
43 JAAR VERPLEEGKUNDIGE ZIJN

Geertje Jonker, auteur is SPV en was voor haar pensionering werkzaam bij Mentrum.

Inleiding

Terugkijkend op mijn loopbaan als verpleegkundige, kwamen er veel herinneringen boven. Herinneringen die meer te maken hebben met mijn beleving dan met de feiten. De feiten, mijn curriculum vitae, zijn bekend bij personeelszaken. Maar ik meen, en daarin verschil ik niet zoveel van de patiënten, dat mijn beleving de werkelijkheid beter weergeeft. Patiënten verwijten ons vaak dat we er niets van begrijpen met onze diagnoses en onze pillen. Ach die diagnoses en die medicijnen kloppen wel, maar als het bij deze feiten blijft dan hebben we er niets van begrepen.

De opleiding.

In April 1960, ging ik weg van huis met in mijn koffertje de benodigdheden die het Diaconessenhuis in Haarlem had voorgeschreven. Je uitzet moest bestaan uit een aantal hemden en broeken en nog het één en ander. Plus een bijbeltje, 't leek wel of ik het klooster in ging. Juffrouw Hilleris Lammers, een deftig frêle dametje, ving ons op. Er was wat mee. Ze was van adel, of de verloofde geweest van Slauerhoff, ik weet het niet meer precies. Maar nu zou ik denken: anorexia nervosa. Juffrouw Hilleris Lammers legde ons de regels uit waar we ons aan dienden te houden als intern wonend leerling-verpleegster, onder andere die van de etiquette. Niet eerder de eetzaal ingaan en plaatsnemen of alle diaconessen c.q. hoofdzusters moesten binnen en gezeten zijn. En natuurlijk eten met mes en vork. Dat laatste was ik thuis niet gewend, ik at altijd alleen met een vork. Wel netjes hoor, ik zat niet te knoeien! Maar met mes en vork eten ging me niet goed af. Zeker niet die eerste dag, gezeten tegenover die deftige juffrouw

Hilleris Lammers. Witte bonen in tomatensaus en dat spierwitte tafellaken. Een ramp, wilde ik eigenlijk nog wel verpleegster worden? Ja, dat wilde ik.

We kregen les van de internist, de chirurg, een verpleegster en een juffrouw die dieetleer gaf. Als de chirurg of de internist binnenkwam moesten we gaan staan, en na een knikje van achter het katheder mochten we gaan zitten. Als de verpleegster of die juffrouw dieetleer binnenkwam, dan hoefde dat niet, dat waren vrouwen.

In de praktijk werden de verpleegtechnische handelingen die je leerde, na goedkeuring door de hoofdzuster afgetekend in het praktijkboekje.

In dat ziekenhuis ging nooit iemand dood. Je stierf er ook niet, nee, je bezweek, je succombeerde. Ik zei eens tegen de keukenzuster: "Je hoeft die man geen bessensap meer te brengen hoor. Meneer is succomberende." Haar antwoord was: "Nou dat hindert toch niet, dan zet ik het gewoon op z'n nachtkastje, en als hij uit gesuccombeerd is, dan kan hij het opdrinken."

Het was altijd een wedloop met de klok. Altijd personeel tekort. Dat is al drieënveertig jaar lang zo. Had je de ene patiënt net ingezeept, ging de bel, moest er op de andere zaal weer iemand op de po. Dan moest je kiezen. Of je liet die ene patiënt half ingezeept liggen, of je liet die andere patiënt wachten, maar dan had je de kans dat je op die andere zaal een bed moest verschonen. Volgens mij deden ze het in het diaconessenhuis in Amsterdam veel beter.

Daar hadden ze een aparte

medicijnzuster en om de beurt had je po-dienst. Niet de allergezelligste dienst, maar dan was je ook weer een poosje van die po's af. Kon je tenminste gewoon doorgaan met wassen en bedden opmaken.

Later toen ik al die interessante handelingen, infuus omwisselen, hechtingen verwijderen, niet zo interessant meer vond kwamen er andere vragen. Waarom wilde een patiënt soms persé door een bepaalde verpleegkundige geholpen worden. Waarom werden er vragen gesteld als: "Wie haalt de hechtingen eruit?" "Ben jij er, als morgen de drain verwijderd wordt?"

Ik deed de enige vervolgopleiding die er bestond, de gebroken kader- en docentenopleiding. Gebroken omdat je na een jaar mocht kiezen, de staf- of docentenopleiding. En ik meen dat je ook wijkzuster kon worden. Tijdens die opleiding leerde ik dat verplegen toch iets meer was dan al die handelingen, die in m'n praktijkboekje stonden. Al zorgde je nog zo goed voor de juiste stand van het gebroken been, al voorkwam je decubitus en spitsvoeten, de genezing zou toch voorspoediger verlopen als er aandacht was voor de beleving van de patiënt. Hoe ging de patiënt om met angst, pijn, onzekerheid. Om daar achter te komen moest je de patiënt toch beter leren kennen. Je relatie met de patiënt was belangrijk. Daarom was het idee van een aparte po-zuster en een aparte medicijnzuster helemaal niet zo'n goed idee. Iedere verpleegster zou dan maar een deel van de patiënt meemaken en niemand zou de patiënt als geheel kennen. Mijn belangstelling voor de relatie met de patiënt was gewekt. Ik hield het verpleegtechnisch handelen voor gezien en koos voor de psychiatrie.

De B-opleiding, Paviljoen III, Wilhelmina Gasthuis (1973).

De eerste dag, geen witte bonen in tomatensaus, maar mee-eten met de

patiënten en na afloop messen tellen. Was het aantal niet compleet, mocht je niet eerder naar huis of het vermiste mes moest terecht zijn. Je moest er natuurlijk ook niet aan denken dat er een patiënt suïcide zou plegen met een mes wat jij had moeten vinden. Overigens moest je van goede huize komen wilde je met zo'n mes suïcide plegen, want ze waren zo bot als 't maar kon. Er was nog een regel, dat was de aparte baddienst. Op een bepaalde dag in de week had iemand van de verpleging baddienst en je haalde de patiënten één voor één op, bracht ze naar de badkamer, die je vervolgens niet mocht verlaten, want de patiënt zou zichzelf kunnen verdrinken. Verder was er ook een aparte medicijndienst. Had ik net geleerd dat je de werkzaamheden niet moest opsplitsen en nou dit. Van de patiënt begreep ik helemaal niets. Ik kwam op een dameszaal te werken met twaalf patiënten. Die vrouwen zeiden geen woord, (tenminste zo herinner ik het me) als ze niet naar therapie waren of naar de arts voor een gesprek, dan zaten ze op de afdeling te breien of te haken. De verpleging breide of haakte dapper mee. Ik heb er een hesje gehaakt, maar 't was me helaas veel te klein. Daarna heb ik ook nooit meer gehaakt.

Die stille dames, er was niet veel aan. Op de gesloten afdeling, daar was het veel leuker. Daar was tenminste leven in de brouwerij. Maar waarom dat ene meisje mij altijd "oma" noemde, daar begreep ik niets van. Ik mocht haar wel, ze was altijd vrolijk. Ze liep steeds halfnaakt de tuin in en dan moest ik haar weer terug halen en zorgen dat ze zich weer behoorlijk aankleedde. Ik informeerde ondertussen maar eens naar haar oma. Van oma hing thuis een foto boven haar bed. Ik snapte er nog niets van, maar was blij dat op een gegeven moment die aan- en uitkleedpartijen achter de rug waren en we nu de tuin ingingen om er badminton te spelen. Nog later mocht ze naar de

open afdeling en via de glazen tussendeur zwaaiden we nog wel eens naar elkaar.

Nieuwsgierig werd je wel van al dat onbegrijpelijke gedrag. Hoe moest je daar op reageren? Gelukkig was er af en toe een werkbespreking. Patiëntenbesprekingen bestonden nog niet. In ieder geval niet voor de verpleegkundigen. Ik verwachtte dat ik op die werkbespreking iets te horen zou krijgen waar ik in 't omgaan met de patiënt wat aan zou hebben. Dat was toch mijn werk, dacht ik. De hoofdzuster zat voor en die middag ging het over, "melkkannen en onderbroeken." Of we de melkkannen toch maar wat beter schoon wilden maken, want de melk werd zo snel zuur. En als ze met de psychiater de ronde deed was het toch ook heel vervelend als de patiënten zo'n vuile onderbroek aan hadden. Nou, daar schoot ik lekker mee op! Wat deden die psychiaters eigenlijk? Er was maar één manier om daar achter te komen en dat was in de nachtdienst stiekem de status lezen. Ik weet niet meer of ik daar nou wijzer van werd. Wat wel indruk op mij maakte, dat waren de foto's die je in zo'n status aantrof. Een gewone, keurig verzorgde, opgewekt kijkende vrouw, terwijl ik zo'n slordige, trage, dom-ogende vrouw voor mij had.

De verpleegkundees: nooit ingaan op wanen en hallucinaties, wél afleiden. Verder moest je structureren, activeren en motiveren. Ook leerde ik heel precies hoe een slaapkuur gegeven moest worden, al werd het nooit meer gedaan. Bij de psychiater leerden we iets over overdracht en tegenoverdracht en dan nog het verschil in positieve en negatieve overdracht. Behoorlijk ingewikkeld. Ik vroeg me af wanneer dat nou gebeurde en of ik het dan wel zou herkennen. Ik las ergens: "De tegenoverdracht biedt als het ware een kijkje in het innerlijk van de ander." In de praktijk hoorde ik er niemand over. Schizofrenie bestond niet en

borderliners kwamen zelden voor. Borderline betekende niet veel meer dan iets tussen psychose en neurose. Er waren daarentegen wel hysterische patiënten, die moest je, als ze vielen of zo, gewoon negeren.

In de jaren zeventig veranderde er het één en ander. Een poging om tot een gelijkwaardiger relatie met de patiënt te komen, was: geen kapje meer op en geen uniform meer aan. Dat was wennen. Het was wel veilig dat uniform en bovendien praktisch. Want om nou met je eigen kleren op de stoel te gaan zitten van een incontinentie patiënt vond ik ook niet alles. De directrice had er ook moeite mee. Dat begon al toen we als eerste het kapje afzetten. Hoe zouden we, zonder kapje, te herkennen zijn ten opzichte van andere hulpverleners? Daardoor wist ik zeker dat ik dat kapje niet meer op en dat uniform niet meer aanwilde. Ik hoopte door mijn manier van werken herkend te worden en niet door een kapje of uniform. Ook de titel "zuster" ging op de schop. Had ik al "zuster Jonker" en "zuster Geertje" geheten, afhankelijk van waar ik werkte, nu mocht dat "zuster" ook achterwege blijven. "Ik weet niet hoe ik U moet noemen" zei een patiënt van een jaar of achttien. "Ach", zei ik, "zeg maar wat je zelf het prettigst vindt". Hij zei: "Geertje vind ik te amicaal en zuster te afstandelijk, ik zou 't liefst tante willen zeggen". Waar kwam dat toch vandaan, "oma", "tante"..... En wat moest ik er mee?

Er was weer een praktijkboekje met handtekeningen van de hoofdzuster, en na twee jaar volgde het examen. Ik moest een verslag schrijven. Ik weet niet meer precies wat de eisen waren, maar in ieder geval had ik er helemaal geen zin in. Ik wilde iets schrijven over de zin en de onzin van de opleiding. Wat moest ik nou met structureren, activeren, motiveren en.....temperaturen, de eerste vijf dagen van de opname. Ik schreef mijn

eigen verslag, mijn eigen verhaal. Riskant. De hoofdzuster, tevens hoofd van de opleiding, vroeg zich dan ook af of het diploma me wel toekwam. Gelukkig dacht de gecommiteerde daar anders over. Hij wilde wel een exemplaar hebben, voor verder gebruik. Dank zij hem kreeg ik dan ook het diploma.

Vernieuwing van de opleiding (1975).

De opleiding mocht niet meer in handen zijn van de hoofdzuster en psychiater van de afdeling. Er moesten docenten komen en er werden andere eisen aan de opleiding gesteld. Ik had het idee dat ik daar wel m'n steentje aan kon bijdragen. Maar, moest ik dan de patiëntenzorg los laten? Er moesten, en dat was nieuw, praktijkdocenten komen. Dat leek me de oplossing. Werken bij de opleiding en toch in contact blijven met de afdeling. Hiervoor was wel een opleiding vereist, dus daar ging ik weer met een tas vol boeken.

Onderwijskunde: hoe motiveer je de leerling en wat is het verschil tussen interne en externe motivatie?

Organisatiekunde: de werkgever zorgt voor de randvoorwaarden, zodat de hulpverlener.....

Verpleegkunde: het vak moet geprofessionaliseerd worden. Er moeten methodieken ontwikkeld worden. Er moet gewerkt gaan worden met een verpleegkundige anamnese, verpleegkundige diagnose en een verpleegplan. Eindeloze discussie's over, wat verpleegkunde nou eigenlijk was; kunst of kunde? En hoe leerde je de leerling "wat" en "hoe" de relatie met de patiënt moest zijn en waarin verschilde deze relatie met de relatie patiënt-arts. Over de relatie leerling-praktijkdocente, leerde ik het één en ander van de psycholoog die mij superviseerde op de Anna Reynvaanschool, mijn werkplek. De Aemstelhorn, waar ik m'n docentenopleiding deed was daar niet helemaal tevreden over, want leerde ik van een psycholoog wel de juiste

verpleegkundige attitude? Ik was wel blij met die man. Hij legde er de nadruk op dat begeleiden van leerlingen en begeleiden van patiënten twee scheuten waren van dezelfde stam. Het waren allemaal gewoon mensen, mensen met dezelfde behoeftes, van Maslow bijvoorbeeld!

Toen het Wilhelmina Gasthuis en als eerste Paviljoen III naar de Bijlmer verhuisde, toen mij verplicht werd ook les te gaan geven, toen de Anna Reynvaanschool wel een duiventil leek van komende en gaande docenten, toen zo'n beetje iedereen ruzie had met iedereen en de superviserende psycholoog verdween, toen zag ik het even niet meer zitten. Terug naar de patiëntenzorg.

Valeriuskliniek (1980).

Willem werd dagelijks bezocht door z'n oude moeder. Zij was alles voor hem en hij voor haar. Maar op een gegeven moment kreeg moeder een hersenbloeding en werd zij comateus opgenomen in 't ziekenhuis. Willem mocht met begeleiding op bezoek. "Hoe was het met je moeder?" "Goed, se sliep as un roos. Se snurkte as un paord.....Maor we konne haor toch niet wakker krije", voegde hij er bezorgd aan toe. Na een paar dagen overleed moeder. Weken later toen ik buiten met hem wandelde, vroeg ik: "Waar gaan we naar toe?" "Naor me moeder" "Ja maar....." probeerde ik. Hij liep stevig door en bij 't concertgebouw vond ik het welletjes, dus vond ik dat we weer terug moesten. "Nee", zei hij, "Ik loop net zo lang door tot ik bij de Prinsengracht ben en dan spring ik er in." Gelukkig stond er een taxi en de chauffeur die mij al even had zien duwen en trekken aan Willem, ('k had geen mobieltje bij me, die bestonden nog niet) deed het portier open. "Ik heb geen geld bij me" zei ik. "Hindert niet." Vijf minuten later waren we weer terug in de Valeriuskliniek. Willem naar de gesloten afdeling.

Op de open afdeling was je geen verpleegkundige maar "sociotherapeut." Daar zouden de patiënten van elkaar kunnen leren. De opgenomen professor moest met de melkboer uit de Jordaan bespreken, wie er de afwas moest doen, dat zou een positieve bijdrage leveren aan hun psychische gezondheid. Ik kon het me niet voorstellen, ze keken er zo ongelukkig bij. Ik was toch maar liever verpleegkundige in plaats van sociotherapeut.

Deeltijdbehandeling en systeemtherapie zorgden weer voor verandering. Systeemtherapeutisch gewerkt werd er eerst alleen op de gesloten afdeling. Als daar zo'n jonge knul 's avonds z'n tanden niet wilde poetsen, dan moest je z'n moeder opbellen om te vragen wat je moest doen. Wat was dit nou weer? Ik wilde er meer van weten, dus deed ik een cursus waar ik van alles hoorde over "kluwengezinnen" en "los-zand-gezinnen." En ondertussen denk je dan, "Hoe was dat eigenlijk in ons gezin?" Systeemintake gesprekken, achter het screen dat vond ik interessant. De stukjes van de puzzel vielen ineens op hun plek. Als verpleegkundige werd je nu ook persoonlijk begeleider van de patiënt en dat gaf weer veel meer voldoening. Tja, en dan wist je net wat de problemen waren en hoe de patiënt daar zelf tegen aankeek, dan vertrok de patiënt. Psychose verbleekt, depressie opgeklaard en de patiënt verdween naar de nazorgpoli.

Ik bofte, ik mocht een paar patiënten blijven begeleiden op de nazorgpoli tijdens het zwangerschapsverlof van een collega.

"Welke mensen zijn er nou belangrijk voor je?" vroeg ik eens aan een patiënt. Ik gaf hem een papertje met een stip in 't midden en zei: "Als jij nou hier staat, waar staan dan die anderen?" Er werden meerdere stippen getekend, meer of minder bij 't midden. Toen keek hij mij aan, "Ik weet niet waar ik jou moet tekenen." Ik zei, zoiets van, "nou ja, kijk maar." Hij peinsde wat voor zich

uit en zei toen, "Jij zit in me, jij en de arts."

Hoe dicht kom je bij de patiënt. Kom je net zo dicht bij als een oma of een tante? Waar is de grens. Ik vond dit wel erg dichtbij en was blij dat ik er samen zat met de arts. De patiënt was er nog niet over uitgedacht. "Nee" zei hij, "het klopt niet" en we verdwenen naar de rand van 't papier. We hoorden niet écht bij zijn leven.

Dat zwangerschapsverlof van mijn collega was voorbij en ik ging de SPV-opleiding volgen. Buitenlanders, was inmiddels een gewild thema. Ik leerde over de "ik-cultuur" en de "wij-cultuur" en over rituelen. Netwerkbenadering was ook nieuw. En..... er bestonden weer schizofrenen. Moeders waren er niet meer schuldig aan en ook de paradoxale opdrachten waren niet meer relevant. Waar wel op gelet moest worden, was de expressed emotion. De diagnose borderline kwam ook steeds vaker voor, maar daar wist zelfs de docente geen raad mee.

Tijdens mijn stage bij de RIAGG vroeg ik mijn begeleider of ik eens bij een gesprek kon zijn van hem met één van zijn patiënten. Ik wilde de kunst graag afkijken. Dat kon niet, want hij werkte met overdracht. Hé, daar had je nou de "overdracht". Kennelijk iets geheimzinnigs. Zou ik ook ooit zo knap kunnen worden, dat ik zo interessant kon werken?

Via intermediair belandde ik bij de RIAGG in Beverwijk. Had ik dertig jaar door ziekenhuisgangen gelopen met continue mensen om mij heen, liep ik nu door zo'n stille gang met allemaal gesloten deuren. En achter één van die deuren, daar zat ik dan. Voorwacht, midden in de nacht met je autootje naar IJmuiden, naar een suïcidale vrouw. Kom ik daar aan, zegt die man, "Bent u er nú al, ik dacht dat u morgen zou komen?" Hier was toch iemand suïcidaal? Hij had z'n vrouw met touwtjes aan 't bed vastgebonden. 't Kon wel wachten.

De crisisdienst (jaren '90).

De crisisbeddenafdeling van het P.Z.A. in Amsterdam vroeg SPV-en. Misschien was dat het wel, weer gewoon de drukte van een afdeling om me heen en toch werken als SPV. Dat was het niet, het lot beschikte anders. Pal na mijn verhuizing ging ik daar aan het werk. Een week later werd ik geopereerd en ik moest verder met een nieuw lijf, een nieuw huis en een nieuwe baan. Niets was meer wat het was. Thuis kon ik niets meer vinden en op mijn werk evenmin. Ik wist ook niets meer. Wat was schizofrenie ook alweer en met welke tram moest ik waar naar toe? De teamleidster vond dat lastig. Ik ook, ik had er geen idee van dat na een langdurende narcose je geheugen niet meer zo goed werkte. "Als het zo door gaat kom je op de herplaatsingslijst." Ik hoorde,zwarte lijst, en ik zat weer thuis.

Om de haverklap kreeg ik een telefoontje van de teamleidster, of, en wanneer ik weer beter was. Ik vroeg haar of ze mij alstublieft met rust wilde laten, maar zij vond dat ik haar in haar werk dwarsboomde. Ze moest dit doen van de Arbodienst. Dat ze het niet deed uit belangstelling, dat had ik allang begrepen.

Toen ik weer terug kwam op het werk, moest ik met een meisje naar het Lucasziekenhuis voor onderzoek. Ze viel om de haverklap in slaap en niemand vertrouwde het. Er was geen familie om mee te gaan. In 't Lucasziekenhuis moest ze blijven. Bij het afscheid gaf ze me een zoen, ik gaf haar ook een zoen.

Grensoverschrijdend? De dokter had me de prognose verteld. Twee dagen later was ze dood. Bij háár kon de tumor niet verwijderd worden, bij mij wel.

Tussen die teamleidster en mij is het wel weer goed gekomen, mede dankzij de reorganisatie. In het gebouw waar de crisisbeddenafdeling gehuisvest was, bevond zich ook de meldkamer van de

GG & GD. Deze werd opgeheven en het acuut behandelteam van de RIAGG trok bij ons in, en zie de crisisdienst C.O.W.N. was geboren. Alle SPV-en van de crisisbeddenafdeling moesten daar gaan werken. Er werd nog wel een weekend georganiseerd waar we middels rollenspel op onze toekomstige taak werden voorbereid. Maar verder was er niets voorbereid. Er hingen bijvoorbeeld geen gordijnen. Het lijkt alsof dat niets met crisiswerk te maken heeft, maar als je in zo'n kale grote ruimte zit dan galmt het zo. En aan de telefoon, moest je dan ook honderd keer zeggen, "wat zegt u". Telefoonboekjes waren er niet en de belangrijkste telefoonnummers stonden op grote vellen papier, waar de wand mee bekleed was tot aan 't plafond. Ik had net m'n eerste dubbelfocusbril, dus kon die bovenste nummers nooit lezen. Ik had er een trap bij nodig. Iedereen liep met een rood hoofd rond, en af en toe verdween er iemand naar de w.c. om uit te huilen. Waar overigens geen closetpapier was.

De organisatie zorgt voor de randvoorwaarden.....

Maar.... ik heb er veel geleerd. Knappe interventies gezien. Ik leerde hoe je de familie bij de behandeling betreft en hoe om te gaan met zorgwekkende zorgmijders.

De "Langdurig Transmurale Zorg" (1998).

De hele maatschappij reorganiseert en fuseert, zo ook "Mentrum", zoals mijn werkgever inmiddels heet. De zorg voor de psychiatrische patiënt moest veranderen en daarvoor was een nieuwe afdeling nodig, de LTZ. SPV-en moesten kiezen, bij de crisisdienst blijven, of naar de LTZ gaan. Bij de LTZ zou je de patiënt niet meer hoeven overdragen, ook al zou de behandeling af en toe onderbroken worden door een crisis of opname. Dat laatste sprak mij het meest aan, dus ging ik met mijn caseload van de crisisdienst naar de LTZ. Het team was samengesteld uit

SPV-en en psychiaters van verschillende afdelingen. Maar er was geen psychiater te vinden, die voor mijn patiënten een recept wilde schrijven. "Ga maar naar je eigen psychiater." Wat bedoelden ze daar mee? Ik kon toch moeilijk op de fiets stappen om bij de achterwacht van de crisisdienst een recept te vragen? "Ga maar naar de psychiater van de RIAGG." "Ga maar naar de psychiater van het zorgcoördinatie project." Ga maar.....

De organisatie zorgt voor de randvoorwaarden, zodat de hulpverlener.....

Met deze nieuwe afdeling, zou het allemaal anders gaan. En beter natuurlijk, anders hoef je niet te veranderen. "En jullie maken het", zei één van de managers. Wat nou, wij maken het. Jullie beleidsmakers maken het en luisteren jullie eigenlijk wel naar ons?

Dat vragen patiënten zich ook altijd af. Waar je mee omgaat, word je mee besmet. Zij afhankelijk, wij ook afhankelijk. Naarmate je meer omgaat met mensen die laag op de maatschappelijke ladder staan, of aan de zelfkant van de maatschappij leven, word je minder gehoord. Misschien hebben zij en daardoor wij, wel een lastige boodschap.....

Wij willen transmuraal werken. Maar wat nou als de professional aan de ene kant van de muur daar wat anders onder verstaat dan aan de andere kant van de muur. Hebben wij net met moeite de patiënt door die zogenaamde transparante muur heen gewurmd, duwen zij hem met dezelfde gang weer terug.

Soms lijkt het alsof die muren juist dikker worden. Hoe komt dat toch? Achter al die muren zitten professionals. Ze hebben opleidingen gedaan, zich in de materie verdiept er energie in gestoken, ervaring opgedaan en willen aan de slag met hun expertise. De kliniek: zij hebben jaar en dag de

patiënt eerst zes weken geobserveerd en daarna het behandelplan opgesteld. Dat heeft altijd goed gewerkt, "zo doen wij dat". Ja maar ik vraag helemaal niet om observatie. Ik zie die patiënt al zes jaar, ik kan je er wel het één en ander over vertellen. Dat doe ik dan ook bij het opname gesprek en leg uit wat de bedoeling is. Zes weken later vertel ik het weer en kan de behandeling zoals het bedoeld was beginnen. Zonde van dat bed die eerste zes weken, ze zijn zo schaars.

Muren, culturen, verschillende referentiekaders. En als één deel van het systeem veranderd moeten alle andere delen mee en dat wordt wringen.

Hutschemaekers (2001) zegt: "Beroepsgroepen zijn vaak zozeer overtuigd van hun unieke positie en hun zeer grote toegevoegde waarde, dat alleen maar de suggestie van een overeenkomst al categorisch naar het rijk der fabelen wordt verwezen. Inplaats van overlap te erkennen en naar oplossingen te zoeken, lijkt hun reactie toch vooral op wat men een omgekeerd Calimero-effect zou kunnen noemen: "Zij zijn klein en ik is groot. En toch is het niet eerlijk want die anderen doen net alsof dat niet zo is." Wat overheerst is een defensieve houding waarin eisen naar voren worden gebracht die met de eigen deskundigheid verband houden en de deskundigheid van andere beroepsgroepen wordt gerelativeerd." Lees voor beroepsgroepen afdelingen en je ziet ons gehannes met die muren.

Hutschemaekers zegt ook dat we dat niet moeten oplossen met nog meer regels en protocollen. "De lerende organisatie steunt op de aanname dat alle medewerkers, ieder op zijn eigen niveau, kennis hebben die de organisatie als geheel ten goede kan komen. Door die kennis te mobiliseren en te systematiseren worden ingesloten gewoonten ter discussie gesteld, nieuwe werkvormen aangeleerd en

raken werknemers sterker betrokken bij de organisatie." En.....Mentrum is een "lerende organisatie", dus, het komt allemaal wel goed met die muren, alleen het duurt even.

Nog meer nieuwe ontwikkelingen.

"We werken hier volgens het G.A.S" (Goal Attainment Scaling). Wel eens van gehoord.. Lijsten met hokjes en cijfertjes. 't Is een bepaalde methodiek, een hulpmiddel. Als het hulpmiddel maar geen doel op zich wordt.. Het assessment was wel handig, zo'n scorelijst helpt te voorkomen dat je iets vergeet. Het was ingedeeld in vijf levensgebieden, maar daardoor leek het net alsof de patiënt ook uit vijf delen bestond. Bestaat een mens uit vijf levensgebieden? Is het geheel niet meer dan de som der delen? De patiënt opgedeeld in stukjes en opgedeeld tussen revalidatiewerker, thuiszorg, psychiater en zorgcoördinator. Het was precies dat struikelblok waar ik in het begin van mijn loopbaan tegenaan gelopen was. Zogplannen, assessment.....Ik kwam vaak dingen tegen, die leken er wel niet in te passen. 't Was net een te kleine jas.

Je "kunt" met iemand praten terwijl je z'n voeten wast. Gewoon door je knieën. Ja ik weet het wel, het is grensoverschrijdend. Hoort het nog wel tot mijn taak? Maak ik de patiënt niet afhankelijk? Maar het wil nog wel eens helpen als de patiënt op jouw bol neerkijkt in plaats dat jij, betweterige hulpverlener, hem staat te vertellen dat hij z'n voeten moet wassen. Ooit heb ik er een handtekening voor gekregen in m'n praktijkboekje: ik kan heel professioneel voeten wassen. Moet ik daar de thuiszorg voor inschakelen? Voordat je het geregeld hebt zijn die voeten gewassen. En misschien doet ze het de volgende keer zelf. Het is ook zo iets als een visje uitgooien om een kabeljauw te vangen. Waar is de grens? Waar houdt mijn werk op en begint dat van de ander.

Er moet gewerkt gaan worden met de zorgprogramma's voor verschillende doelgroepen.

Toen we hierover in gesprek gingen met de cliëntenraad, vroeg één zo'n meisje: "Kun je met dit programma, ook even gaan rusten?" Er ligt een centimeter dik pak papier voor haar." " Mag je midden op de dag even naar bed, als 't je op de afdeling te druk wordt." "Tja, dat hangt ervan af....." en ik denk, "oh jé, afdelingsregels, dagstructuur, dag-nachtritme, hoe moet dat nou?" Ze had, met in haar achterhoofd de herinnering aan een opname, haar wens niet in 't programma terug kunnen vinden.

De cliëntenraad vindt het ook niet goed dat we over patiënten spreken. Ze willen cliënt genoemd worden. Zij lijden daaronder, en ze lijden al zoveel. Ja maar, daarom noemen we jullie patiënt. Patiënt, betekent toch juist "hij die lijdt." Wat willen ze nou eigenlijk?

Vraaggestuurd werken, die gedachte ligt ten grondslag aan de invoering van zorgprogramma's, lees ik ergens. De vraag? Ze willen cliënt genoemd worden, en even mogen rusten. Vraaggestuurd werken. Maar doen we dat dan niet? We vragen toch altijd, "Wat wilt u, wat is u probleem? Maar vragen we ook; wie bent u? Wat is voor u belangrijk in het leven? Wat zijn u waarden en normen? Ze willen gewoon "ik", "zichzelf" zijn. Maar dat "ik" is zo broos. 't Hangt van allerlei stukken en brokken aan elkaar. En 't valt ook zomaar uit elkaar. Ze willen niet geïdentificeerd worden met hun ziektebeeld. Ze willen "never" die schizofreen zijn.

"k Heb zo'n goed weekend gehad. Ik heb hash gekregen en bier. Ze waren hartstikke lief voor me." "Ze" dat zijn een aantal mannen die illegaal in ons land verblijven, en bij haar onderdak vinden. "Ze" sturen haar er ook wel eens op uit om vals geld te wisselen. En "ze" vragen vast nog wel meer van

haar. Dit raakt aan mijn waarden en normen.
 Ze wil nog wel vaker zulke weekenden.
 Is dit haar vraag?
 De hele week zit ze op de bank te roken. De brandgaten zitten in haar jurk. De televisie staat aan. Maar wat ze ziet, is heel wat anders als het beeld van de televisie, ondanks het depôt. In 't weekend leeft ze op. In 't weekend wordt ze aangesproken. In 't weekend is ze iemand. Haar moeder, haar familie hebben het opgegeven. En de burens, ach wat moeten ze met die vreemde vrouw.

Dichters zeggen dat anders:

Mijn moeder is mijn naam vergeten.
 Mijn kind weet nog niet hoe ik heet.
 Hoe wil ik mij geborgen weten,
 Noem mij, noem mij, spreek mij aan,
 Noem mij, bij mijn diepste naam.

"Wie bent u." Hoe dichtbij moet je komen, mag je komen, om daar antwoord op te krijgen. "En wie bent u eigenlijk, mevrouw Jonker?"

Wouter van Ewijk schrijft, in een artikel over zorgprogramma's: "Laten we de patiënt nu maar aanwijzen als dirigent in de zorgketen en laten wij ons richten op het beter begrijpen van de patiënt." Daar kan ik mij helemaal in vinden. Zal ik bij hem gaan werk.....Oh nee, ik ben aan 't afscheid nemen.

Afscheid nemen.

Ik ben er al een half jaar mee bezig. Waarom kwam ze nou zo onregelmatig op de afspraken. Opbellen. Ja ik kom eraan, afspraak vergeten. Briefjes schrijven, huisbezoek. Ja, ik kom vanmiddag. Waarom steeds smoesjes. Weglopen uit de wachtkamer terwijl ze nauwelijks hoefde te wachten. Ze pest me, ik kan niet anders concluderen. Maar waarom? Heeft het misschien te maken met...En dan barst ze los. Verbaast zegt ze: "En ik wist niet, dat het daardoor kwam." Bij een kind ligt het gevoel voor de woorden, bij de volwassene erachter.

Een echtpaar.

Hij: "Se fint ut errug hor dat je weggaot."

Zij: "Jij bent net un moeder."

Hij: "Nou, nou hoor je het selluf. Kijk d'r eigen moeder hep nooit naor d'r geluisterd, en jij luistert al ses jaor naor d'r."

Zes jaar! Wat heb ik haar aan gedaan. Nou ja, ze heeft nu een man, die haar niet mishandelt. "Hij is net as mijn" had ze gezegd. Ook zwakbegaafd.

Hij: "t Is gewoon een rouwproces." "Ja, uh, jij leeft wel gewoon ferder, maar 't is toch een rouwproces. Ja, so sien ik ut hoor!"

"Hejje niet un fotootje foor d'r."

April 2003.

Literatuur

Hutschemaekers, G. (2001) Onder professionals: Hulpverleners en cliënten in de geestelijke gezondheidszorg. *MGV- 2001 -9*.

Verburg, H. G. Franks (2000) Programma's in de volwassenenzorg -

een update. *M.G.V. 2000 – 9*.

Verburg, H. G. Franks en K. Geelen (2002) GGZ programma's: krijgen cliënten wat ze willen? *M.G.V. 2002–3*.