsaspecten zijn presentie, vertrouwen, luisterend oor, openheid, geduld, tact, stimulerende houding op maat, betrokken, vragen stellen, trouw in de contacten zijn en grenzen durven aangeven. Naast houdingsaspecten blijkt ervaringsdeskundigheid een belangrijke variabele te zijn om een juiste aansluiting te vinden met de cliënt. Het gaat daarbij vooral om inlevingsvermogen en de ervaring hebben wat het betekent voor een cliënt om een ggz-aandoening en/of verslaving te hebben.

#### **4.4 Aanpassing van het model**

De twee analyses zorgen ervoor dat het model op een aantal plaatsen kan worden aangepast voordat de vraag over de betekenis van de inzet van de kb kan worden beantwoord. De eerste aanpassing is dat in het onderzoeksmodel de betekenis van de inzet van de kb ook het herstel met jezelf wordt meegenomen. Uit de analyses komt naar voren dat relationeel herstel met jezelf niet alleen is voorbehouden aan de behandelaar en zijn behandeling. Het relationele herstel met God, de ander en de omgeving heeft meer een verbinding met relationeel herstel met jezelf dan vooraf was ingeschat. Dit betekent in het verlengde hiervan dat ook lichamelijk en klinisch herstel de tweede aanpassing is van het onderzoeksmodel. De tweede aanpassing is de verandering van de inzet van de kb in vier activiteiten (pastoraat, praktische ondersteuning, sociale activiteit en persoonlijke activering) en wordt houding en ervaringsdeskundigheid toegevoegd als belangrijke variabelen die van invloed zijn op een positieve betekenis van de inzet van de kb.

Het model ziet er dan als volgt uit:



## 4.5 Woorden geven aan de betekenis

Nu het model is aangepast, wordt verder ingegaan op de betekenis van de inzet van de kb voor de ggz-cliënt in zijn omgang met zijn psychische aandoening e/o verslaving. Het gaat hierbij om de betekenis van het herstel op de vier relationele gebieden. Bij het coderen en labelen van de twaalf interviews, zoals uitgelegd in bijlage 7 en uitgewerkt in bijlage 8, zijn de woorden waarin de betekenis van relationeel herstel die door de deelnemers zijn aangegeven verzameld en per groep apart gezet. Deze woorden komen ook terug in de twee analyses in paragraaf 4.3. De woorden van de deelnemers geven een concrete uitdrukking aan de betekenis van de inzet van de kb voor de vier relationele herstelgebieden van de cliënt. In bijlage 8 is dit verder uitgewerkt.

Om het niet te technisch te laten overkomen wordt een aspect van het relationele herstel met God als voorbeeld weergegeven.

De ggz-cliënten geven de volgende unieke woorden aan herstel met God, te weten:

“behoefte aan relatie met God, weer verbinding met God, stijgt boven je eigen denken uit, geborgen bij God, gesprek met God, versterken geloof, herstel met God, verdieping geloof, verlangen naar herstel met God, verdieping geloof en hoop.”

De kb-en geven de volgende unieke woorden aan het relationele herstel met God voor de ggz-cliënt, zoals “God mag kennen, aangeraakt door God, positief voor het geloof, geestelijke steun, gekend door God, kostbaar in Gods ogen, kind van God, geloofsgesprek, verbinding met God, machtig God en geestelijke ondersteuning.”

En de ggz-behandelaren drukken het als volgt uit: “vertrouwen in God, relatie met God, versterken relatie met God, wie ben ik voor God & van God, geliefd voelen door God en God niet zien als uitdeler van ziekten”.

De woorden die de drie groepen eraan geven hebben overlap met elkaar en ik heb deze woorden geschaard onder het woord “verbondenheid”. In de Bijbelse duiding van herstel in hoofdstuk 2 komt namelijk naar voren dat de drie-enige God een verbond wil aangaan met de gehele mens. De gelovige is verbonden met de drie-enige God en verbondenheid drukt sterk de band uit tussen God en de gehele mens. De drie groepen geven daarbij aan dat de ervaring van de ggz-cliënten is dat het relationele herstel met God versterkt is door de inzet van de kb. Het woord “verbondenheid” wordt in het model als een versimpeld resultaat van de ervaren betekenis meegenomen. In bijlage 8 wordt voor elk relationeel herstelgebied de unieke woorden weergegeven die de betekenis van de inzet kb voor de ggz-cliënt aangeven en de betekenis “versimpelt” naar een aantal kernwoorden die vermeld worden in het model.

De keuze is gemaakt om alleen de woorden van betekenis in het model op te nemen die door twee of meer deelnemers van dezelfde groep genoemd zijn of door minimaal één deelnemer van elke groep. Aangezien de deelnemers de betekenis van de inzet van de kb alleen maar als positief



ervaren is deze ervaring in het model opgenomen. Bijlage 8 kan samengevat worden met behulp van onderstaande tabel:

| <i>Relationeel herstelgebied</i> | <i>Aspect van betekenis</i>        | <i>Positieve ervaring</i> |
|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------|
| herstel met jezelf:              | Eigenwaarde                        | Versterking               |
|                                  | Biologische en psychische klachten | Vermindering              |
| Herstel met God:                 | Verbondenheid met God              | Verdieping                |
|                                  | Gebondenheid                       | Bevrijding                |
| Herstel met de ander:            | Verbondenheid met de ander         | Verdieping                |
| Herstel met omgeving:            | Van betekenis zijn voor omgeving   | Groei                     |
|                                  | Wederkerigheid                     | Toename in                |

Nu de uitkomsten van het praktijkonderzoek zijn weergegeven resten de eindconclusies van het praktijk- en literatuuronderzoek. De eindconclusies worden weergegeven in hoofdstuk 5.

## 5 Eindconclusies

### 5.1 Inleiding

In hoofdstuk 4 zijn de uitkomsten van de interviews weergegeven. De volgende stap is de conclusie en dat is ook het antwoord op de vraagstelling. Tevens worden in de discussie de resultaten gewogen van het onderzoek en hierna wordt een aantal aanbevelingen geformuleerd.

De vraagstelling in dit onderzoek is:

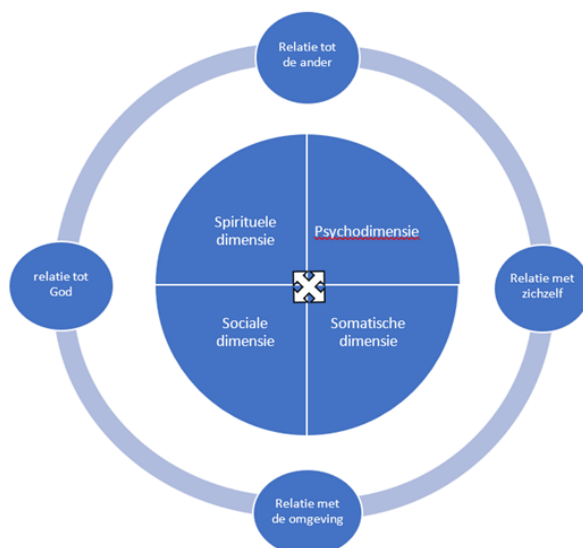
*Welke betekenis heeft de inzet van de kerkelijk betrokkene voor GGZ-cliënten in hun omgang met hun psychische en/of verslavingsproblematiek tijdens hun poliklinische behandeling?*

Deze vraag is onderverdeeld in de volgende onderzoeksvragen:

1. Hoe kan het BPSS-model theologisch geduid worden?
2. Hoe kan de herstel-georiënteerde benadering theologisch geduid worden?
3. Wat is de rol van de kerkelijke gemeenschap bij het omgaan van cliënten met hun ggz-en/of verslavingsproblematiek binnen de poliklinische behandeling?
4. Wat zijn de ervaringen van ggz-cliënten met de kerkelijke betrokkenheid in het behandelplan?
5. Wat zijn de ervaringen van de kerk met betrekking tot haar betrokkenheid in het behandelplan van ggz-cliënten?
6. Wat zijn de ervaringen van ggz-behandelaren met betrekking tot de kerkelijke betrokkenheid in het behandelplan van ggz-cliënten?
7. Wat betekenen deze ervaringen voor de kerkelijke betrokkenheid bij ggz-cliënten?

### 5.2 Conclusies

Het BPSS-model en de herstelgeoriënteerde benadering beïnvloeden elkaar zoals weergegeven in figuur 1.



#### *Hoofdlijn Bijbelse benadering*

De hoofdlijn in de Bijbelse benadering van het mens-zijn is dat ze holistisch van aard en relationeel gericht is. Dit betekent dat de vier BPSS-dimensies in relatie staan tot elkaar, maar ook

in relatie tot de mens zelf, de ander, de omgeving en God. Deze vier relaties staan ook met elkaar in relatie en ze beïnvloeden elkaar. Door de zondeval is de mens zelf als holistisch wezen en in zijn relaties vervreemd geraakt. Na de zondeval zet God in op herstel en is gericht op vergeving en in mindere mate op volledige genezing. Dit zien we bijvoorbeeld terug bij de inzet van bevrijdingspastoraat, dit werkt herstellend en bevrijdend in de relatie met God, echter in de vier cliënt situaties blijkt ook dat er geen sprake is van een volledige genezing van de psychische aandoening. De spanning tussen het “reeds” en het “nog niet” ziet men hier terug. De vrede die de mens ervaart in de relatie met de Drie-enige God werkt herstellend door in relatie tot de mens zelf, de ander en zijn omgeving.

De positieve betekenis van de kb voor de ggz-cliënt in zijn omgang met zijn psychische aandoening e/o verslaving bevestigt deze Bijbelse lijn. Belangrijk is dat beiden beseffen dat ze voor het aangezicht van God leven en dat beiden voor elkaar als Christus mogen zijn en Christus in die ander mogen ontmoeten. Deze grondhouding van wederkerigheid is kenmerkend voor het werken vanuit een christelijk mensbeeld.

#### *Goede match*

Belangrijk is een goede match tussen de kb en de ggz-cliënt aangezien rekening moet worden gehouden met deze specifieke doelgroep, die als relatief zwaar en uitputtend wordt ervaren in de informele ondersteuning. Belangrijk is om in te steken op ervaringsdeskundigheid, een goede back-up vanuit de kerkelijke gemeenschap en een stevige deskundigheidsbevordering vanuit De Hoop.

#### *Gericht op participatie en zelfredzaamheid*

Gezien de kwetsbaarheid van deze doelgroep met betrekking tot spirituele en aardse zingeving, financiën, relaties, mantelzorgers, dagritme- en structuur blijkt de kerkelijk meelevende ggz-cliënt behoefte te hebben aan pastoraat, praktische ondersteuning, sociale activiteit en persoonlijke activering vanuit zijn kerkelijke gemeente. Dit past binnen de twee pijlers van de Wmo, die gericht zijn op participatie en zelfredzaamheid.

De kerk ziet het als haar taak en roeping om op haar eigen wijze ondersteuning binnen de Wmo te geven. Dit sluit aan bij de visie van De Hoop die nog meer dan voorheen de verbinding zal zoeken met mantelzorgers, vrijwilligers en (kerkelijke) vrijwilligersorganisaties. Een poliklinische behandeling kan namelijk vanuit de visie van relationeel herstel, niet geïsoleerd worden ingezet, maar er zal altijd een vorm van verbinding nodig zijn met de leefomgeving van de ggz-cliënt.

#### *Driehoek van belang*

Gezien de diversiteit in organisatie en structuur van de verschillende kerken is het niet effectief om alleen op niveau van de organisaties de samenwerking te zoeken, maar tevens in de driehoek ggz-cliënt, kb en ggz-behandelaar. Dit laatste blijkt ook uit het praktijkonderzoek ondanks dat deze driehoek nog niet optimaal is ingericht blijkt deze samenwerking nu reeds van meerwaarde te zijn voor de drie spelers, in het bijzonder voor de ggz-cliënt.

#### *Positieve betekenis op relationele herstel ondanks accentverschillen*

Ondanks de accentverschillen tussen de vier trio's en de afzonderlijke groep ggz-cliënten, ggz-behandelaren en kb-en blijkt de betekenis van de inzet van de kb-en voor de ggz-cliënt in zijn omgang met zijn psychische aandoening en/of verslaving positief te zijn. Het gaat hierbij om een positief effect op de vier relationele herstelgebieden.

Vooraf aan het onderzoek is er vanuit gegaan dat de activiteiten van de kerk en de behoeften van de cliënt niet het herstel met jezelf zou beïnvloeden, echter dit blijkt wel het geval te zijn. De positieve betekenis van de inzet van de kb op herstel op de drie overige relatiegebieden, met name het herstel met God, blijken de deelnemers ook te ervaren als een positieve invloed voor de cliënt op herstel met jezelf. Dit bevestigt dat de S van spiritualiteit in het BPSS-model belangrijk is en een wezenlijk onderdeel is van het mens-zijn en dat een relationeel herstel met God doorwerkt

op de andere drie herstelrelaties. Gezien deze wisselwerking bevestigt dit onderzoek dat de vier relationele herstelgebieden niet gescheiden van elkaar onderzocht kunnen worden. Dit bevestigt ook dat het in het belang van de ggz-cliënt is dat de ggz-behandelaar en de kb op één of andere manier meer met elkaar worden verbonden. De ervaringen die cliënten en de kb-en aangeven wat betreft de betekenis van de inzet van de kb komen voor een groot deel met elkaar overeen en dat is gezien de betrokkenheid op elkaar wel logisch. Dit ligt anders met de ggz-behandelaren. Zij zien de betekenis voor het relationeel herstel minder breed dan de andere twee spelers. Zij leggen meer accent op pastoraat en met name in relatie tot herstel met jezelf, dit laatste geldt ook voor de persoonlijke activering, terwijl de andere twee spelers bij persoonlijke activering de betekenis altijd relateren aan herstel met de omgeving. De praktische ondersteuning wordt echter het minst benoemd in tegenstelling tot de kb-en en de cliënten. Deze verschillen kunnen komen doordat de focus van de behandelaar gericht is op behandeling en onvolledig geïnformeerd is over de inzet van de kb.

#### Woorden die uitdrukking geven aan de betekenis

Het onderzoek geeft waardevolle informatie over de inzet van de kb en de ervaren positieve betekenis voor de cliënt, ondanks het feit dat de positieve betekenis mogelijk overbelicht is door de niet-representatieve selectie van in ieder geval twee van de drie deelnemende groepen. Binnen de vier relationele herstelgebieden van de ggz-cliënt zijn aspecten benoemd die worden beïnvloed door de inzet van de kb. De drie groepen benoemen dezelfde aspecten waarin de betekenis van de inzet van de kb voor de cliënt uit blijkt. Het gaat om:

|                       |                                                     |
|-----------------------|-----------------------------------------------------|
| Herstel met jezelf:   | Versterking eigenwaarde                             |
|                       | Vermindering van biologische en psychische klachten |
| Herstel met God:      | Verdieping verbondenheid met God                    |
|                       | Bevrijding van gebondenheid                         |
| Herstel met de ander: | Verdieping van verbondenheid met de ander           |
| Herstel met omgeving: | Groei in "van betekenis zijn" voor de omgeving      |
|                       | Toename in wederkerigheid                           |

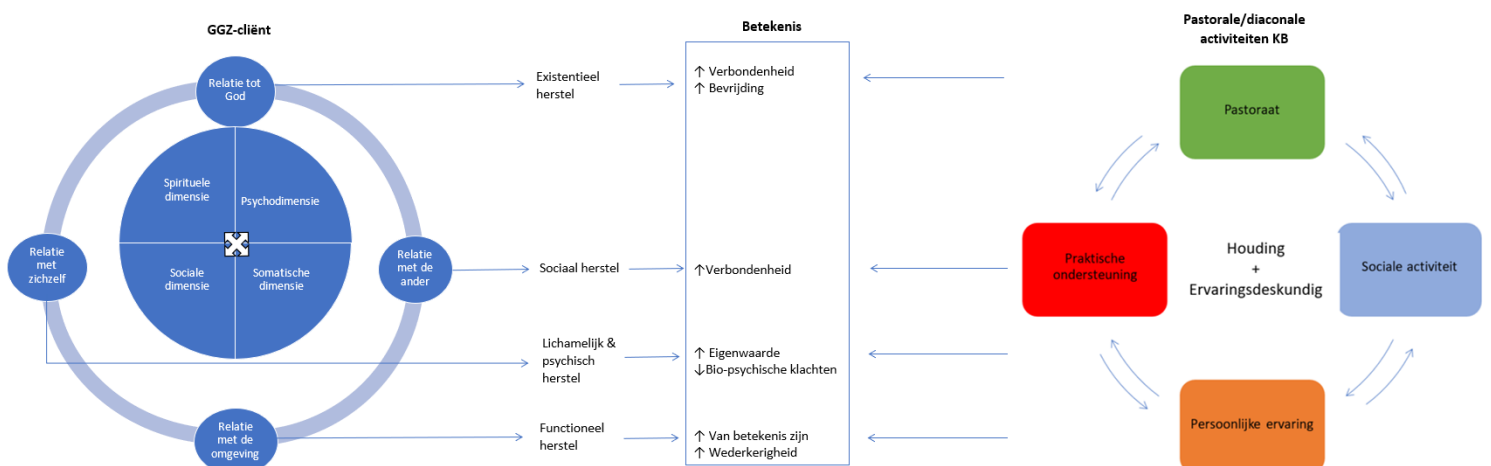
#### Versterken effect inzet van de kb

De inzet op pastoraat, sociale activiteit, praktische ondersteuning en persoonlijke activering is alleen effectief bij enerzijds de juiste houdingsaspecten van de kb en anderzijds de juiste aansluiting bij de cliënt, zoals zijn behoeften en zijn fase in het behandeltraject in relatie tot de ernst van het ziektebeeld en draagkracht van de cliënt.

De positieve betekenis kan nog verder versterkt worden door een nauwere samenwerking en afstemming in een soort van geformaliseerde behandeltrihoek ggz-cliënt, ggz-behandelaar en kb.

#### Tot slot

Genoemde conclusies betekenen de invulling van de betekenis in het model genoemd in paragraaf 4.4. Dit ziet er nu als volgt uit:



Het model kan als volgt gelezen worden:

De cliënt heeft vier relationele gebieden van herstel, te weten herstel met jezelf, met God, met de ander en de omgeving. De inzet van de kb is van betekenis voor de ggz-cliënt doordat de kb per relatiegebied een aantal aspecten kan beïnvloeden. Deze beïnvloeding is een samenspel tussen enerzijds houding en ervaringsdeskundigheid van de kb en anderzijds zijn inzet op de taken pastoraat, persoonlijke activering, praktische ondersteuning en sociale activiteit aansluitend op de behoeften van de ggz-cliënt.

### **5.3 Discussie**

Op basis van literatuur- en kwalitatief onderzoek zijn de conclusies opgesteld. Het kan zijn dat de geformuleerde conclusies te stellig kunnen zijn. De volgende overwegingen zijn belangrijk om de conclusies op een juiste wijze te wegen:

1. Zoals men heeft kunnen lezen raakt, de betekenis van de kb voor een ggz-cliënt verschillende ontwikkelingen en disciplines. Er is gebruik gemaakt van verschillende onderzoeken en literatuur. Dit maakt het onderzoek boeiend en veelomvattend. Het onderwerp is onderzocht en beschreven door een student Godsdienst Pastoraal Werk met relevante werkervaring op het snijvlak zorg & welzijn. Dit maakt het onderzoek kwetsbaar op het vlak van eenzijdigheid en uitgebreidheid. Dit soort onderzoeken leent zich er namelijk goed voor om multidisciplinair uit te voeren.
2. De interviews zijn afgenomen onder 12 deelnemers, in vier trio's van een ggz-cliënt, ggz-behandelaar en kb. Dat is per groep relatief weinig respondenten voor een kwalitatief onderzoek. Tevens zijn twee groepen niet geheel representatief, de derde groep is enigszins onduidelijk, dit betekent dat de resultaten van het onderzoek alleen een indicatie geven over waarin de inzet van de kb voor de ggz-cliënt van betekenis kan zijn.

## 6 Aanbevelingen voor De Hoop en de kb

Alhoewel De Hoop opdrachtgever is voor dit onderzoek en de aanbevelingen voor De Hoop bedoeld zijn, komt er een aantal onderzoeksuitkomsten naar voren die van belang zijn voor de inzet van de kb. Tevens is het belangrijk om de wisselwerking tussen de kb en De Hoop te versterken, vandaar dat er aanbevelingen zijn geformuleerd voor zowel De Hoop als de kb.

### Aanbevelingen De Hoop

Aangezien De Hoop een natuurlijke verbinding heeft met de kerken is het in het licht van de Wmo, de ambulantisering en haar Bijbelse visie op relationeel herstel voor haar cliënten essentieel dat ze de relatie met de kerken intensiveert door:

#### *Visie*

- In zijn visie op te nemen dat kerken in de persoon van een kb een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het herstel van de ggz-cliënt, met name aan de S van spiritueel en dat deze bijdrage doorwerkt zowel naar de andere BPS-dimensies als naar het relationele herstel met jezelf, met God, met de ander en de omgeving.
- In zijn visie te benadrukken dat ggz-cliënt, de ggz-behandelaar en de kb voor Gods aangezicht hun werkzaamheden mogen verrichten en dat ze voor elkaar als Christus mogen zijn als in die ander Christus mogen ontmoeten. Deze wederkerigheid als Bijbelse grondhouding doorwerkt in het behandelplan.

#### *Behandelplan e/o behandeltrio*

- De groep kerkelijk meelevende ggz-cliënten die poliklinisch behandeld worden de kerk actief te betrekken als sociaal steunsysteem bij de behandeling. Dit betekent concreet dat bij het in kaart brengen van de sociale steun de kerk wordt meegenomen.
- De kb die betrokken is bij een ggz-cliënt en waar laatstgenoemde vertrouwen in heeft actief betrekken bij het behandelplan. Dit kan doordat nu in samenspraak met de cliënt de doelen worden vastgelegd met betrekking tot relationele herstel met jezelf, met God, de ander en de omgeving. Hierin kan in samenspraak met de ggz-cliënt en de kb de eventuele inzet op het vlak van pastoraat, sociale activiteit, praktische ondersteuning en persoonlijke activering worden meegenomen.
- Regel in samenspraak met de kb zowel de back-up vanuit de kerken als de professionele back-up vanuit De Hoop.
- Een professional, bijvoorbeeld een maatschappelijk werker, die in samenspraak met ggz-behandelaar en ggz-cliënt sociale steun vanuit en met de kerk gaat organiseren. Belangrijk hierbij is een juiste match tussen ggz-cliënt en kb door bij voorkeur, een ervaringsdeskundige vanuit de kerk in te zetten.

Om deze accentverschuiving in samenwerking met de kerken op het niveau van de behandeling een kans te geven is het belangrijk dat deze verschuiving “blijft leven” binnen de eigen organisatie, dit kan door:

#### *Binnen De Hoop*

- De uitkomsten van dit onderzoek te delen met de professionals die werkzaam zijn op de polikliniek.
- Deel de behoeften, verwachtingen en onduidelijkheden van de ggz-behandelaren wat betreft de inzet van de kb-en ten aanzien van inhoud van pastoraat, sociale activiteit, praktische ondersteuning en persoonlijke activering.
- De behandelaren te betrekken bij het verder ontwikkelen van alle vier de vormen van relationeel herstel en de betekenis van de inzet van de kb daarin.

- Zorg te dragen dat de sociale steun vanuit de kb vast onderdeel wordt van het intern behandeloverleg tussen de verschillende disciplines.
- Te zorgen dat de behandelaren onderling de goede en minder goede ervaringen van de inzet van de kb met elkaar delen tijdens de casuïstiekbespreking en de intervisie. Deze ervaringen en signalen te verzamelen en zonodig het behandelbeleid, de scholing en de samenwerking met de kerken (lees kb-en) hierop af te stemmen.

#### *Vanuit De Hoop richting de kerken*

- Deel binnen de huidige overleg-, informatie- en voorlichtingsmomenten met de kerken de positieve ervaringen van de inzet van de kb. En bespreek ook de minder goede ervaringen en de draagkracht van de kb en de kerkelijke gemeenschap.
- Informeer over de accentverschuiving van de samenwerking op het niveau van de behandeling en over de verdere ontwikkeling daarvan.
- Blijf investeren in samenwerking en deskundigheidsbevordering voor pastorale teams, predikanten en bevrijdingsteams.
- Regel scholing en deskundigheidsbevordering vanuit De Hoop specifiek gericht op de kb.

#### *Wat betreft dit onderzoek*

- Dit onderzoek sluit aan bij zowel de ingezette ambulantisering als de visie van relationeel herstel, waarbij de poliklinische behandeling niet geïsoleerd van de sociale steunstructuur (lees kb) van de ggz-cliënt kan worden ingezet. Verzamel de gegevens van nieuwe trio's die gaan ontstaan en verfijn het ontwikkelde model. Dit kan in samenspraak met ziekteverzekeraar(s) en gemeenten door een onderzoek te starten dat gericht is op een verder onderzoek naar de geconstateerde positieve effecten van een sociaal steunstructuur (inzet kb) m.b.t. de vier relationele herstelgebieden. Onderzoek op lange termijn de positieve effecten op bijvoorbeeld de duur en het resultaat van de ggz-behandeling en het gebruik van WMO-voorzieningen.

#### *Aanbevelingen kb*

- *Back-up*  
Gezien de zwaarte en complexiteit van de ggz-doelgroep en de zorg voor continuïteit, draagt de kb zorg voor een (professionele) back-up vanuit de kerkelijke gemeenschap. Tevens stemt de kb af wie het aanspreekpunt wordt vanuit De Hoop. Bij het (formeel) aanhaken bij het behandelplan moet dit minimaal geregeld zijn.
- *Inventarisatie ervaringsdeskundigheid*  
Inventariseer binnen de kerk gemeenteleden met ervaringsdeskundigheid en vorm met elkaar een platform om ervaringen uit te wisselen. Het platform kan een vorm van een back-up zijn.
- *Deskundigheidsbevordering*  
Geef het belang aan van deskundigheidsbevordering en uitwisseling van (anonieme) casuïstiek binnen de kerkelijke gemeenschap. Het gaat daarbij om kennis van de ggz in relatie tot de (basis)vaardigheden sociaal verkeer, inclusief houdingsaspecten.
- *Balans draagkracht en draaglast*  
In het onderzoek komen vier hoofdactiviteiten naar voren die de kb zou kunnen oppakken. Let op dat dit niet ten koste gaat van de draagkracht van de kb en de kerkelijke gemeenschap. Let tevens goed op dat er voldoende expertise binnen de kerk aanwezig is om

bepaalde activiteiten op te pakken. Bijvoorbeeld bevrijdingspastoraat kan ook prima door een andere organisatie opgepakt worden, dit geldt ook voor persoonlijke activering door bijvoorbeeld stichting Ontmoeting.

- *Kennis van de sociale kaart*  
In het verlengde van de vorige aanbeveling, heb kennis van de sociale kaart of weet waar de kennis van de sociale kaart vandaan gehaald kan worden. Denk bijvoorbeeld aan het maatschappelijk werk van De Hoop.
- *Bijbelse visie*  
Deel met elkaar de Bijbelse visie dat de werkzaamheden ten behoeve van de ggz-cliënt wederkerig verricht mogen worden, dat men voor elkaar als Christus mag zijn en in die ander Christus mag ontmoeten.



## Bibliografie

- Anthony, W.A. (2005). Herstel van psychische aandoeningen. De richtinggevende visie voor de geestelijke gezondheidszorg in de jaren negentig. In J. Dröes (Red.), *Individuele rehabilitatie, behandeling en herstel* (pp. 26-37). Amsterdam: SWP.
- Boevink, W., Plooy, A., & Van Rooijen, S. (2006). *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met een psychische aandoeningen*. Amsterdam: SWP.
- De Boer, A., De Klerk, M., Plaisier, I., Schyns, P., & Kooiker, S. (2015). *Informele hulp, wie doet er wat?: Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- De Hoop ggz. (2017a). *Over de identiteit van De Hoop; onze grondslag, missie, waarden en medewerkers*. MT-document. Definitief vastgesteld 24-10-2017.
- De Hoop ggz. (2017b). *De Hoop helpt mensen op weg naar een nieuw leven: Positionering De Hoop ggz*. MT-document. Definitief vastgesteld 19-10-2017.
- De Hoop ggz. (2016). *Beleidsplan Pastoraat op de Poli*. Document niet vastgesteld. Opgesteld door werk- en adviesgroep "Pastoraat op de Poli". De Hoop ggz. September 2016.
- De Jong, E., & Schaap-Jonker, H. (2016). Herstelgeoriënteerde zorg binnen de christelijke GGZ: een inleiding. *Psyche & Geloof* 27(4), 197-205.
- De Lely, A.J. (2012). *Wat depressie met je doet*. Zoetermeer: Boekencentrum.
- De Vries-Schot, M. (2008). *Geloven is gezond: Zingeving en geloofsgroei in hulpverlening en pastoraat*. Zoetermeer: Boekencentrum.
- De Vries-Schot, M. (2012). De Spirituele Dimensie in het Biopsychosociaalspiritueel model (BPSS): specificiteerbaar naar christelijk geloof? *Psyche & Geloof* 23(2), 80-88.
- Den Hertog, G.C. (2009). Inleiding. In G.C. den Hertog, & A. Noordegraaf (Red.), *Dienen en delen: Basisboek diaconaat* (pp. 9 – 26). Zoetermeer: Boekencentrum
- Glas, G. (2013). Waarom het Biopsychosociale Model Faalde en toch een toekomst heeft. *Psyche & Geloof* 24(2), 84-94.
- Hollanders, A. (2018). Sociale coöperaties als model van kansarm naar kansrijk. In H. Crijns, E. Hogema, T. Hoekstra, L. Miedema, H. Noordegraaf, P. Robbers-van Berkel, H. van Well, ... H. Arts-Honselaar, *Diaconaal doen doordacht* (pp. 145-159). Utrecht: Kok.
- Hefti, R. (2013). The Extended Biopsychosocial Model: a whole-person-approach to psychosomatic medicine and psychiatry. *Psyche & Geloof* 24(2), 119-129.
- Heitink, G. (2005). *Pastorale zorg*. Kampen: Kok
- Helfgott, S., & Wilkinson, S. (2012). Recovery What's in a word? *Of Substance: The National Magazine on Alcohol, Tobacco and Other Drug* 10(2), 14-16.

- Jager-Vreugdenhil, M. (2012). *Nederland participatieland?: De ambitie van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de praktijk in buurten mantelzorgrelaties en kerken*. Amsterdam: University Press.
- Kruijswijk, W., Peters, A., Elferink, J., Scholten, C., & De Bruin, I. (2013). *Mantelzorgers en vrijwilligers in beeld*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Park, C.L. (2010). Making Sense of the Meaning literature: an integrative review of meaning making and its effect on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin* 136, 257-301.
- Paul, M. (2010). Tussen verzet en overgave. In H. van der Meulen (red.). *Liefdevol oog en open oor: Handboek pastoraat in de christelijke gemeente* (4<sup>e</sup> herziene druk, pp. 125 – 150). Zoetermeer: Boekencentrum.
- Roor, B. (2018). *In Heilzame presentie, diaconale betrokkenheid als leeromgeving voor protestantse kerken*, Zoetermeer: Boekencentrum Academic.
- Schipper, H. (2012). *De Messias geopenbaard in de Heilige Schrift: Jezus Christus in beide Testamenten* (2<sup>e</sup> herziene druk). Veenendaal: Boaz Multi Media.
- Scholte, W. (2016). *Visiedocument De Hoop ggz*. Dordrecht: De Hoop ggz.
- Van Dale (2015). *Van Dale groot woordenboek van de Nederlandse taal* (15<sup>editie</sup>). Utrecht: Van Dale.
- Van Haaften, H. (2007). *1 op 10 pastoraat: Een missionair-pastorale aanpak in de christelijke gemeente*. Zoetermeer: Boekencentrum.
- Van den Brink, G., & Van der Kooi, G. (2013). *Christelijke dogmatiek: een inleiding* (4<sup>e</sup> druk). Zoetermeer: Boekencentrum.
- Van der Wal, J. (1998). Zorg door de christelijke gemeente voor mensen met psychische nood. In J. Van der Wal (red.), *Psychische nood, ambt, gemeente en hulpverlening* (1<sup>e</sup> druk, pp. 146 – 174). Heerenveen: Groen en Zoon.
- Van Straten, C. (2013). Religies in het Geestelijk Centrum. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 6(27), 15-21.
- Van Zuthem, J.W., Kroon, F., Wunderink, C., Van Weeghel, J., & Van Rooijen, S. (2017). *Ondersteuning van psychisch kwetsbare mensen in ambulante begeleiding en beschermd wonen*. Amsterdam: SWP.
- Verhagen, P.J. (2000). *Depressiviteit en depressie: Een christelijke handreiking* (Herziene uitgave). Heerenveen: Groen.
- Verhagen, P. (2013). Het Biopsychosociale Model: Kritische vragen en Radicale wijzigingen. *Psyche & Geloof* 24(2), 95-111.
- Verhagen, P.J., & Van Megen, H.J.G.M. (red.) (2012). *Handboek psychiatrie, religie en spiritualiteit*. Utrecht: De Tijdstroom.

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?: Praktijkboek voor methoden en technieken (5e druk)*. Den Haag: Boom Lemma.

### Geraadpleegde websites

CEG. (7 september 2014). Centrum voor Ethiek en gezondheid. Geraadpleegd 5 januari 2019, van <https://www.ceg.nl/themas/bekijk/informed-consent>

Duys, S., Vink, M., Groot-Sluysmans, B., & Abma, T. (2015). *Goede Zorg in de wijk II. Monitoring wijkzorgnetwerk voor en met ggz-cliënten*. Centrum voor cliëntervaringen. Cliëntenbelang Amsterdam. Geraadpleegd 27 december 2018, van [https://www.clientenbelangamsterdam.nl/plaatjes/user/files/Goede%20Zorg%20in%20de%20Wijk%20II%20GGZ%20\(mei%202015\)%20print%20en%20webversie.pdf](https://www.clientenbelangamsterdam.nl/plaatjes/user/files/Goede%20Zorg%20in%20de%20Wijk%20II%20GGZ%20(mei%202015)%20print%20en%20webversie.pdf)

Paul, M.J. (z.d.). *De Knecht*. Artikel bij commentaar Bijbelboek Jesaja. Geraadpleegd 30 december 2018, van [www.studiebijbel.nl](http://www.studiebijbel.nl)

GGZ Nederland. (2009). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap: Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Project Herstel en burgerschap, Op weg naar herstel ondersteunende zorg. Geraadpleegd op 12 juni 2018, van [https://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/asset\\_305955.pdf](https://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/asset_305955.pdf)

GGZ Nederland. (2013). *De Herstel special. De route naar Herstelondersteunende zorg: wat werkt en wat werkt niet. Een speciale uitgave in het kader van "Herstel en Gelijkwaardig burgerschap"*. Geraadpleegd 24 september 2018, van [https://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/asset\\_948983.pdf](https://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/asset_948983.pdf)

GGZ Nederland. (z.d.). Geraadpleegd 27 december 2018, van <https://www.ggz nederland.nl/themas/ambulantisering> en <https://www.ggz nederland.nl/pagina/ggz-sector>

Lam, E., & Roor, B. (24 oktober 2014). *Ruim baan voor de kracht van kerken*. Geraadpleegd 29 december 2018, van <https://www.socialevraagstukken.nl/ruim-baan-voor-de-kracht-van-kerken/>

Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011) *What Does Recovery Mean in Practice?: A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance*. (2011). Psychiatry online. Geraadpleegd: 27 oktober 2018, internetversie geen pagina's, van <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.001312011>

Moreira-Almeida, A., Koenig, H., & Lucchetti, G. (2014). Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Brazilian Journal of Psychiatry* 36(2), internetversie geen pagina's, van [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462014000200176&script=sci\\_arttext &tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462014000200176&script=sci_arttext &tlng=pt)

Phrenos. (z.d.). *Herstel en Herstelondersteuning*. Geraadpleegd op 25 september 2018, van <https://www.kenniscentrumphrenos.nl/kennisthemas/herstel-herstelondersteuning/>

Regenbooggroep. (2011). *Vrijwilligersbeleid De Regenbooggroep. Geraadpleegd op 23 november 2018, van [https://www.deregenboog.org/sites/default/files/vrijwilligersbeleid\\_de\\_regenboog\\_groep.pdf](https://www.deregenboog.org/sites/default/files/vrijwilligersbeleid_de_regenboog_groep.pdf)*

StudieBijbel, Commentaar bij Jesaja 53. *Internet: geraadpleegd 30 december 2018, van [www.studiebijbel.nl](http://www.studiebijbel.nl)*

Trimbos-instituut. (2018). *Panel Psychisch Gezien – Leefsituatie en ontvangen zorg: Deelonderzoek 3 – Landelijke Monitor Ambulantsiering en Hervorming Landelijke GGZ 2018*. Trimbos-instituut. Geraadpleegd 3 januari 2019, van <https://assets.trimbos.nl/docs/87354bf4-bbff-4528-8185-ad342f74bd43.pdf>

Van Klinken, J. (2017). *Afstudeeronderzoek. Samen werken aan herstel: Een onderzoek naar de inzet van vrijwilligers voor informele zorg aan ggz-cliënten in kerken*. Afstudeeronderzoek Godsdienst Pastoraal Werk aan de Christelijke Hogeschool Ede. Gedownload 3 juli 2018, van [www.hbo-kennisbank.nl](http://www.hbo-kennisbank.nl)

Van Tilburg, W. (2015). *Het biopsychosociale model*. In M. Clijsen, W. Garenfeld, G. Kuipers, E. van Loenen, & M. van Pierre (Red.) *Leerboek psychiatrie voor verpleegkundigen* (pp. 11 t/m 31). Amsterdam: Reed Business Education. Digitale versie Geraadpleegd: 24 augustus 2018, van <https://docplayer.nl/12345744-Leerboek-psychiatrie-voor-verpleegkundigen.html>

Whitley, R., & Drake, R. (2010). Recovery: A Dimensional Approach. *Psychiatric Services* 61(1201). Internetversie: geen pagina's, van <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2010.61.12.1248>

## Bijlage 1 Vragenlijst ggz-cliënten

- Bedanken voor het meedoen aan het onderzoek
- Overhandigen toestemmingsverklaring
- Toelichting op het onderzoek
- Aantal persoonsgegevens:
  - Naam
  - Leeftijd
  - Bent u alleengaand, heeft u een gezin
  - Kerkelijk betrokkenheid
  - In behandeling bij De Hoop voor
  - Soort behandeling:
  - Wat doet u in het alledaagse leven?

Ik wil nu starten met een aantal vragen

### Behandeling

- U bent nog in behandeling?

### Huidige betrokkenheid van de kerkelijke gemeente

- X is betrokken vanuit de kerk. Is dat uw eigen gemeente? Zijn er nog meer vanuit de kerk mensen betrokken bij uw situatie? Zo ja wie? En waarvoor? En X is betrokken voor ? Let op
- Wat betekent X voor uw situatie? Kunt u dat toelichten?
- Wat betekenen eventueel de andere betrokkenen voor uw situatie? Kunt u dat toelichten?

### Aandachtsgebieden eventuele knelpunten voor mensen met een ggz-behandeling

- Uit literatuuronderzoek blijkt dat de cliënten die in behandeling zijn bij de ggz vaker dan gemiddeld knelpunten ervaren. Ik heb een rijtje opgeschreven en ik zou graag willen dat u aangeeft of dit van toepassing is op uw situatie
  - Wat eenzamer voelen
  - Wat minder contacten hebben
  - Wat ongezonder leven
  - Wat meer financiële en administratieve knelpunten ervaren,
  - Het lastiger vinden om dagelijks een vast ritme te hebben
  - Wat meer behoefte hebben aan een pastoraal gesprek
  - Wat meer zorgen maken over hun mantelzorgers
  - Wat meer behoefte hebben om zinvol bezig te zijn

U heeft aangegeven dat een aantal zaken bij u van toepassing zijn. Wil ik nu even dieper op ingaan.

U geeft aan dat? (alle bolletjes geldend)

Kunt daar iets over vertellen?

Wat zou u graag willen?

Krijgt u daar hulp bij ?

Zo niet, wel iemand uit uw kennissenkring? Zo niet, kan de kerk volgens u daarin iets betekenen? Zo ja wat dan? Wat betekent dat voor u? Zijn er nog andere zaken in het alledaagse leven waar u tegenaan loopt? Zo ja welke?

Ziet u andere mogelijkheden waar X of de kerk u zou kunnen helpen of ondersteunen?  
Bij nee dan Ik denk aan.... Aanvullen graag.  
Zo ja welke? Wat zou dat voor u betekenen?

**Heeft de kerkelijk betrokkene nog zaken nodig? Ik denk aan scholing, kennis e.d.?**

**Betekenis voor herstel**

De Hoop spreekt in haar behandeling over herstel in relaties. Zij noemt daarbij vier relaties: relatie met God, relatie met uzelf, met de ander en de omgeving. Is dit herkenbaar voor u? Wat betekent voor uw herstel?

Wat betekent de kerkelijke betrokkenheid voor uw herstel zoals bovengenoemd? Denk aan de vier relaties.

Zo ja Kunt u daar meer over vertellen?

Wat betekent dat voor uw omgaan met uw psychische aandoening?

**Samenwerking u, ggz-behandelaar en kerkelijke betrokkene**

- Ziet u een meerwaarde in meer samenwerking tussen kerkelijke betrokkene, u zelf als cliënt en de behandelaar ? Zo ja, zou dit een onderdeel kunnen zijn van het behandelplan?

Na afloop:

Ik maak een letterlijk verslag van het interview, dat stuur ik digitaal naar u toe. Wilt u dit even controleren dat het verslag klopt met de strekking van wat er gezegd is. Graag binnen een paar dagen uw akkoord over het verslag.

## Bijlage 2    Vragenlijst kb

Overhandiging toestemmingsverklaring cliënt X

Vaststelling dat ze kerkelijk betrokkene is van cliënt X

Onderwerpen die tijdens het interview naar voren komen

De volgende onderwerpen/vragen komen in het interview naar voren. Heeft u zelf ook onderwerpen die u nu in het rijtje mist en te maken heeft met de betekenis van de kerkelijke betrokkenheid, breng ze gerust in tijdens het interview.

### Onderwerpen:

#### **Betrokkenheid kerkelijk betrokkene**

- Hoe ziet de betrokkenheid van u, als kerkelijke betrokkene, in de situatie van cliënt X eruit?
- Wat zijn de hulpvragen van cliënt X?
- Wat is uw bijdrage van u als kerkelijk betrokkene?
- Op welke gebieden? Wat betekent dat voor cliënt X?
- Wat betekent dit voor cliënt wat betreft zijn/haar omgaan met het psychische aandoening?

#### **Betrokkenheid andere leden kerk**

- Is er meer betrokkenheid vanuit de kerk voor cliënt X?
- Zo ja, kunt u daar meer over vertellen?
- Welke rol ziet hij voor de kerk weggelegd in de situatie van cliënt X?
- en in zijn algemeenheid?

#### **Aandachtsgebieden eventuele knelpunten voor mensen met een ggz-behandeling**

Uit literatuuronderzoek blijkt dat de cliënten die in behandeling zijn bij de ggz vaker dan gemiddeld knelpunten ervaren. Ik heb een rijtje van onderwerpen opgeschreven en ik zou graag willen dat u aangeeft of dit van toepassing is op de situatie van cliënt X:

- Wat eenzamer voelen
- Wat minder contacten hebben
- Wat ongezonder leven
- Wat meer financiële en administratieve knelpunten ervaren,
- Het lastiger vinden om dagelijks een vast ritme te hebben
- Wat meer behoefte hebben aan een pastoraal gesprek inclusief gesprekken over bevrijding(pastoraat).
- Wat meer zorgen maken over hun mantelzorgers
- Wat meer behoefte hebben om zinvol bezig te zijn
- Kan de kerk volgens u daarin iets betekenen? Zo ja wat dan? Wat betekent dat voor u als kerkelijke betrokkene?
- Mist u onderwerpen en zo ja welke?

#### **Wat heeft de kerkelijke betrokkene nodig?**

- Wat heeft u nodig om cliënt X nodig, mist u bijvoorbeeld ondersteuning vanuit de kerk of de ggz-instelling?  
Denk kennis, betrokkenheid, afstemming intern kerk, overleg, terugvallen op een expert, pastorale bijstand voor uzelf.

### **Betekenis van de kerkelijke betrokkenheid voor cliënt X**

De Hoop gaat in zijn behandeling met cliënt X uit van herstel in relatie; in relatie met God, zichzelf, met de ander en zijn omgeving.

- Hoe ziet u dat de term herstel als u naar cliënt kijkt?
- Wat betekent volgens u de betrokkenheid van de kerk, dus ook uw betrokkenheid, voor cliënt X in zijn omgang met zijn ggz-aandoening en het meedoen in het alledaagse leven?

### **Samenwerking**

- Vaststelling wie de ggz-behandelaar is?
- heeft u contact met ggz-behandelaar?
- Zo ja in hoedanigheid waarvan?
- Wordt u in dossier genoemd?
- Werkt u samen met cliënt X en zijn behandelaar?
- Zo ja, hoe ziet dat eruit?
- Zo niet, wat vindt u daarvan?
- Zou u dat willen?
- Ziet u een meerwaarde in (meer) samenwerking tussen u als kerkelijke betrokkene, cliënt X en de behandelaar?
- Zo ja, wat zou u willen?

### **Onderwerpen die u zelf inbrengt**

Onderwerpen die u zelf in wilt brengen en die te maken hebben met kerkelijke betrokkenheid bij cliënt X.

Dank u wel voor u medewerking. Het interview wordt letterlijk uitgewerkt. U krijgt dit toegestuurd, als u akkoord met de strekking dan wordt het anoniem verwerkt in de verslaglegging.



## Bijlage 3    Vragenlijst ggz-behandelaar

### Huishoudelijke zaken

Bedanken voor het meedoen aan het onderzoek

Toelichting op het onderzoek

Vaststelling behandelaar cliënt

Toestemmingsverklaring

### Betrokkenheid

Vaststelling kerkelijk betrokkene, heeft u contact met kerkelijke betrokkene? Zo ja in hoedanigheid waarvan? Wat staat er in het dossier over kb vermeld?

### Betekenis huidige inzet kerkelijke betrokkene

- Wat is de bijdrage van B. aan het herstel van X?
- Wat is deze bijdrage van betekenis aan X omgang met zijn beperking/verslaving.
- In de poliklinische behandeling gaat het behandelplan uit van relationeel herstel. Dus de vierslag God, jezelf, de ander en de omgeving. Als je naar X kijkt waarin zou de kerk iets kunnen betekenen op deze vier gebieden van herstel? Dus t.a.v.
  - Herstel relatie met zichzelf?
  - Herstel relatie met God
  - Herstel relatie met de ander?
  - Herstel relatie met de omgeving?

### Aandachtsgebieden eventuele knelpunten voor mensen met een ggz-behandeling

Wat vraag jij in zijn algemeenheid van de presentie van de kerken/ kerkelijke betrokkene bij jouw ggz-cliënten?

Geen reactie dan inzoomen op:

Pastoraat: Hoop

- Wat meer behoefte hebben aan een pastoraal gesprek. Denk ook aan ziekenzalving en/of bevrijdingspastoraat

Diaconaat:

Sociale activiteiten

- Wat eenzamer voelen /wat minder contacten hebben

Praktische ondersteunen

- Wat meer financiële en administratieve knelpunten ervaren,
- Het lastiger vinden om dagelijks een vast ritme te hebben
- Wat ongezonder leven
- Wat meer zorgen maken over hun mantelzorgers

Stimuleren

- Wat meer behoefte hebben om zinvol bezig te zijn; activiteiten
- Mist u onderwerpen en zo ja welke?
- Waar ligt volgens jij de nadruk op wat betreft presentie rol kerk nadruk op pastoraat of ook diaconaat?

### Toegerust van de kerkelijke betrokkene?

In hoeverre is de kerkelijke betrokkene voldoende toegerust voor zijn/haar taak in het ondersteunen (welke vorm dan ook) van een ggz-cliënt? In hoeverre dient er zaken verbeterd te worden in deze ondersteuning?

- Denk kennis, betrokkenheid, afstemming intern kerk, overleg, terugvallen op een expert, pastorale bijstand voor uzelf.

#### **Samenwerking u, ggz-behandelaar en kerkelijke betrokkene**

- Wat zou de meerwaarde kunnen zijn van meer samenwerking tussen kerkelijke betrokkene, ggz-cliënt en u als behandelaar? Hoe ziet u dat voor zich? En hoe maakt het deel uit van het behandelplan?

## **Bijlage 4    Informed consent**

Informed consent is een belangrijk uitgangspunt uit het gezondheidsrecht. Informed consent houdt in dat een patiënt zijn of haar toestemming moet geven voor een medische behandeling of deelname aan (medisch-)wetenschappelijk onderzoek. De patiënt behoort dan wel adequaat geïnformeerd te zijn over bijvoorbeeld risico's en belasting van een behandeling. Deze op informatie gebaseerde toestemming wordt informed consent genoemd.

Bij ingrijpende behandelingen wordt expliciet om de toestemming van de patiënt gevraagd. In overige gevallen gaat de arts van stilzwijgende toestemming uit. Bij deelname aan een medisch-wetenschappelijk onderzoek moet de betrokkene vooraf schriftelijk toestemming geven (CEG, 2014).

## Bijlage 5    Informatiebrief

Betreft: Informatiebrief over het Onderzoek van de kerkelijke betrokkenheid bij ggz-cliënten.

Datum: 30 januari 2019

Plaats: Dordrecht

Dank u wel dat u mee wilt doen aan mijn onderzoek voor het afronden van mijn studie HBO GPW aan de Christelijke Hogeschool te Ede. Ik doe onderzoek naar de betekenis die een kerkelijke betrokkene kan hebben voor iemand die poliklinisch behandeld wordt bij De Hoop.

Dit wil onderzoek wil ik doen middels een interview met u die een halfuur tot uiterlijk een uur kan duren. Het interview wordt opgenomen door middel van een mobiel of dictafoon, Ik heb dit namelijk nodig om het gesprek later uit kunnen werken.

Na het interview ontvangt u de letterlijke uitwerking ( van het interview). U kunt dit nalezen en eventuele aanvullingen die in het interview gezegd zijn nog aangeven. Hierna wordt de uitwerking gecodeerd en komt er een verwerking in het uiteindelijke eindverslag. In dit eindverslag worden citaten uit de interviews weergegeven. Deze zullen niet herleidbaar zijn naar de geïnterviewde.

Tevens zal het interview anoniem schriftelijk worden uitgewerkt. Na de uitwerking zal het opgenomen interview zo spoedig mogelijk worden vernietigd.

Naast dat u geïnterviewd wordt, zullen ook A. en C. geïnterviewd worden. Zij zullen o.a. ingaan op wat de kerkelijke betrokkenheid voor uw situatie betekent. Het kan zijn dat zij vertrouwelijke informatie over uw situatie willen zeggen die voor het onderzoek van belang kan zijn. Dit wordt uiteraard vertrouwelijk behandeld en anoniem verwerkt in de rapportage. De opname zal na uitwerking meteen vernietigd worden. De interviews worden op dezelfde wijze verwerkt als uw interview.

Voor uw interview en de interviews met de twee bovengenoemde personen die eventueel vertrouwelijke informatie willen vertellen die van belang kan zijn voor het onderzoek, heb ik een toestemmingsverklaring van u nodig. De toestemmingsverklaring heb ik als bijlage heb toegevoegd.

Met vriendelijke groet,

Willem Hagen

Student GPW CHE te Ede

## Bijlage 6 Toestemmingsverklaring

### Onderzoek van de kerkelijke betrokkenheid bij ggz-cliënten door W. Hagen, student GPW CHE te EDE

Ik heb de informatiebrief voor de geïnterviewde gelezen.

Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is. Ik weet dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen of te stoppen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.

Mijn gegeven gegevens uit de drie interviews worden anoniem / gecodeerd verwerkt.

Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan.

Ik geef toestemming om aan dit onderzoek mee te doen.

Ik geef toestemming aan de ggz-behandelaar (naam) en kerkelijk betrokkene (naam) om eventueel, als dat van meerwaarde is voor het onderzoek, vertrouwelijk informatie over mijn persoonlijke situatie te vertellen. Het gaat om informatie die direct te maken heeft met de betekenis van de kerkelijke betrokkenheid voor mijn situatie.

Ik ga akkoord dat de gegevens anoniem worden verwerkt, in een eindverslag terecht komen en openbaar zullen zijn.

Naam geïnterviewde:

Handtekening:

Datum:    /    /2019

Ik verklaar hierbij dat ik de geïnterviewde volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de geïnterviewde zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoek:    Betekenis kerkelijke betrokkenheid door Willem Hagen

Handtekening:

Datum:    /    /2019

## Bijlage 7 Toelichting verwerking van de interviews

Op advies van de begeleider CHE is de toelichting op de verwerking van de interviews (codeboek) ondergebracht in deze bijlage.

### *De verwerking*

Er zijn transcripties gemaakt van de twaalf interviews. Vier transcripties van de geïnterviewde cliënten, vier van de kb-en en vier van de behandelaren. Er was sprake van vier trio's dat wil zeggen de cliënt, zijn of haar behandelaar en zijn of haar kb.

Daarna is er per groep (de groep cliënten, de groep kb-en en de groep behandelaren) van elk interview de tekst onderstreept waarin gesproken werd over

- De vier relationele vormen van herstel.
- De activiteiten c.q. inzet van de kb.
- De behoeften van de ggz-cliënt.
- De verbinding/samenwerking/afstemming tussen de leden van het trio (cliënt, kb en behandelaar).

Deze onderstrepingen zijn gecodeerd en in één Excel bestand geplaatst. Elke groep heeft in dat Excel-bestand (bijgevoegd als bestand bij de interviews voor de CHE) zijn eigen vier tabbladen en elk tabblad geeft het proces van labelen en coderen weer.

### Tabblad Stap 1

De inhoud van de onderstrepingen zijn als volgt gecodeerd.

De groep cliënten is gecodeerd met **Cliënt**, volgorde cliënt, volgorde onderstreping. De 1<sup>e</sup> codering CA1 wil zeggen: Client A 1<sup>e</sup> onderstreping. De codering van de kb van cliënt A wordt gecodeerd met AK1 en de codering van de behandelaar van cliënt A als AB1. De codering in het transcript komt overeen met de codering in het Excel bestand. Op deze wijze is de inhoud van de codering terug te vinden in het transcript van de desbetreffende deelnemer.

Voor alle drie de groepen is op dezelfde wijze de onderstreepte tekst in het interview verwerkt in het Excel bestand. Bij de codering is gekozen voor een integrale aanpak dat wil zeggen niet alleen wordt er ingaan op de gebieden van herstel, maar er is tevens geregistreerd op

- |                    |                                                        |
|--------------------|--------------------------------------------------------|
| • het onderwerp:   | trefwoord waar de gecodeerde tekst over gaat.          |
| • de inhoud:       | korte weergave waar de gecodeerde tekst over gaat.     |
| • een kanttekening | aanvullende informatie over de gecodeerde tekst.       |
| • de voorwaarde    | voorwaarden die gesteld worden in de gecodeerde tekst. |

Op deze wijze komt er overzicht van de relevante informatie uit de interviews en kunnen eventuele verbanden sneller opgemerkt worden. Dit betekent dat in tabblad stap 1 + naam groep de volgende tien kolommen worden weergegeven;

Code herstel algemeen herstel persoon herstel God herstel ander herstel omgeving onderwerp inhoud gevolg/kanttekening voorwaarden.

Tabblad stap 1 + naam groep is het basisbestand van waaruit gewerkt wordt.

### Tabblad Stap 2

Bij het labelen van de transcripties is de betekenis van de kb voor de cliënt en zijn psychische aandoening het uitgangspunt. Deze betekenis komt naar voren in de bijdrage (in de vorm van activiteiten) van de kb aan het herstel van de cliënt. De eerste stap in het labelen is het vaststellen van de overeenkomsten van de verschillende vormen van bijdragen ingezet door de kb. Vandaar dat in tabblad stap 2 van elke groep de (tref)woorden genoemd in kolom "Onderwerp" zijn gesorteerd op alfabet. Dit betekent dat bijvoorbeeld het trefwoord "pastoraal gesprek" onder elkaar komt te staan. Deze sortering geeft een eerste overzicht van trefwoorden met dezelfde soort inhoud en/of activiteit aan. Hierna zijn de gesorteerde (tref)woorden van de kolom "Onderwerp" opnieuw bekeken en degene met dezelfde inhoud en/of activiteit zijn met dezelfde kleur of markering gegroepeerd. Bijvoorbeeld de trefwoorden "pastoraal gesprek" en "gebed" hebben de kleur groen gekregen. Pastoraal gesprek en gebed horen inhoudelijk bij elkaar als activiteit. De volgende kleuren en markeringen zijn in kolom "Onderwerp" aangehouden, te weten:

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Groen</b>           | De onderwerpen die geduid kunnen worden als geestelijk, zoals bevrijdingspastoraat, ziekenzalving, geloofsgesprek, pastoraal gesprek e.d.                                                                                                                 |
| <b>Rood</b>            | De onderwerpen die te maken hebben met het praktisch ondersteunen van de cliënt, zoals het bijspringen van de mantelzorger, assistentie bij financiën, het bezorgen van maaltijden, bijdrage leveren aan het dagritme van de cliënt door te wandelen e.d. |
| <b>Blauw</b>           | De onderwerpen die te maken hebben met sociale activiteiten en waarbij het sociaal contact voorliggend is, zoals koffiedrinken na de dienst en sociale contacten onderhouden in welke vorm dan ook face-to-face, ear-to-ear, enz.                         |
| <b>Bruin</b>           | De bijdrage die de ggz-client zelf levert aan activiteiten binnen de kerkelijke gemeente en die hij als zinvol ervaart en waarbij gebruik gemaakt wordt van zijn talenten en mogelijkheden.                                                               |
| <b>Zwart &amp; vet</b> | De onderwerpen over de ggz-client zelf, zijn ziektebeeld, zijn behandeling. Het gaat om de biologische en psychiatrische aspecten.                                                                                                                        |
| <b>Onderstreept</b>    | De onderwerpen die een voorwaarde of oplossing geven.                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Geen mark.</b>      | Is nog onduidelijk hoe te rubriceren.                                                                                                                                                                                                                     |

### Tabblad Stap 3

In stap 3 zijn de kolommen "Inhoud" en "Voorwaarden" voor de drie groepen eruit gehaald en respectievelijk in de tabbladen "Inhoud" en "Voorwaarden" afzonderlijk ondergebracht. Dit betekent dat genoemde kolommen een samenvoeging zijn van de opbrengst van cliënten, kb-en en behandelaren.

Daarna is er tabblad stap 3 opnieuw gekeken naar de inhoud van kolom "Onderwerp" in combinatie met kolom "Gevolg/Kanttekening" en is er per kleur of markering een label vastgesteld. Dit betekent dat de trefwoorden bij kolom "Onderwerp" zowel een vaste kleur of markering als een vast label hebben. De labels zijn ondergebracht bij een nieuwe kolom "categorie".

Er is sprake van de volgende labels per groep, te weten:

### Cliënt:

1. Persoon > markering **zwart & vet**  
Het gaat om de persoon zelf en zijn biologische en psychische factoren.
2. Persoonlijke activering > kleur **bruin**  
Het doen van activiteiten die de cliënt zinvol of als betekenisvol ervaart. Het gaat in dit geval om deelname aan activiteiten waarin de cliënt vanuit zijn talenten en mogelijkheden een bijdrage levert. Bijvoorbeeld het schilderen van een kerk, het organiseren van Bijbelstudies of thema-avonden of de actieve deelname eraan.
3. Sociale activiteit > kleur **blauw**  
De deelname aan sociale activiteiten. Bijvoorbeeld koffiedrinken na de kerkdienst of deelname aan een Bijbelstudie groep. Een sociale activiteit is lastig te definiëren. In het onderzoek wordt aangehouden dat een activiteit als een sociale activiteit wordt gezien als het sociale aspect (de sociale interactie) voorliggend is. Bijvoorbeeld koffie drinken na de dienst en deelname aan een koffie-ochtend. Heel scherp is dit niet af te bakenen. Om een voorbeeld te noemen, een pastoraal gesprek valt onder pastoraat, maar heeft altijd een sociaal component in zich. Ditzelfde geldt ook voor praktische ondersteuning en persoonlijke activering m.a.w. een groot deel van de sociale activiteiten zijn verweven in deze drie genoemde activiteiten. Dit is dan ook de belangrijkste oorzaak dat de sociale activiteit weinig naar voren komt in het woordgebruik.
4. Praktische ondersteuning > kleur **rood**  
De ondersteuning die een cliënt krijgt bij de administratie, dagritme, in en buiten het huis. De ondersteuning van de mantelzorger valt hier ook onder.
5. Pastoraat > kleur **groen**  
De geestelijke zorg die een ggz-client ontvangt. Dit begrip omvat naast pastorale gesprekken, voorbede, bevrijdingspastoraat ook het bezoek aan een kerkdienst, deelname aan het Heilig Avondmaal en het zingen van psalmen en liederen. Overigens is een groot deel van deze activiteiten ook te beschouwen als sociale activiteit. De keuze is gemaakt dat als de sociale activiteit geestelijk ingekleurd is het gelabeld wordt met pastoraat.
6. De kerk > markering **groen en vetgedrukt & cursief**  
Het gaat hierbij om de inzet van de kb of de kerk in zijn algemeenheid, niet uitgesplitst op één van de categorieën 2 t/m 5, zij omvat deze vier categorieën.

### KB:

Bij de groep kb is er een soortgelijke onderverdeling. Ook hier is er sprake van de labels (1) Persoon, (2) Persoonlijke activering, (3) Sociale activiteit, (4) Praktische ondersteuning, (5) Pastoraat en (6) Kerk met dezelfde kleur en/of markering zoals aangegeven bij cliënt. Tevens één aanvullende label:

7. Behandelplan > markering zwart en onderstreping.

Het gaat er bij het label "behandelplan" om dat de drie partijen met elkaar afspraken maken over de inzet van de KB bij de cliënt. Dit hoeft niet beschreven te staan in het behandelplan, mondelinge afstemming tussen behandelaar en ggz-client en/of kb valt hier ook onder.

### Behandelaar:

Bij de behandelaren komen de volgende labels naar voren:



(1) Persoonlijke activering, (2) Sociale activiteit, (3) Praktische ondersteuning, (4) Pastoraat, (5) Behandelpunten en (6) Kerk met dezelfde kleur en/of markering zoals aangegeven bij cliënt.

Na het vaststellen van de labels per groep zijn alle opmerkingen en woorden die reeds (zie tabblad stap 1) staan aangegeven bij de vijf kolommen "Herstel" gekleurd of gemarkeerd. De kleur en/of markering komt overeen met de labels zoals vastgesteld bij kolom "Categorie". Op deze wijze wordt de relatie gelegd tussen de inhoud/activiteit van de kb en herstel voor de cliënt. Tegelijkertijd zijn de rijen in tabblad stap 3 waarbij geen woorden en opmerkingen zijn geplaatst bij de vijf kolommen "Herstel" verwijderd. En als laatste is ook de kolom "Gevolg/kanttekening" verwijderd.

In tabblad stap 3 zijn uiteindelijk voor de drie groepen de volgende kolommen overgebleven, te weten:

| Nummering | Categorie | Onderwerp | Herstel algemeen | Herstel jezelf | Herstel God |
|-----------|-----------|-----------|------------------|----------------|-------------|
|-----------|-----------|-----------|------------------|----------------|-------------|

Herstel ander    Herstel omgeving.

De kolommen "Nummering", "Categorie", "Onderwerp" hebben één of meerdere relaties met de vijf kolommen van herstel.

Dit houdt in dat in een bepaalde rij (horizontaal gezien) de ingevulde woorden/opmerkingen dezelfde kleur en/of markering zullen hebben.

#### Tabblad stap 4

In dit tabblad zijn de vijf kolommen "Herstel" geselecteerd. Deze kolommen geven weer aan de hand van woorden/opmerkingen welke betekenis deze inzet voor de cliënt heeft. Het gaat hierbij om zowel positieve als negatieve betekenis voor de cliënt. Dit is gedaan voor de drie groepen (cliënt, kb en behandelaar). De kleur/markering van de woorden/opmerkingen komen zoals eerder aangegeven, overeen met de labels in tabblad stap 3 en geven de soort van inzet van de kb/kerk aan.

Als eerste zijn de opmerkingen/woorden die bij kolom "Herstel algemeen" zijn geplaatst, op basis van de inhoud, ondergebracht bij de overige vier kolommen van "herstel". Dit is gebeurd door opnieuw de inhoudelijke informatie uit tabel stap 1 te onderzoeken. Na deze verplaatsing zijn er vier kolommen "herstel" overgebleven. Hierna zijn per kolom de opmerkingen/woorden met een dezelfde strekking/inhoud in groepen ondergebracht. Bijvoorbeeld bij kolom "Herstel jezelf" zijn er zes groepen ontstaan. Vervolgens heeft elke groep een label gekregen. Voor kolom "Herstel jezelf" waren dat de labels "Acceptatie", "Minder BP-klachten", "Eigenwaarde", "Rust", "Zelf initiatief" en "Steun". Het groeperen en vervolgens elke groep labelen is voor alle vier de kolommen "Herstel" uitgevoerd.

#### Tabblad stap 5 trio's

Het bijzondere van het onderzoek is het interviewen van de behandelaar en de kb die te maken hebben met dezelfde cliënt. Vandaar dat de vier trio's ieder apart genomen zijn en per trio gekeken is op welk herstelgebied ieder lid van het trio de nadruk heeft gelegd wat betreft de betekenis van de inzet van de kb voor de ggz-cliënt. Voorbeeld in het trio van cliënt A legt cliënt A in zijn interview de nadruk op herstel met jezelf, met God en de ander, de kb legt de nadruk op alle vier terwijl de behandelaar de nadruk legt op herstel met jezelf. Tevens is gekeken op welke activiteit de nadruk wordt gelegd wat betreft de inzet van de kb en in hoeverre dit overeenkomt binnen het trio en de groep. Bijvoorbeeld

in trio B legt cliënt B de nadruk op praktische ondersteuning en sociale activiteit, de kb legt de nadruk op praktische ondersteuning en pastoraat, terwijl de behandelaar de nadruk legt op pastoraat en sociale activiteit.

## **Bijlage 8      Woorden geven aan de betekenis inzet kb**

### *Woorden geven aan relationeel herstel*

#### *Algemeen*

In dit onderdeel worden de woorden weergegeven van de groep cliënten waarmee ze de betekenis voor de vier gebieden van relationeel herstel (zelf, God, ander en omgeving) mee aan duiden.

Deze woorden zijn in het proces van coderen en labelen bij elkaar gezet en onder verdeeld naar herstelgebied (zie meegestuurd Excelbestand voor de CHE). Hierna zijn deze woorden gekoppeld aan een “overstijgend” woord. Deze geven in woorden weer de invloed van de inzet van de kb binnen het desbetreffende herstelgebied. Bijvoorbeeld door de inzet van de kb ervaart de cliënt een positief effect op het herstel met God. De cliënt geeft voor het positieve effect verschillende woorden aan en een aantal van deze woorden kan ondergebracht worden bij het woord verbondenheid. Dan is verbondenheid met God die door de inzet van de kb wordt beïnvloed binnen het relationele herstel met God. In sommige gevallen vind het zoeken naar “overstijgende” woorden in twee stappen plaats bijvoorbeeld in het bovenstaande voorbeeld is eerste woord verbinding gebruikt en dat is later omgezet naar verbondenheid. De definities van de woorden zijn mede met behulp van Van Dale (2015) tot stand gekomen.

Het toekennen van een “overstijgend” woord vindt alleen plaats als het soortgelijk woordgebruik van twee of meer deelnemers van dezelfde groep afkomstig is of de drie groepen hebben hetzelfde woordgebruik.

Het gaat in dit onderzoek niet om de meeste invloed van de verschillende woorden op een herstelgebied of tussen herstelgebieden onderling. Dit is namelijk lastig te meten, aangezien enerzijds de houding van de kb hierin een belangrijke rol speelt en anderzijds vereist dat een kwantitatief onderzoek.

#### ***Door cliënten***

##### *Relationeel herstel met jezelf*

Het valt op dat herstel met jezelf bij de vier cliënten het meeste genoemd is als herstelgebied dat beïnvloed wordt door de inzet en houding van de kb. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de invloed op het relationele herstel met God en/of de ander en/of de omgeving tevens invloed heeft op herstel met jezelf. Dit zou de theorie dat de vier herstelgebieden niet los van elkaar kunnen worden gezien, maar elkaar beïnvloeden, ondersteunen. Hoe deze beïnvloeding tot stand komt valt niet binnen de scope van dit onderzoek.

Bij herstel met jezelf wordt door de cliënten de positieve invloed van de kb (in volgorde van meest genoemd in woordgebruik) de volgende labels gehanteerd:

##### *a) De eigenwaarde*

Definitie: gevoel van eigenwaarde; gevoel van hetgeen je waard bent, zelfrespect.

Woordgebruik van cliënten: ik mag er zijn, eigenwaarde, je hoort erbij, steun bij negatief zelfbeeld, uitvallen mag ondanks dat toch van waarde (9 maal in woordgebruik)

##### *b) Zelf meer het initiatief nemen*

Definitie: zelf de eerste stap zetten of aanzet geven.

Woordgebruik van cliënten: jezelf op de rails krijgen, zichzelf in beweging gezet, verder kunnen, in beweging zijn, zelf doen (autonomie), kan weer zelf verder (7 maal in woordgebruik)

c) *Minder biologische en psychische klachten*

Definitie: spreekt voor zichzelf.

Woordgebruik van cliënten: minder beklemming, biologisch herstel, gezonde levensstijl en minder suïcidale klachten (5 maal uniek in woordgebruik).

De cliënten noemen tevens de steun en de rust die men ervaart door de inzet van de kb. De steun en rust hebben een positieve invloed op de items a t/m c. Tevens noemt één cliënt de acceptatie van de psychische aandoening en de gevolgen daarvan voor het dagelijks leven.

*Relationeel herstel met God*

Het valt op dat de activiteit pastoraat het vaakst in woordgebruik wordt genoemd door de vier cliënten. De inzet van pastoraat en de houding van de kb blijken voor de vier cliënten altijd effect te hebben op het relationeel herstel met God. Bij dit herstel worden door de cliënten de positieve invloed van de kb (in volgorde van meest genoemd in woordgebruik) de volgende labels gehanteerd:

a) *De verbondenheid met God*

Definitie: het verbonden zijn met God, m.n. door een geloofsband.

In de gesprekken met de deelnemers kwam veelvuldig het woord "verbinding" naar voren, toch is gekozen voor verbondenheid. In de Bijbelse duiding van herstel in hoofdstuk 2 komt naar voren dat de drie-enige God een verbond wil aangaan met de gehele mens. De gelovige is verbonden met de drie-enige God en verbondenheid drukt nog sterker de band aan tussen God en de gehele mens.

Woordgebruik van cliënten: behoefte aan relatie met God, weer verbinding met God, stijgt boven je eigen denken uit, geborgen bij God, gesprek met God, versterken geloof, herstel met God, verdieping geloof, verlangen naar herstel met God, inzicht in oorzaak aanvechtingen, verdieping geloof en hoop (12 maal uniek in woordgebruik).

b) *de bevrijding van demonie en gedachten*

Definitie: het bevrijden of bevrijd worden, m.n. het vrijmaken of vrij worden van overheersing.

Woordgebruik van cliënten: bevrijding van demonie, herstel van emotionele blokkades, zondaarsgebed en bevrijding van angsten (4 maal uniek in woordgebruik).

De cliënten noemen tevens de toename van geloofskennis en de rust die de cliënt ervaart in de relatie tot God, deze aspecten hebben een positief effect op de verbondenheid met God.

*Relationeel herstel met de ander*

Het valt op dat herstel met de ander het minst genoemd wordt door de vier cliënten als positieve bijdrage van de kb. Vooral sociale activiteit wordt positief gekoppeld aan herstel met de ander. Bij dit herstel worden door de cliënten de positieve invloed van de kb (in volgorde van meest genoemd in woordgebruik) de volgende labels gehanteerd:

a) *De verbondenheid met de ander*

Definitie: het met elkaar verbonden zijn m.n. door een emotionele en/of geloofsband.

De geloofsband wil zeggen het geloof in Jezus Christus en dat de cliënt deel uit maakt van het lichaam van Christus.

Woordgebruik van cliënten: openheid over ziekte & vastlopen, steun, verbinding met de gemeente, verbinding en minder eenzaam ( 5 maal uniek in woordgebruik).

*b) Het van betekenis zijn voor de ander*

Definitie: van belang, van gewicht voor de desbetreffende persoon.

Woordgebruik van cliënten: betrokkenheid op de gemeente of gemeentelid, helpen van anderen, er zijn voor een ander en/of contacten ( 5 maal uniek in woordgebruik).

*Relationeel herstel met de omgeving*

Het relationeel herstel met de omgeving wil zeggen, deelname aan het maatschappelijk verkeer zoals scholing, arbeid, vrije tijd en etc. De positieve bijdrage van de kb aan dit herstel wordt voornamelijk veroorzaakt door de persoonlijke activering van de cliënt om zijn bijdrage te leveren aan activiteiten.

*a) Het “van betekenis zijn” voor de omgeving*

Definitie: van belang, van gewicht voor de desbetreffende persoon.

Woordgebruik: van betekenis ben, iets doen, zinvolle daginvulling, zinvol bezig zijn, leuk vinden om dit te doen, zingeving, reminder bij dieptepunten, gebruik maken van talenten en mogelijkheden ( 8 maal uniek in woordgebruik).

*b) De wederkerigheid*

Definitie: reciprociteit, stelsel van wederkerigheid: het behandelen van een ander op dezelfde voet als men door hem behandeld wordt.

Woordgebruik: wederkerigheid en niet het gevoel om alleen hulp te ontvangen maar ook teruggeven ( 2 maal uniek in woordgebruik).

**Door kb**

*Relationeel herstel met jezelf*

Het valt op dat herstel met jezelf naast herstel met God bij de vier kb-en vaak genoemd wordt als herstelgebied, dat beïnvloed wordt door de inzet en houding van de kb. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de invloed op het relationele herstel met God en/of de ander en/of de omgeving tevens invloed heeft op herstel met jezelf.

Bij herstel met jezelf wordt door de kb-en de positieve invloed van de kb (in volgorde van meest genoemd per uniek woord gebruik) worden de volgende labels gehanteerd:

*a) De eigenwaarde*

Definitie: gevoel van eigenwaarde; gevoel van hetgeen je waard bent, zelfrespect.

Woordgebruik van kb-en: eigen inbreng, eigenwaarde, zelfredzaamheid, zelfrelativering, niet in een gat vallen, meer opbloeien, erbij horen en waardevol (8 maal in woordgebruik)

*b) Minder biologische en psychische klachten*

Definitie: spreekt voor zichzelf.

Woordgebruik van kb-en: positieve invloed op B & P klachten, minder somber, minder klachten, beter voor lichaam en geest, meer van opknappen en innerlijke genezing (6 maal uniek in woordgebruik).

De kb-en noemen tevens de steun en de rust die cliënt ervaart door de inzet van de kb. De steun en rust hebben een positieve invloed op de items a t/m b. Tevens noemt één kb woorden die vallen onder onafhankelijkheid, ondersteuning en draagkracht.

#### *Relationeel herstel met God*

Het herstel met God wordt door drie kb-en in woordgebruik het vaakst genoemd als herstelgebied dat door hun inzet wordt beïnvloed. Bij dit herstel worden voor de kb-en (in volgorde van meest genoemd in woordgebruik) de volgende twee labels gehanteerd:

a) *De verbondenheid met God*

Definitie: het verbonden zijn met God, m.n. door een geloofsband.

Woordgebruik van kb-en: God mag kennen, aangeraakt door God, positief voor het geloof, geestelijke steun, gekend door God, kostbaar in Gods ogen, kind van God, geloofsgesprek, verbinding met God, machtig God en geestelijke ondersteuning (11 maal uniek in woordgebruik).

b) *De bevrijding van demonie en gedachten*

Definitie: het bevrijden of bevrijd worden, m.n. het vrijmaken of vrij worden van overheersing.

Woordgebruik van kb-en: vrij van gebondenheid, aanwezigheid Heilige Geest, bevrijding duistere gedachten en machten, bevrijding in Christus, machten hebben A in hun macht, Heilige Geest geneest emotionele beschadigingen en bevrijding van demonie (7 maal uniek in woordgebruik).

#### *Relationeel herstel met de ander*

De kb-en brengen het herstel met de ander vooral in verband met sociale activiteit. Bij dit herstel worden door de cliënten de positieve invloed van de kb (in volgorde van meest genoemd in woordgebruik) de volgende twee labels gehanteerd:

a) *De verbondenheid met de ander*

Definitie: het met elkaar verbonden zijn m.n. door een emotionele en/of geloofsband.

Woordgebruik van kb-en: helpen, verbinding, er zijn, meedoen, hoort erbij, er is omzien, doet goed, niet eenzaam zijn, gewoon contact, groei sociale contacten en geïnteresseerd (11 maal uniek in woordgebruik).

b) *Het van betekenis zijn voor de ander*

Definitie: van belang, van gewicht voor de desbetreffende persoon.

Woordgebruik van kb-en: doen van activiteiten en present (2 maal uniek in woordgebruik)

#### *Relationeel herstel met de omgeving*

De kb-en brengen het herstel met de omgeving vooral in verband met persoonlijke activering. Bij dit herstel worden door de cliënten de positieve invloed van de kb (in volgorde van meest genoemd in woordgebruik) de volgende drie labels gehanteerd:

a) *Het “van betekenis zijn” voor de omgeving*

Definitie: van belang, van gewicht voor de desbetreffende persoon.

Woordgebruik: levert zijn bijdrage aan gebedskring, zinvolle bijdrage aan activiteiten van kerk, betekenisvol, zinvolle bijdrage, zinvol bezig zijn, stimuleren zelf oplossingen, mee doen, hoe mag ik leven & en hoe ga ik met problemen om en doelen stellen ( 9 maal uniek in woordgebruik).

b) *De wederkerigheid*

Definitie: reciprociteit, stelsel van wederkerigheid: het behandelen van een ander op dezelfde voet als men door hem behandeld wordt.

Woordgebruik door kb-en: leren van de vroomheid cliënt, elkaar helpen en wederkerigheid ( 3 maal uniek in woordgebruik).

Tevens noemt één kb woorden die te maken hebben met meedoen in het leven.

## **Door behandelaren**

### *Relationeel herstel met jezelf*

Het valt op dat de vier behandelaren het herstel met jezelf in woordgebruik het meeste noemen als invloed van de inzet van de kb voor de cliënt. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de invloed op het relationele herstel met God en/of de ander en/of de omgeving tevens invloed heeft op herstel met jezelf.

Bij herstel met jezelf wordt door de behandelaren de positieve invloed van de kb (in volgorde van meest genoemd per uniek woordgebruik) de volgende labels gehanteerd:

a) *De eigenwaarde*

Definitie: gevoel van eigenwaarde; gevoel van hetgeen je waard bent, zelfrespect.

Woordgebruik van de behandelaren: waardevol, positief effect op zelfbeeld, minder schuldig voelen, eerlijk naar zichzelf over impact van zijn ziekte, versterken eigen waarde (5 maal in woordgebruik)

b) *Minder biologische en psychische klachten*

Definitie: spreekt voor zichzelf.

Woordgebruik van behandelaren: beter te herstellen wat betreft B & P klachten en minder somber (62 maal uniek in woordgebruik).

De behandelaren noemen in verschillend woordgebruik tevens de steun en de rust die men ervaart door de inzet van de kb. De steun en rust hebben een positieve invloed op item a. Tevens noemt één behandelaar woorden die te maken hebben met zelfredzaamheid en zingeving.

### *Relationeel herstel met God*

Het herstel met God wordt naast herstel met jezelf door de vier behandelaren in woordgebruik zeer vaak genoemd als herstelgebied dat door de inzet van de kb wordt beïnvloed. Bij dit herstel worden voor de behandelaren (in volgorde van meest genoemd in woordgebruik) de volgende twee labels gehanteerd:

a) *De verbondenheid met God*

Definitie: het verbonden zijn met God, m.n. door een geloofsband.

Woordgebruik van de behandelaren: vertrouwen in God, relatie met God, versterken relatie met God, wie ben ik voor God en van God, geliefd voelen door God en niet zien als uitdeler van ziekten (7 maal uniek in woordgebruik).

b) *De bevrijding van demonie en gedachten*

Definitie: het bevrijden of bevrijd worden, m.n. het vrijmaken of vrij worden van overheersing.

Woordgebruik van behandelaren: de ervaren bevrijding van demonen/demonie (1 maal uniek in woordgebruik).

Tevens noemt één behandelaar woorden die te maken hebben met steun en zingeving.

#### *Relationeel herstel met de ander*

De behandelingen brengen het herstel met de ander vooral in verband met sociale activiteit. Bij dit herstel worden volgens de behandelingen door de cliënten de positieve invloed van de kb (in volgorde van meest genoemd in woordgebruik) de volgende twee labels gehanteerd:

a) *De verbondenheid met de ander*

Definitie: het met elkaar verbonden zijn m.n. door een emotionele en/of geloofsband.

Woordgebruik van de behandelingen: regelen van sociale contacten, omzien & betrokkenheid doet goed, uit bed komen voor contacten, gesteund voelen, oplossing sociale problematiek, omzien & betrokkenheid doet goed, verbondenheid door sociale contacten, verstevigen sociale contacten, relaties aangaan, vertrouwen in mensen en tegen eenzaamheid (12 maal uniek in woordgebruik).

#### *Relationeel herstel met de omgeving*

De behandelingen brengen het herstel met de omgeving vooral in verband met persoonlijke activering. Bij dit herstel worden door de cliënten de positieve invloed van de kb (in volgorde van meest genoemd in woordgebruik) de volgende drie labels gehanteerd:

a) *Initiatief nemen*

Definitie: zelf de eerste stap zetten of aanzet geven

Woordgebruik van de behandelingen: in beweging komen (1 maal in uniek woordgebruik).

a) Het “*van betekenis zijn*” voor de omgeving

Definitie: van belang, van gewicht voor de desbetreffende persoon.

Woordgebruik van behandelingen: doel in het leven en zingeving hier op aarde (2 maal uniek in woordgebruik).

c) *De wederkerigheid*

Definitie: reciprociteit, stelsel van wederkerigheid: het behandelen van een ander op dezelfde voet als men door hem behandeld wordt.

Woordgebruik door behandelingen: wederkerigheid (1 maal uniek in woordgebruik).

Tevens noemt één behandelaar woorden die te maken hebben met perspectief, verbinding, steun en zingeving.



## **Bijlage 9    Adviezen en voorwaarden aangegeven door deelnemers**

### **Adviezen van de cliënt**

De volgende aandachtspunten en adviezen kwamen naar voren in de interviews met de cliënten.

#### *Voor de kb*

Het is volgens de cliënt belangrijk dat de kb present is voor de cliënt, er een vaste verbinding is (vast gezicht) en dat levert een vertrouwensband op. Binnen die vertrouwensband kan de kb actief vragen stellen, een luisterend oor bieden en de cliënt betrekken bij activiteiten en signalen oppikken en die bespreekbaar maken, maar wel op maat. Bijvoorbeeld het tactisch bespreekbaar maken van eenzaamheid. Het op maat inzicht geven en bewerkstelligen van bewustwording bij de cliënt, wordt gewaardeerd. Acceptatie dat de cliënt hierdoor weleens uitvalt of niet in beweging wil en kan komen. Belangrijk is een betrokken houding en het tonen van begrip door de kb. Openheid naar elkaar, maar ook naar de gemeente is van groot belang. Wederkerigheid is belangrijk voor de cliënt, een eigen bijdrage leveren aan een kerkelijke activiteit geeft zin aan het leven, ook al is de kans groot dat de cliënt door zijn aandoening en/of conditie uitvalt. Vandaar dat wederzijdse verwachtingen bij de inzet van de cliënt, maar ook in zijn algemeenheid bekend zijn bij elkaar. “Het zorgen voor” is soms noodzakelijk, maar het streven moet zijn dat de cliënt zelf in beweging komt. Wat betreft pastoraat is het gebed, het geloofsgesprek en de bespreking van geloofstwijfel met name in relatie tot de psychische aandoening belangrijk. De cliënt geeft aan dat de kerk niet alles kan en haar grenzen wel moet kennen zoals haar deskundigheid. Dit geldt ook voor de expertise op de verschillende levensgebieden. Het is van belang deze expertise dan in te roepen bij andere organisaties. Dit geldt niet alleen voor de ggz-expertise, maar ook de inzet van maatjesprojecten zoals Present en de inzet van bevrijdingspastoraat.

#### *Voor de behandelaar/ De Hoop*

Dat de behandelaar in de huidige situatie zich in de behandeling ook richt op de voorbereiding om te leren leven in de samenleving. Ook zal De Hoop expertise beschikbaar moeten stellen voor de kerken en de kb-en en dat De Hoop op de hoogte is van de inzet van de kerk en de kb-en.

### **Adviezen van de kb**

De volgende adviezen werd een aantal keren genoemd bij de kolom “voorwaarden”. Ze zijn gericht op andere kb-en & de kerk en de behandelaren.

#### *Voor de kb & de kerk*

Verdiep je als kb in de cliënt en probeer je in te leven wat het betekent om een bepaalde ggz-aandoening te hebben. Bouw een vertrouwensband op, wees open en geduldig. Vraag door wat de cliënt zou willen en bespreek wie dat het beste zou kunnen oppakken. Dring jezelf niet op, ga uit wat de cliënt wil en maak dit bespreekbaar. Accepteer dat een cliënt niet altijd kan of aanwezig is vanwege zijn aandoening en heb geduld daarin. Zorg wel voor continuïteit in de relatie met de cliënt, zodat deze op de kb kan terugvallen. De kb moet zijn grenzen weten en aangeven en kunnen doorverwijzen naar een professional.

De kb is geen therapeut, zet pastoraat en/of diaconaat in ter ondersteuning van de cliënt en is niet gericht op behandeling.

De kerk dient ervoor te zorgen dat er voldoende expertise is bij gemeenteleden, waarbij ze zal moeten zorgdragen voor een back-up voor de kb. De omgang met een gemeentelid met ggz-problematiek vergt tact, geduld, uithoudingsvermogen en kennis en het aangeven van de eigen grenzen. De kb moet niet alleen handelen maar afstemmen en overleggen met gemeenteleden en/of ambtsdragers.

De waarschuwing van een kb dat de kerk niet alleen een goede daad verricht, maar ook bidt en met het Woord komt.

#### Voor de behandelaren & De Hoop

Draagt zorg voor een professionele back-up vanuit De Hoop voor de kb en zorgt ervoor dat de inzet van de kb een verbinding heeft met het behandelplan. Tevens moet de behandelaar de cliënt motiveren c.q. aanmoedigen om verbinding te zoeken met de kb.

#### Aandachtspunten van de kb-en

Wat is de rol van de kerk? Legt ze een nadruk op pastoraat of op alle vier de activiteiten (pastoraat, sociale activiteit, praktische ondersteuning en persoonlijke activering) Is er balans tussen Woord en gebed (pastoraat) en het praktisch ondersteunen (diaconaat)?

#### **Adviezen van de behandelaren**

De volgende aandachtspunten en adviezen werd een aantal keren genoemd bij de kolom "voorwaarden". Ze zijn gericht aan de kb-en & de kerk en de behandelaren.

#### Voor de kb & de kerk

Blijf trouw in de contacten met de cliënt en wees present met name in moeilijke perioden die een cliënt kan doormaken. Dus zorg voor een luisterend oor en continuïteit in contact met de cliënt. Spreek wederzijdse verwachtingen uit met de cliënt en schakel de persoon met de juiste expertise in met betrekking tot pastoraat of diaconaat. Houd in ieder geval verbinding als kb met andere leden van de gemeente, zodat je als kb er niet alleen voor staat in het contact met de cliënt. Zoek als kerk verbinding met De Hoop om zodoende geschoold en getraind te worden. Probeer daarnaast het bevrijdingspastoraat zoveel mogelijk in te bedden in de eigen kerkelijke gemeente voor een goede pastorale (na)zorg. Is deze expertise niet aanwezig dan van buitenaf inschakelen.

#### Voor behandelaren

Hanteer de presentiebenadering tijdens de behandeling. Presentie in de betekenis van niet meteen inzetten op het behandelen, maar eerst luisteren naar de cliënt en zet in op zijn steunstructuren.

Leg in de behandeling ook de verbinding met het gewone leven, de cliënt moet na zijn behandeling weer verder met zijn leven. Zet bij de cliënt in op het zelf leggen van verbindingen en contacten met de kerk en de kb en leg anders zelf als behandelaar een verbinding met de kerk.

Zet als behandelaar ook het pastoraat in van de eigen organisatie als blijkt dat pastoraat en behandeling door elkaar lopen bij de hulpvraag van de cliënt en expertise en inzicht ontbreken bij de kb. Denk als behandelaar vanuit het systeem, kijk breed als behandelaar

naar de verschillende levensgebieden en wil samenwerken met de kb, want kerk is onderdeel van het sociaal systeem van de ggz-cliënt.

#### Aandachtspunten behandelaars

Wat is de functie van het behandelplan? Brengt de behandelaar alles in kaart? Houdt de cliënt de behandelaar op de hoogte van zijn contacten met kb? Kan de kb terecht bij de behandelaar waar deze tegen aanloopt? Er blijkt tussen behandelaars een verschil van handelen in de driehoek, met name op het actief betrekken van de kb in het behandeltraject.

#### **Samenvatting van de adviezen en voorwaarden**

De deelnemers geven ook een aantal voorwaarden en adviezen aan voor het zo goed mogelijk ondersteunen van de cliënt door de kb.

Wat betreft de kb deze moet zijn grenzen weten wat betreft zijn expertise en kunnen doorverwijzen naar een professional (therapeut) of kerkelijk medewerker met pastorale en/of diaconale expertise. De kb en kerk moeten zorgdragen voor een goede back-up vanuit de kerkelijke gemeente en de kb moet helder aangeven op welke aspecten hij geschoold en getraind wil worden.

Wat betreft de behandelaar c.q. De Hoop, deze moet zijn behandeling richten op het sociaal systeem dat breder is dan het gezin en betrek daarbij de kerk. Richt daarnaast de behandeling zo in dat deze ook gericht is op het dagelijkse leven van de cliënt. De cliënt moet tijdens en na de behandeling verder met zijn dagelijks leven. Zet als behandelaar ook het pastoraat in van de eigen organisatie als blijkt dat pastoraat & behandeling door elkaar gaan lopen bij de hulpvraag van de cliënt en de expertise & inzicht ontbreekt bij de kb.

De Hoop dient zich in de samenwerking met de kerken meer te richten op de driehoek ggz-cliënt, ggz-behandelaar en kb. Dit betekent dat De Hoop ook nadrukkelijk expertise beschikbaar stelt voor de kb als dat nodig mocht zijn. Ze stimuleert de behandelaar om de verbinding te maken met de kb in samenspraak met de ggz-cliënt. Tevens schept ze als organisatie meer beleidsmatige duidelijkheid over het actief betrekken van de kb in het behandeltraject.