
MEDIAAN

Over mensen, zoals jij en ik

Over de anderen

De burenangst van botte Henkie
Karel Eykman

Burenangst

Die van hiernaast
die moet ik niet
die zijn niet zoals ik
die zijn van hiernaast en ik ben hier
dus kun je nagaan.
die van hiernaast
zitten in de weg
ik heb zo geen ruimte achter mijn ellebogen
dus die van hiernaast die moeten uit de weg.

Die van hiertegenover
die hoef ik niet
die zijn niet zoals ik
die zijn van de overkant, ik ben van de eigen kant
dus kun je nagaan.
Die van hiertegenover
zitten in mijn uitzicht
ik heb geen uitzicht want zij zijn geen gezicht
die van de overkant die moeten uit mijn ogen.

Die van hierachter
die mag ik niet
die zijn niet zoals ik
die zijn van hierachter en ik ben voor
dus kun je nagaan.
die van hierachter
zitten natuurlijk achterbaks te gluren
die van hierachter moeten achter mij vandaan.

Niemand naast me, voor of achter
vrijheid is met niemand iets te maken
ja toch?
Niet dan?

Inleiding

In de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg wordt veel gesproken over rehabilitatie.

Ik wil graag iets vertellen over mijn gedachten over rehabilitatie, met name over het uitgangspunt en de hieruit voortvloeiende houding van de verpleegkundige.

Allereerst zal ik iets weergeven van mijn persoonlijke ervaring hiermee en waarom ik het zo belangrijk vind om dieper in te gaan op die grondgedachte. Vervolgens wil ik het begrip rehabilitatie uiteenzetten, toegespitst op het morele aspect.

Wat daar op volgt is de praktische uitvoering. Hoe geef je vorm aan deze kant van rehabilitatie. Ik wil hierbij ook verder ingaan op de grondhouding van de verpleegkundige.

Daar op aansluitend wil ik kort stilstaan bij het belang van deze basishouding in het huidige transmuraliserings-proces. Dit wordt een verhaal over rehabilitatie, maar het is ook een pleidooi om uitstoting van mensen die 'anders' zijn te voorkomen. Een verhaal over mensen, zoals jij en ik.

Over rehabilitatie

Mijn ervaring met rehabilitatie en mijn gedachten hierover, specifiek gericht op de grondhouding, staan in dit onderdeel centraal. De grondhouding is mijns inziens van doorslaggevende betekenis voor het wel of niet slagen van het rehabilitatieproces.

Ik heb ruim drie jaar gewerkt met bejaarde psychiatrische patiënten, die vanuit een psychiatrisch ziekenhuis overgeplaatst waren naar een regulier verzorgingshuis. Voor de meeste van hen ging hier een lange opnameperiode aan vooraf, van soms wel veertig jaar.

De werkwijze op zich werd niet benoemd als rehabilitatie, maar uit een onderzoek van het Trimbos Instituut bleek dat dit het was waar we als team

dagelijks mee bezig waren.

Ik wil een kort gedeelte weergeven uit het onderzoeksrapport (J. Pols en M. Depla, 1998).

De normaliserende benadering kan men zien als een op ouderen gerichte variant over rehabilitatiebenaderingen. Het streven is ontwikkelen van mogelijkheden en het aanreiken van middelen daarvoor. Men erkent dat bewoners handicaps hebben, maar streeft ernaar dat zij desondanks zo goed mogelijk kunnen leven. De normaliserende benadering ondersteunt bewoners bij het' zo gewoon mogelijk' wonen. Interventies bij symptomen of stoornissen laat men zo mogelijk over aan behandelaars. Coördinatie vindt plaats via verpleegplannen. Interventies bij problemen sluiten indien mogelijk aan bij 'alledaagse omgang', bijvoorbeeld door onderhandelen en overleggen. Opbouwen van een persoonlijke respectvolle en zoveel mogelijk symmetrische relatie tussen bewoner en begeleider is misschien wel de belangrijkste interventie in een normaliserende benadering.

Deze manier van werken en omgaan met mensen sprak mij erg aan. Toch zat er een beperking in. Het leek alsof deze vorm van rehabilitatie alleen weggelegd was voor een selecte groep. Nu ik weer intramuraal werk, waar veel over rehabilitatie gesproken wordt, loop ik daar opnieuw tegenaan.

Ik heb gezien, dat wanneer rehabilitatie een doel op zich wordt, de kans bestaat dat mensen wederom buitengesloten raken, omdat ze niet aan de eisen van de doelstelling kunnen voldoen. En dit buitengesloten raken, dat is toch juist wat rehabilitatie tegen wil gaan?

Nogmaals, ik denk dat de grondhouding

van doorslaggevende betekenis is voor het wel of niet slagen van het rehabilitatieproces. Modellen en methodieken kunnen zinvol zijn, maar soms ben ik bang dat het te veel een standaardbenadering gaat worden, als je die grondgedachte uit het oog verliest. Het gevaar bestaat dat er dan opnieuw mensen buiten de boot vallen, mensen die om wat voor reden dan ook, niet passen in die standaardbenadering. Rehabilitatie kan een uitgangspunt zijn in de benadering van iedere cliënt. Of het nu gaat om die cliënt die in de ambulante zorg voor de eerste keer in aanraking komt met psychiatrische hulpverlening, of om die langdurig opgenomen chronisch psychiatrische patiënt, die bij wijze van spreken, voor het oog niet veel verder komt dan stil weggedoken zitten in zijn eigen hoekje. Over hoe dit in de dagelijkse praktijk vorm kan krijgen, wil ik hier nader beschrijven.

Het begrip

Ik wil beginnen met het weergeven van een kort gedeelte uit het boek: “De ontmaskering”, van Detlef Petry en Marius Nuy (1997).

In het moderne rehabilitatiebegrip in de psychiatrie zijn twee aspecten te onderscheiden; een moreel en een praktisch aspect. Het morele aspect wijst op het blijven bestrijden van het stigma, van de krankzinnigheid, de uitstoting. Het is nog altijd zo dat op grote schaal psychiatrische patiënten niet worden geaccepteerd in de samenleving. Het is de morele akt, in de zin van genoegdoening tegenover iemand die voortdurend werd verloochend.

Het praktische aspect betreft het proberen te herstellen van iemands handelingscompetentie, zodat hij zo goed mogelijk weer zijn eigen weg

kan gaan.

Naar onze mening dient het morele aspect altijd te overheersen, ook in de harten van hulpverleners, omdat ze niet alleen praktisch ingesteld dienen te zijn, maar vooreerst iemand “gewoon” moeten kunnen helpen in het leiden van zijn dagelijks leven.

Dit geeft naar mijn mening kort weer waar echte rehabilitatie begint; in het hart van de hulpverlener. Dan wordt het mogelijk om het stigma te bestrijden en de verloochening teniet te doen, of op zijn minst te verzachten.

Rehabilitatie zou kort omschreven kunnen worden als het leren leven met beperkingen en het ontdekken van mogelijkheden. Letterlijk betekent het eerherstel. Om daadwerkelijk tot eerherstel van de psychiatrische patiënt te komen is de grondhouding van alle betrokkenen bij deze cliënt van doorslaggevende betekenis. Het omgaan met elkaar, van mens tot mens, die ander als je gelijke zien. Naast elkaar staan en er van doordrongen zijn, dat de patiënt veel meer is dan zijn ziekte alleen. De patiënt mag vooral weer mens worden. Echt, zoals hij is, met een eigen gezicht. Niet allereerst herkenbaar aan zijn ziekte, maar boven alles herkenbaar als mens, wie hij in diepste wezen is. Herkenbaar aan zijn eigenheid, met zijn beperkingen, maar vooral ook met zijn mogelijkheden, net zoals ieder ander mens.

De uitvoering

Omgaan met beperkingen en ontdekken van mogelijkheden vraagt tijd, geduld en een persoonlijke relatie. Deze persoonlijke relatie stelt de cliënt in staat om verder te groeien en zichzelf te leren herkennen in deze relatie.

Om hier in de praktijk vorm aan te geven kun je beginnen om een aantal vragen te stellen, zowel naar jezelf toe, als in

de omgang met de cliënt.

- Wat voelt de cliënt
- Wat zijn de behoeftes
- Wat wil de cliënt
- Wat kan hij
- Waardoor wordt de persoon belemmerd, of voelt hij zich belemmerd.
- Is er een mogelijkheid en een wens om hierin verandering aan te brengen
- Waar ligt de belangstelling en waar beleeft iemand plezier aan
- Wat heeft de persoon vroeger gedaan, wat voor werk en bezigheden
- Wat waren de ingrijpende gebeurtenissen in iemands leven
- Heeft het verleden een plaats gekregen
- Kan iemand zijn zelfwaarde hervinden
- Hoe is de zelfverzorging
- Hoe zijn de sociale contacten
- Hoe is het met de maatschappelijke redzaamheid
- Is het gewenst om ergens verandering in aan te brengen en is daartoe een mogelijkheid.

Bovenstaande vragen lijken gewoon, bijna vanzelfsprekend. Mijn ervaring is, door hiermee aan de slag te gaan, dat er een veranderingsproces op gang kan komen in de omgang met de cliënt. De doelstelling van een instelling of afdeling is dan niet langer het uitgangspunt, maar de cliënt zelf. Deze individuele benadering kan de basis worden van een persoonlijke relatie op gelijkwaardig niveau. Een samenwerkingsrelatie, waarin ruimte is voor autonomie en zeggenschap van de cliënt.

Ter verdieping wil ik een fragment aanhalen uit een verslag van een symposium: 'Ethiek in de frontlinie' (A. Sins, 1999).

Gelijkwaardigheid en waarden zijn leidende principes bij zorgethiek.

Gelijkwaardigheid geeft een negatieve lotsverbondenheid aan, want wat de cliënt overkomt, kan ons allemaal overkomen, waardoor verschillen in autonomie en onafhankelijkheid betrekkelijk worden. Omdat waarden niet voor iedereen in dezelfde mate belangrijk zijn en betekenisverschil hebben, vraagt uitgaan van waarden om open communicatie en overeenstemming ter legitimatie van het handelen.

Dit fragment geeft in het kort weer wat ik belangrijk vind in de omgang met de cliënt. Die in mijn ogen onontbeerlijke basishouding, om tot daadwerkelijke rehabilitatie te komen. Het omgaan met elkaar, van mens tot mens, die ander als je gelijke zien. Mijn ervaring is, dat deze houding het mogelijk maakt om tot echt contact te komen. Hierdoor kan er een samenwerkingsrelatie ontstaan, waarin samen gekeken kan worden naar wensen, mogelijkheden en beperkingen. Als deze persoonlijke relatie naar wens verloopt, dan krijgt de cliënt ook de kans om het verhaal van zijn leven te vertellen en kunnen innerlijke conflicten, blokkades en rouw soms alsnog hun verwerking krijgen. Deze vertrouwensband maakt het mogelijk dat mensen meer en meer tevoorschijn kunnen komen zoals ze werkelijk zijn, ieder met zijn eigen gezicht.

Intramuraal of extramuraal

Bovengenoemd proces kan naar mijn mening zowel intramuraal als extramuraal plaatsvinden. Zelf hecht ik er veel waarde aan dat mensen zo lang mogelijk op eigen benen kunnen staan, in de eigen gekozen woon- en leefomgeving. Dit heeft naar mijn mening veel voordelen. De cliënt behoudt zoveel mogelijk zijn autonomie, zijn eigen

zeggenschap en zelfstandigheid. Hij houdt zijn eigen verantwoordelijkheid of krijgt deze terug. De cliënt kan leren om ter plekke om te gaan met bestaande problematiek binnen het eigen systeem. Thuis psychiatrische hulp bieden kan vereenzaming, stigmatisering en uitstoting voorkomen, op zijn minst een bijdrage er aan leveren om dit te verminderen of te beperken. Ik wil hierbij niet voorbij gaan aan die mensen voor wie dit niet meer is weggelegd, die blijvend zijn aangewezen op de zorg en bescherming van het instituut. Juist daar is die grondhouding uiterst belangrijk, omdat het gevaar van verlies aan zeggenschap en autonomie daar eerder op de loer ligt. Dit vraagt naar mijn mening nog meer bezinning op de eigen houding van de verpleegkundige. Gezien de voortschrijdende transmuralisering heeft de chronisch psychiatrische patiënt die langdurig opgenomen is geweest mijn speciale zorg. Het gevaar van tussen wal en schip te vallen vind ik niet denkbeeldig. Een zorgvuldige afweging van wanneer zorg te bieden en wanneer zorg te onthouden lijkt mij hier van groot belang. Ter overdenking van het bovenstaande wil ik enkele fragmenten aanhalen uit het al eerder door mij genoemde symposiumverslag: 'Ethiek in de frontlinie' (A. Sins, 1999)

Door zelfzorg en zelfstandig wonen als uitgangspunt te nemen ontkennen verpleegkundigen het belang van aandacht voor de cliënt. Voor chronische patiënten bijvoorbeeld is de verpleegkundige vaak de enige schakel in het sociale leven.

Goede zorg en respect voor de cliënt als mens dragen bij aan zijn identiteit, als zelfsturing niet lukt.

Respect betekent letterlijk omkijken naar, wat aangeeft dat iemand om nauwkeurige aandacht vraagt.

Goede zorg, duidelijk afgestemd op de behoefte van de cliënt, zonder hem maar wat aan te laten 'modderen', gegeven op basis van respect en gelijkwaardigheid. In balans met zijn mogelijkheden en onmogelijkheden. Zo hoop ik in de toekomst mijn werk te kunnen doen, hetzij intramuraal, hetzij extramuraal.

Tot slot

Rehabilitatie is in de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg een veel gebruikt begrip. Een 'vlag', die vele ladingen moet dekken. Ik heb er voor gekozen om niet de verschillende modellen in kaart te brengen, maar om de grondhouding te beschrijven, die noodzakelijk is om tot daadwerkelijke rehabilitatie te komen. Die basishouding die bijdraagt aan het eerherstel van de psychiatrische patiënt en het voorkomen van uitstoting, stigmatisering en vereenzaming. Ik hoop dat mijn schrijven aanzet tot nadenken. Want wie bepaalt wanneer gedrag afwijkend is. En waarom mensen buitensluiten die 'anders' zijn? Wat ik duidelijk heb willen maken, is dat de patiënt of cliënt boven alles en in de eerste plaats mens is, zoals jij en ik. Wat die ander overkomt kan ons allemaal overkomen. Ik heb de nadruk gelegd op omgaan met elkaar op basis van gelijkwaardigheid. Telkens terugkerende elementen zijn het in stand houden en bevorderen van autonomie en zeggenschap, alsmede het aspect van samenwerking. Het rehabilitatiebegrip is naar mijn mening goed bruikbaar als uitgangspunt, niet als doelstelling op zich. De cliënt moet het uitgangspunt zijn, niet de doelstelling. Goede zorg, afgestemd op

de behoefte van de cliënt, gegeven op basis van respect en gelijkwaardigheid, in balans met zijn mogelijkheden en onmogelijkheden. Dit vind ik een goed uitgangspunt, zowel binnen als buiten de muren van het ziekenhuis.

De rode draad door het verhaal is de persoonlijke relatie. Die persoonlijke relatie op gelijkwaardig niveau. Die relatie die het mogelijk maakt om een

vertrouwensband aan te gaan, waardoor mensen meer en meer tevoorschijn kunnen en mogen komen, zoals ze werkelijk zijn, ieder met zijn eigen gezicht. Mensen, zoals jij en ik.

Grietje Holthuis SPV i.o.
Essay in het kader van het vak Sociaal Psychiatrische Strategieën
MGZ-GGZ HS van Amsterdam.

Literatuur

- Petry, D. en Marius Nuy (1997) *De ontmaskering: de terugkeer van het eigen gelaat van mensen met chronisch psychische beperkingen*, Utrecht: SWP.
- Pols, J., M. Depla, J. de Lange (1998). *Gewoon oud en chronisch*, Utrecht: Trimbos-instituut.
- Sins, A. (1999) *Bijeenkomst: Ethiek in de frontlinie*. In: *MGV 99-12*. Utrecht: Trimbos- instituut.