
MEDIAAN

Cliëntenparticipatie

Anouska Cremers

In het kader van vijftientwintig jarig bestaan van de NVSPV werd er op 7 april 2004 door Hogeschool Zuyd MGZ-GGZ in Heerlen een studiemiddag georganiseerd rondom het thema Cliëntenparticipatie.

Op een mooie woensdagavond in april, zou de studiedag over cliëntenparticipatie plaatsvinden in het prachtig heuvelachtige zuiden. Maar het was druilerig en koud. Dit past overigens wel bij de geschiedenis van Heerlen als mijnstad. Als relatief jonge stad (1896) wordt er een dialect gesproken: Nederlands met vooral Duitse vervoegingen en stembuiging. De mijnbouw had tot gevolg dat er een gemêleerde bevolking groeide; Polen, Duitsers, Belgen kwamen hier naar toe voor werk. Na de mijnsluiting in de jaren zestig raakte een belangrijk deel van de bevolking werkeloos en dreigde er grote armoede. In pogingen om dat te voorkomen werd Heerlen in korte tijd gemoderniseerd. Overheidsdiensten werden naar Heerlen verplaatst en verschillende industrieën vonden er een standplaats. De infrastructuur werd aangepakt. Nieuwe en hoge gebouwen werden neergezet, waardoor Heerlen aan Rotterdam doet denken. Veel groen waarmee zij de naam Parkstad tot de hare maakte. Heerlen kent een bevolking die door de generaties heen onder de grond heeft gewerkt, grote armoede en werkloosheid kende en uiteindelijk als een Phoenix herrees uit haar eigen as. Een bevolking ook die niet met zich laat sullen. Een bevolking die 'die regelgeving uit Den Haag' van oudsher met veel scepticisme ontvangt. Je kunt er veel willen en veel doen maar je krijgt er de mensen niet van hun plaats als ze dat niet willen. Heerlen is dé stad waar cliëntenparticipatie tot bloei kan komen.

Op die druilerige koude dag in april koetste ik er in m'n Honda heen. In de wijk Nieuw Eyckholt, iets buiten het centrum rees een groot grijs gebouw met verschillende vleugels. Het ligt tussen de groene velden, is goed bereikbaar en van alle gemakken voorzien.

Het was een intensief programma dat bestond uit 2 plenaire bijeenkomsten en twee rondes van ieder 5 workshops. Traditioneel werd afgesloten met een paneldiscussie. Participatie werd hier duidelijk gedefinieerd als actieve participatie en dit maakte het dan ook tot een geslaagde dag. Om dit alles goed te laten verlopen waren opleidelingen ingezet om de weg te wijzen, discussies in gang te zetten en processen te bewaken. Om in het immense gebouw de weg niet kwijt te raken werd er gewerkt met een kleursysteem waarin de kleur van de workshops correspondeerde met de kleur van het lokaal waar deze plaatsvond. Op zekere kruispunten was altijd iemand aanwezig om, wat er nog over was aan mogelijke vragen, te beantwoorden. Hogeschool Zuyd liet duidelijk geen tijd onnodig verloren gaan. Alles was tot in de puntjes verzorgd en er ontstond al snel een gemoedelijke en intieme sfeer. Er waren bekenden uit het hele land. Niet alleen uit het zuiden, ook uit Noord Limburg, Zuid Holland en Gelderland waren mensen toegestroomd om zich op de hoogte te stellen van de ontwikkelingen op het gebied van Cliëntenparticipatie. Onder de aanwezigen bevonden zich naast SPV- en ook cliënten, managers, familieleden en wetenschappers. Een gemêleerd gezelschap.

Jeanne Derks opent de middag als voorzitter en spreekt in het welkomwoord haar verbazing uit over zo weinig protest vanuit de SPV-en sinds bekend werd dat de SPV-opleiding op de schop zou gaan. Want ook bij het thema van deze dag blijkt weer hoe autonoom en innovatief de SPV-en zijn op hun specifieke vakgebied.

Dorothe van Slooten vertelt over de stand van zaken in de regio. Zij is beleidsmedewerkster bij *Psycope*. *Psycope* stelt zorgprogramma's samen voor cliënten met gecombineerde maatschappelijke en psychiatrische problematiek. In het kort zet van Slooten het perspectief neer van waaruit naar cliëntenparticipatie gekeken kan worden: Cliëntenparticipatie dient niet zozeer gezien te worden als een verworvenheid als wel als een recht. Evenzo als dat het vanzelfsprekend is om op de opleiding mee te praten over de projecten waarin men participeert, behoort de klant van de GGZ te kunnen participeren in het zorgaanbod. Vanuit de hulpverlener is cliëntenparticipatie een vorm van "vraaggestuurd sturen". Van Slootens verhaal zet meteen de lijnen uit. In recent onderzoek van C. Mans wordt aangetoond dat de mate van succes in verband staat met de mate waarin er sprake was van participatie.

Het geschetste kader brengt meteen de eerste vragen en problemen in beeld: Wat versta je onder *cliëntenparticipatie*. Geldt de vraagstelling van de cliënt of van andere betrokkenen. Komt de vraag om participatie vanuit de cliënt of juist vanuit de omgeving. En dan nog. Betekent het antwoord op de vraag om zorg het einde van de vraaggerichtheid? R. Kopland stelde al eerder: *wie het antwoord al heeft gevonden heeft slecht gezocht*.

De presentatie wordt onderbroken door de luidruchtige binnenkomst van een nieuwe participant. Een mobieltje gaat af, er wordt gesleept met stoelen. Maar de spreker laat zich niet afleiden. De luisteraars luisteren geboeid door de gevatte humor waarmee een goed verhaal gelardeerd is. *Psycope* is een leuke club waar gedacht en gewerkt wordt. Waar je zo zou willen beginnen omdat ze vernieuwend en enthousiast bezig zijn.

Tijdens de eerste ronde bezocht ik de rode workshop, *hoe meetbaar is een vraaggerichte bejegening?* Want gemeten moet er worden wil je kunnen aantonen dat iets effect heeft. In hoeverre is iets meetbaar. De klachtenpresentatie van de cliënt is doorgaans anders dan de vaktaal die de hulpverlener gebruikt. En wat wordt er precies gemeten. De toename van zelfredzaamheid, de reductie van klachten, of bijvoorbeeld vermindering van een beroep op zorg? Dient de cliënt betrokken te worden in de opzet van het onderzoek zelf? Zowel oudgedienden als studenten laten zich horen. Vooral de haken en ogen van een dergelijk project worden duidelijk. Maar hieraan vooraf gaat de vraag wat is vraaggericht werken, en van wie gaat de vraag uit? De cliënt of de familie, de politiek of de politie. Als er sprake is van een cliëntensysteem, dan zijn er meerdere vragen en verschillende wensen. Dan is er nog de context waarin de hulpverlener in aanraking komt met de cliënt. Is het een acute situatie, is er al een lange weg afgelegd in de psychiatrie?. Bezoekt iemand voor de allereerste keer in GGZ-land? Waar blijft het *stepped-care* model in deze? Hoe beweeg je je in het spanningsveld tussen morele en praktische bezwaren? Wanneer bepaal je dat je vraagsturend kan zijn, en vooral hoe bepaal je dat? Allemaal vragen en opmerkingen die over en weer vlogen tussen de deelnemers. Vragen die nog lang blijven nazoemen.

Er volgde een pauze voor soep en broodjes. Ook dit was weer goed verzorgd. Het bood voor velen de kans om bij te praten met oude bekenden en kennis te maken met nieuwe geestverwanten. Het valt me steeds weer op hoe deskundig en professioneel de SPV blijkt onder zijn relativerende opstelling van 'doe maar gewoon, dan doe je al gek genoeg'. Geen onzin, geen stropdassen, geen opgeleukte verhalen maar de vaak schrijnende problematiek vattend in anekdotes

met de ironie en humor van alledag. Een doorgaans prettig mens met eigen stokpaardjes dat in ieder geval van wanten weet. In de avond volgde de tweede workshopronde. Ik was aanwezig bij *Wat doet de cliënt en wat doet de SPV met ervarings-deskundigheid?* Een experimenteel project werd gepresenteerd. In dit experiment participeert een cliënt als teamlid in de zorgplanbespreking van een cliënt. Nu, dit riep nogal wat schrik en huiver op. Al snel spitsten de opmerkingen zich toe op vragen rondom privacybescherming, "overzien cliënten wel voldoende de consequenties als zij toestemming geven dat een mede cliënt, al is deze van een andere afdeling, participeert in *zijn* zorgplan bespreking?" In dit project is over veel van deze vragen nagedacht. Veel vragen zijn overigens ook nog niet beantwoord. Op een gegeven moment is men gewoon begonnen. Is er sprake van een juiste vergelijking als men stelt dat een stagiaire evenmin beroepsgeheim heeft en aanwezig is bij een cliëntbespreking? Hoe zit het met wetgeving en in BIG vastgelegde kwaliteitsgarantie? Stel dat gevoelige informatie zijn weg naar buiten vindt. Wie dient welke belangen? Door de onrust die ontstond rondom dit soort vragen was de tijd te kort om goed te kijken wat de mogelijke voordelen van een dergelijk radicale vorm van cliëntparticipatie is. De deelnemende cliënt komt in een geheel andere context aan het woord wanneer er aan hem als teamlid wordt geappelleerd. Dan komen praktische problemen en allerlei misvattingen beter aan het licht. Ook de teamleden moeten wennen. Daar waar de neiging bestaat om vooroordelen, frustraties of de onmacht de boventoon te laten voeren in een cliëntbespreking, wordt opeens constructief vergaderd, als vormt de aanwezigheid van een cliënt het oog van de meester. Het is een experiment waaraan nog veel geschaafd en gebeiteld moet worden, maar in ieder geval een nieuwe betekenis toevoegt aan het begrip *cliëntenparticipatie*.

In de laatste plenaire bijeenkomst voerde dr. Romme het woord. In zijn presentatie schetste hij het begrip *sociale psychiatrie* in haar relatie met cliëntenparticipatie en vraaggestuurde zorg. Hij wijst erop dat deze ontwikkeling om een geheel andere attitude vraagt. Het betekent onder andere dat we helemaal opnieuw moeten leren luisteren. Romme haalt het voorbeeld aan uit Italië waar cliënt en behandelaar samen uit eten gaan. Er opent zich een geheel andere persoon. Met veel gegrinnik toont een luisterende cliënt zich meteen voorstander van deze aanpak. Romme legt uit: Klachten van cliënten dienen gezien te worden als een uiting van achterliggende problemen. Vaak wordt de klacht zelf het probleem, juist omdat men het zicht op het achterliggende probleem kwijt is. "Zij zijn het probleem kwijtgeraakt". De hulpverlener dient dan ook op zoek te gaan naar de betekenis van de klacht door terug te gaan naar het leven van de cliënt. Dit kan niet anders dan door een vraaggerichte opstelling en door participatie van de cliënt. Zonder beiden bestaat er in feite geen sociale psychiatrie.

Romme illustreert zijn gedachtegang met de '9 punten van de moderne tijd' volgens Pim Fortuyn, uitgewerkt in het boek *50 jaar Israël*. Inderdaad, het oor dat zich om deze tijd wat te rusten had gelegd, werd wakker geschud. Waar staan de cliënten als we spreken over maatschappelijke participatie? Romme noemt de 9 punten. Ik kan ze hier niet allemaal herhalen, maar enkele troffen wel. Punt 1 betreft de *volledige scheiding van kerk en staat*. Doet de hulpverlener dit eigenlijk wel? In welk straatje, aan welke overtuiging moet de cliënt voldoen wil hij kunnen of mogen participeren in het gesprek dat over hem gaat? Punt 2: *Vrijheid van meningsuiting*: dit werd de cliënt al lang geleden ontnomen en hij heeft zijn stem nog steeds niet terug. Punt 3, *de vrije markteconomie, met recht op bescherming voor de zwakkere partijen*. Dit recht werd vastgelegd in allerlei wetten rondom bijvoorbeeld sociale werkvoorziening,, de WAO, subsidies enzovoort. Deze wetten worden allemaal afgeschaft omdat ze te duur zijn. De afschaffing leidt tot uitstoting van de cliënt uit het maatschappelijk verkeer, hij kan niet meer participeren. En hiermee komt Romme op het gebied van de

politieke stellingname. Hij wijst er in punt 5, *scheiding van de wetgevend, uitvoerende en controlerende macht*, op dat de cliënt deel zou moeten zijn van de controlerende macht. Romme eindigde zijn presentatie door te wijzen op de noodzaak dat cliënt en hulpverlener zich moeten verbinden om ook in politiek opzicht een positie te kunnen blijven innemen. Dan wordt vraaggestuurd werken mogelijk.

De avond werd afgesloten met een plenaire discussie. Het panel werd gevormd door G. Remkes, D. van Slooten en L. de Witte. De stellingen waarover gesproken werd waren: 1: *Cliëntenparticipatie in de GGZ is al geslaagd. Het is enkel een mode-verschijnsel, een trend. Het leidt tot schopgedrag bij cliënten dat uiteindelijk de klachten verergert.* Rond deze stelling kwam de discussie niet echt op gang. Hij was te breed en dus te onduidelijk om een 'voor' of 'tegen' te kunnen uitspreken. 2: *Cliëntenparticipatie leidt tot minder huisbezoek en tot meer administratie.* 3. *Cliënten timmeren hard aan de weg.* En deze stelling werd aangegrepen door enkele cliënten die deze themadag een waardige maar confronterende afsluiting bezorgden. Zij lieten een petitie rondgaan waarbij de aanwezigen om hun handtekening gevraagd werd. Het bleek een protest tegen de vorgenomen vermindering van psychotherapeuten...

Kwaliteiten belicht!

Interculturalisatie, coaching en consultatie in de beroepspraktijk van de SPV

Onno Kastelein

De dag van de verpleging, 12 mei 2004. De deuren van de Hogeschool van Utrecht staan wagenwijd open voor SPV-en die zich hebben ingeschreven voor een studiemiddag. De derde op rij in het kader van het 25 jubileum van onze beroepsvereniging, de NVSPV. Er waren 58 aanmeldingen, een aantal dat tegenvalt. Er is capaciteit voor 95 inschrijvingen. Vaak is het zo dat instellingen op deze dag hun eigen activiteiten voor verpleegkundigen organiseren, dat zou een mogelijke verklaring vormen voor de lege plekken in de zaal want aan de onderwerpkeuze voor deze dag kan het niet liggen.

De aankondiging voor deze studiemiddag, was veelbelovend. "De cliënten van de geestelijke gezondheidszorg zijn in een hoog tempo aan het veranderen van blank en Nederlander naar gekleurd uit alle hoeken van de wereld. In de Randstad is inmiddels al zo'n zestig à zeventig procent van de cliënten in de geestelijke gezondheidsinstellingen van allochtone afkomst met de status van migrant of vluchteling. Als (sociaal) psychiatrisch verpleegkundigen zorg willen bieden die aansluit bij de behoeften en vragen van de cliënten afkomstig uit andere culturen, zullen psychiatrisch verpleegkundigen, professionele aandacht moeten besteden aan de culturele achtergrond van hun cliënten. Dit vraagt om een andere competentie."

De onderwerpkeuze is actueel. 2004 is voor GGZ Nederland een jaar van verankering en afronding van het Actieplan Interculturalisatie. In oktober van dit jaar zullen de eerste resultaten bekend worden gemaakt van de verschillende projecten uit het Actieplan Interculturalisatie en de innovatieve projecten voor ggz aan asielzoekers.

Het is nog niet eens zo gek lang geleden dat uit een quick scan, uitgevoerd door het Centrum Buitenlanders en het Trimbosbos-instituut, bleek dat 80% van de instellingen nog weinig tot niets deed op het gebied van interculturalisatie. Instellingen die wel wat aandacht besteden aan multicultureel beleid doen dat nog vaak op basis van projecten.

De ontvangst in een soort centrale hal is allerhartelijkst, met koffie en cake en namens de beroepsvereniging een driehoekige arceerpen met verschillende kleurtjes. De middag wordt geopend door Marga Smit, clustermanager van de MGZ/AGZ opleiding en middagvoorzitter. Ze staat stil bij het jubileum van de beroepsvereniging, hoe er wordt geanticipeerd op zowel ontwikkelingen als belangenbehartiging en hoe de vereniging een schakel is in de verdergaande professionalisering. Ze leidt ons door het programma van de middag, na twee sprekers kunnen we als toehoorders kiezen uit vier verschillende workshops, waarin, zo wordt ons verzekerd, we ook echt aan het werk worden gezet. Ook de adjunct-directeur van de Hogeschool van Utrecht, Elize Nauta, wil graag iets zeggen. Er zijn felicitaties voor de beroepsvereniging en lovende woorden voor de manier waarop het jubileum gevierd wordt, praktijkgericht en met volop aandacht voor de sociale psychiatrie. De vraag die ze stelt voor vanmiddag is hoe we aangrijpingspunten vinden om bijvoorbeeld Turkse en Marokkaanse cliënten te kunnen bijstaan of raad te kunnen geven. We doen dat tenslotte vanuit ons eigen perspectief. Dat vraagt om kennis, competentie en ervaring.

Het is de beurt aan de eerste spreker van vanmiddag, Annechien Limburg-Okke. De titel van haar referaat luidt: 'Interculturalisatie vanzelfsprekend'. Haar naam staat verkeerd afgedrukt in het programmaboekje, het tussenvoegsel – van – hoort niet bij haar naam. Het feit dat je naam herhaaldelijk verkeerd wordt uitgesproken, dat is heel vervelend. Ze roept op om, zeker in het begin van een hulpverleningscontact op dat soort zaken alert te zijn. We zitten gelijk midden in het onderwerp. De definitie die door haar gehanteerd wordt luidt: Interculturalisatie is een visie die rekening houdt met culturele diversiteit in een multicultureel werkgebied. De spreker is als psychiater werkzaam bij GGZ Altrecht en medeauteur van 'Culturen binnen psychiatriemuren'. Zij vertelt haar verhaal aan de hand van hoe binnen haar instelling het interculturalisatiebeleid wordt vormgegeven. Er is aandacht voor de volgende vijf onderdelen:

1. Beleid en organisatie

Eigenlijk is de aandacht voor interculturalisatie alleen maar effectief als er beleid voor gemaakt is. Ze geeft het voorbeeld dat bij haar in de instelling een aparte coördinator werkzaam is die op de hoogte is en blijft van de ontwikkelingen en alles wat er speelt op het gebied van interculturalisatie.

2. Personeelsbestand

Zij stelt dat het personeelsbestand eigenlijk een evenredige afspiegeling zou moeten zijn met betrekking tot etniciteit, gekoppeld aan een actief instroombeleid voor stagiaires. Als ik om me heen kijk is die evenredige afspiegeling ook onder de toehoorders deze middag (en onder de sprekers) niet het geval. Als het lukt bij je instelling brengt dat met zich mee dat nieuwe medewerkers affiniteit moeten hebben bij het werken in een multiculturele setting. Het is natuurlijk niet de bedoeling dat er alleen allochtone schoonmakers rondlopen in het gebouw maar dat allochtone werkers over verschillende functies verdeeld zijn. Haar advies om in verband met loyaliteitsconflicten eigen werkers zo min mogelijk cliënten te laten behandelen vanuit de eigen bevolkingsgroep.

3. Toegankelijkheid

Zowel op het gebied van instroom als van inrichting en interieur. Denk bijvoorbeeld aan meertalige folders, een landkaart aan de muur of een koperen schaal of bord in je spreekkamer. Haar advies is om niet te wit aangekleed en ingericht te zijn in een gekleurd verzorgingsgebied.

4. Zorgprogramma's.

Over het algemeen zijn de zorgprogramma's als daar mee wordt gewerkt niet bijster allochtoonvriendelijk. Gebruik de eerste contacten die je hebt om een vertrouwensrelatie op te bouwen. Informeer bijvoorbeeld naar verticale relaties, hoe het is met zijn of haar gezin, de welstand van zijn of haar ouders door wie de ouders eventueel verzorgd worden. Informeer naar de migratie- of vluchtgeschiedenis en wees er alert op dat terugkeer van een van de of beide ouders vaak genoeg klachten geeft bij de kinderen.

Wees je bewust van diagnostische valkuilen, rituelen, geloof en bijgeloof hebben vaak te maken met culturele aspecten, informeer ernaar en bespreek de dilemma's.

5. Deskundigheidsbevordering.

Streef naar "education permanente", regelmatige training, workshops over bijvoorbeeld de Koran, imams, medicatie bij allochtonen etc. Roep een consultatieteam in het leven, met de eerder genoemde coördinator aan het roer.

Maar de praktijk is weerbarstig. Het hebben van buitenlandse collega's is soms lastig. De taal blijft maar al te vaak een struikelblok. Het advies is om de dilemma's die je tegenkomt te blijven bespreken om de betrokkenheid op elkaar te vergroten en te waarborgen.

De spreekster houdt een vurig slotpleidooi voor interculturalisatie: "We kunnen toch niet maken om er geen aandacht aan te besteden, de allochtone jeugd vormt de toekomst van ons allemaal". We hebben als hulpverleners een voorsprong, wij krijgen toegang tot hun leefwereld, huiskamers en hartelijkheid. Haar referaat eindigt met waar het mee begon; namen. Om te illustreren wat je eigen naam met je doet in een relatie met iemand vraagt ze ons een kleine praktijkoefening te doen. De vraag is om kort met je buurman in gesprek te gaan over je eigen voornaam, of je je verwant voelt met je naam, wat betekent je naam, is je naam verandert en dat soort onderwerpen. De zaal komt los. Overal zijn mensen wat naar elkaar toe gaan zitten om gehoor te geven aan haar vraag. Ik merk aan den lijve hoe snel het over intieme zaken als ouders, vernoemen en andere persoonlijke onderwerpen gaat. Het was een aardige illustratie van hoe spreken over een naam kan helpen in de opbouw van je relatie met een cliënt.

Het is de beurt aan Marjon Arends, SPV en stafdocent VO-SPV om haar verhaal te doen over een intercultureel perspectief op coaching en consultatie. Ze gaat allereerst uitgebreid in op de verschillen en overeenkomsten tussen coaching en consultatie. De functie-, taak-, en doelgerichtheid, het zelf willen leren, het vergroten van kennis en vaardigheden en de toekomstgerichtheid zijn passend bij coaching. Probleemgerichtheid, reflecteren op een situatie, de consultatievrager stelt kennis en ervaring ter beschikking en kan naderhand weer verder zijn thema's die passen bij consultatie. Via tekeningen van een interactioneel veld en communicatie komt ze op het TOPOI-model. Dit model kennen we allemaal nog wel uit onze opleiding als een systematiek van essentiële aandachtspunten en handvatten om in de gespreksvoering met mensen met een andere etnische en maatschappelijke achtergrond culturele verschillen en misverstanden op te sporen en aan te pakken. Marjon Arends is vooral een goede spreker als ze los komt van haar papier, grapjes maakt en praktijkverhalen vertelt. Ze werkt met het TOPOI-model, dat door sommigen verguisd wordt omdat 'het toch onwerkbaar is om voor ieder gesprek een politiedossier aan te leggen over de gesprekspartner'. Daarnaast maakt ze gebruik van verschillende visies over leren. Tot slot gaat ze nog in op de reddersdriehoek uit de Transactionele Analyse. Niet verwonderlijk dat ze haar spreektijd overschrijdt.

Het doel van haar lezing was tweeledig, bewust worden van de rol van coach en consulent van de SPV als expert en kennis en inzicht opdoen in de interculturele gespreksvoering binnen coaching en consultatie. Voor mij bestreek de lezing een

iets te groot gebied om werkelijk effectief te zijn, er zijn nu eenmaal altijd gebieden binnen interculturele communicatie waar een gesprek op vast kan lopen. De vraag blijft een beetje hangen hoe ik dat nu op een goede wijze vlot trek of laat trekken.

De pauze is een verademing. De schalen met cake zijn aangevuld en de koffie is lekker en goed om de geest weer helder te krijgen. De gesprekken zijn geanimeerd en er wordt voortgeborduurd op de voordrachten die zijn gehouden. Al snel is het tijd voor de verschillende workshops. Bij aanvang van de middag, bij binnenkomst, werd iedereen in de gelegenheid gesteld om zich op te geven voor een workshop naar keuze. Door middel van het meenemen van een gekleurde kaart met daarop de titel van de workshop en de ruimte waar die gehouden zou worden. Als een soort reisleaders met de gekleurde kaart in de lucht halen de workshopleaders iedereen in de centrale hal op om vervolgens via een trappenhuis op de tweede etage terecht te komen.

Ik had me opgegeven voor de workshop van Rietje Wesenbeek over het onderwerp 'Moeten we hulpverlening aan oudere migranten politiseren'. Bij aankomst in het lokaal blijkt dat 10 andere deelnemers aan de studiemiddag zich ook hebben ingeschreven voor deze workshop.

Rietje Wesenbeek is werkzaam als stafdocent bij de MGZ-GGZ opleiding en trakteert ons op een actuele casus. Haar motieven hierbij zijn een toename van de allochtone ouderen, het vaak aanwezige dilemma van wel of niet terug naar het land van herkomst en het feit dat er geen specifieke opvang is voor allochtone ouderen.

Ze gaat bij haar inleiding in op de principes van vraaggestuurde hulpverlening, gebaseerd op de vraag en wens van de cliënt met psychische problemen en dat het tot stand komt door overleg of middels onderhandeling met de professional. De casus is uit de praktijk opgetekend en is ingewikkeld. Het gaat om een 76 jarige Marokkaanse man met agressief gedrag naar zijn dementerende vrouw. Na beoordeling blijkt ook hij te lijden aan een cognitieve stoornis, vermoedelijk dementie. Een fors zorgprobleem dient zich aan. Beiden spreken geen Nederlands, de zoon tolkt maar durft bepaalde vragen niet te vertalen, het systeem dreigt overbelast te raken, er is geen thuiszorg die kan communiceren, er is geen dagopvang voor allochtone bejaarden en er is geen instantie die de belangen behartigt. Een schrijnende situatie waarbij vraaggestuurde zorg bijna niet tot de mogelijkheden behoort. Onder de aanwezigen ontspint zich een discussie over de verschillende thema's en wat de mogelijkheden zijn om concreet te doen. Ook hier klinkt het appèl dat een SPV zich bij zijn eigen instelling dient op te werpen als een belangenbehartiger om meer maatwerk te realiseren voor de allochtone psychiatrische patiënt. Een kleine rekenom betreffende bijvoorbeeld de groep allochtone ouderen in Amsterdam baart zorgen, nu is 15% van de 55+ allochtoon maar in 2020 is dat 28%, bijna een verdubbeling, met alle problemen van dien.

Naast allerlei plaatselijke initiatieven die de revue passeren, koffieochtenden en huiskamergroepen, spitst de discussie zich toe op beleidsmakers en het opvoeden van de politiek. Het zou de taak van de SPV zijn om de wensen en behoeften van de allochtone psychiatrische patiënt over gepaste opvang en hulp bij de politiek duidelijk te maken. Wat kun je laten horen? De algemene indruk is dat deze problematiek politiek niet interessant is, het kost alleen maar geld en het is een "tijdelijk" probleem.

Een korte conclusie leert dat er vele dilemma's zijn en zullen blijven, de machteloosheid maar al te vaak parten gaat spelen en het uiteindelijk zo is dat mensen zelf ook moeten willen. Uiteindelijk is een belangenbehartiger binnen de instelling zoals in het Altrechtse model erg goed, om structurele veranderingen te

kunnen initiëren en om ook als SPV je verhaal bij kwijt te kunnen. Tot slot was het idee dat de politiek zich meer op algemene antidemocratische handelingen zal moeten richten.

Terug in de zaal krijgen we een appel van de sponsor en zoekt iedereen zijn plekje weer op. Het is jammer dat veel mensen hebben gekozen om na de workshop naar huis te gaan. De terugkoppeling blijft wat flauwtjes, de dagvoorzitter doet haar best maar er is weinig animo om uitgebreid ervaringen te delen. Mijn voorzichtige conclusie is dat we als ggz en ook als SPV-en afgelopen jaren ons op het gebied van interculturalisatie teveel afzijdig hebben gehouden. We zullen meer gebruik dienen te maken van onze kwaliteiten zoals signaleren, vroegtijdig en preventief interveniëren, outreachend werkzaam zijn en betrokken zijn bij de eerste lijn. Zoeken naar een nieuw evenwicht in een multiculturele context vraagt om dialoog, experimenteren en reflectie. Met de gebruikelijke bloemen en bonnen voor de sprekers wordt de dag beëindigd.

De Sociaal Psychiatrische Verpleegkundige Diagnose

Anouska Cremers

In het kader van het vijftienvintig jarig bestaan van de NVSPV organiseerde de beroepsvereniging samen met de MGZ-opleiding in Nijmegen een studiemiddag over een thema waarmee Nijmegen zich sinds jaar en dag profileert, de sociaal psychiatrische verpleegkundige diagnostiek. De middag werd georganiseerd door J. Derks en M. van Bommel.

De MGZ-opleiding is gesitueerd in een oud gebouw aan de rand van centrum Nijmegen. Het werd in 1912 gebouwd door Charles Estourgie, in opdracht van de Scheutisten, de congregatie waar Bisschop Hamer lid van was. De invloed van één van zijn leermeesters Berlage zijn duidelijk te herkennen is dit oude gebouw. De bruine steen, de vele rechte hoeken, de symmetrie, afgewisseld met hier en daar de regelmaat van een ronding. U ziet ik had de tijd om eens goed rond te kijken terwijl de andere deelnemers druppelsgewijs arriveerden.

Het was mooi weer en in de tuinen aan de achterkant konden de aanwezigen rustig acclimatiseren voordat de studiemiddag begon. Midden op het gebouw bevond zich een Chineesachtig torentje als een anomalie in het geheel. Het wekte mijn nieuwsgierigheid. Bisschop Hamer blijkt een missionaris te zijn die in 1865 met drie andere missionarissen naar een onherbergzaam gebied in China werd gestuurd om de zielen aldaar te bekeren tot het katholieke geloof. Zij spraken geen chinees, kenden de weg niet, waren niet voorbereid op het klimaat en moesten gewoon aan de slag. Zij kregen hulp van enkele Chinese priesters. Zij vonden elkaar in het Latijn. De Chinezen waren niet blij. De Fransen waren in 1850 het land binnengevallen en dwongen de Chinezen een verdrag te ondertekenen dat missionarissen het recht kregen om ander Chinese protectie –de ironie- het binnenland in te trekken om daar het geloof te verkondigen. En zo geschiedde. Het weerklimaat was zeer grillig. Onderzoeker P.A. Cohen laat zien hoe de droogte leidde tot verveling en honger, en deze omstandigheden leidde tot vorming van bendes die al plunderend door het gebied trokken. Bisschop Hamer, tijdelijk terug in Nederland verzamelde geld voor de bouw van een kerk aldaar. Bij terugkomst op zijn Chinese standplaats bleek opnieuw de honger en de dreiging van bendevorming. Hij gebruikte het geld niet voor zijn kerk maar om te voorzien in de eerste levensbehoefte. Toen enkele jaren later opnieuw opstand dreigde had hij geen geld om het tij te keren. Ferdinand Hamer werd weggevoerd en vermoord.

Terwijl ik, met het complete gezelschap, richting collegezaal schuifelde, mijmerde ik nog na over deze stenen geschiedenis. Een geschiedenis van het ontbreken aan communicatie, elkaar verstaan in een taal die voor de rest van de omringende wereld vreemd is; Het hebben van een missie met gebrek aan gezamenlijke uitgangspunten en belangen. Werken in een klimaat dat onvoorspelbaar is waardoor samenwerkingsverbanden uiteenvallen in partijen die elkaar dreigen op te slokken. En dat alles in een gebied dat niet voorziet in de eerste levensbehoeften, maar waar productie gedraaid moet worden. Tenslotte een gebrek aan middelen om het tij te keren waardoor een opleiding de nek wordt omgedraaid. Het leek warempel wel de geschiedenis van de SPV met zijn cliënten in ons huidige GGZ land.

Inmiddels had iedereen plaatsgenomen. Om mij heen zag ik mensen die elkaar kenden. Ook nu weer had de bijeenkomst een hoog reüniegehalte. Ook hier waren studenten en cliënten van de partij. De gemiddelde leeftijd lag overigens opvallend hoger dan in Heerlen, ik schat boven de 40. Het riep iets op van 'eens een SPV, altijd een SPV' Tegen alle veranderingen in, tegen alle onvoorspelbaarheid en dreigingen dat we als autonome beroepsgroep verloren gaan –het begin is ingezet door het verdwijnen van de opleiding- blijft de beroepsgroep zichtbaar steevast zijn eigen weg volgen.

Het thema van de dag: *De Sociaal Psychiatrische Verpleegkundige Diagnostiek*. Werd geopend door de dagvoorzitter Hein van der Hulst. Hij opende met de oudste problemen die bestaan. De communicatie, of eigenlijk het gebrek aan een gezamenlijke taal. De spreker citeerde uit *De Ijzdragers* van A. Enquist. Over het tentamen psychiatrie dat Nico van der Doelen, een van de hoofdpersonen, moet afleggen: *"De professor...zat met halfgeloken ogen achterover in zijn stoel en had voor Nico een roos in een melkfles op tafel gezet. "Vertelt u mij over deze roos, meneer Van der Doelen, ik luister." Nico had niet geweten wat hij moest zeggen. ..."U hebt met uw kennis van de ziel vast iets toe te voegen"...Stilte..."Als u over deze eenvoudige bloem, met haar zo duidelijke zichtbare ambivalenties...niets kunt vertellen, als u geen gedachten kunt formuleren over het verloren hart en de dorstige stengel...hoe kan ik u dan op mijn patiënten loslaten? Een psychiatrische patiënt is heel wat ingewikkelder...wij zullen elkaar over drie maanden weer ontmoeten, probeert u in de tussentijd eens wat na te denken"..."* Om welke taal vraagt de professor? Nico, had zich voorbereid op diagnosticeren volgens de DSM, niet op een roos in een melkfles.

Van der Hulst opende hiermee het zicht op de dilemma's die een rol spelen bij diagnostiek. Het eerst kader voor deze middag is gezet. Intake en diagnostiek zijn erg boeiend, maar het gevaar blijft dat de kern van de mens wordt genegeerd. Nijmegen maakt zich sterk om het gedrag van de cliënt in zijn sociale context te plaatsen en te begrijpen. Het gaat verder dan een ziel in een bepaalde overtuiging te manoeuvreren. Een SPV is geen medicus, een diagnose volgens het medisch model betekent een ernstige reductie van het individu. De SPV is een generalist en moet dit ook blijven. De SPV is géén successtory van de artsen in haar deskundige toepassing van de DSM-IV, benadrukt de spreker. In de sociale psychiatrie past dit eenvoudigweg niet. De DSM is als een Latijn dat de communicatie tussen psychiater en de SPV mogelijk maakt, maar de persoon van de cliënt uitsluit.

Marlies van Bommel verzorgde de eerste presentatie. Zij haalt, in deze tijd van voetbal, woorden van Cruyff aan: *"Ik heb een hekel aan mensen die zich voortbewegen zonder te weten welke kant ze opmoeten"* Waarmee van Bommel de stand van de verpleegkundige diagnostiek typeert. Zij haalt het onderzoek aan van een afgestudeerde student. Als afstudeerproject onderzocht deze de wijze

van diagnosticeren in de praktijk van de SPV. Hieruit bleek dat er veel verschil en onduidelijkheid is. Zo stemmen opleiding en praktijk niet met elkaar overeen. Hieruit volgde de stelling dat er in de beroepspraktijk weinig consensus bestaat over hoe en over wat er gediagnosticeerd moet worden. Omdat de SPV-en op verschillende plekken werken, dwingen de verschillende contexten ook tot andere diagnostische uitgangspunten. Om tot een goed diagnostisch model te komen dienen op de eerste plaats gemeenschappelijke uitgangspunten geïnventariseerd te worden. De kaders hiervoor worden gevonden in onder andere de profielschets van de SPV, het sociaal psychiatrisch gedachtegoed, de bruikbaarheid, want het moet natuurlijk wel multidisciplinair toegankelijk zijn, en de diagnose, moeten uitdrukking geven aan de dynamiek van het circulair proces tussen SPV en cliënt. Voorts moet het model inzicht geven in de percepties van de cliënt, diens betekenisgeving en diens wensen en verandermogelijkheden. Tegelijkertijd dient ook de perceptie van de SPV te worden aangegeven. Het blijkt dat cliënten de formulering in diagnostische omschrijvingen op prijsstellen. Dit wordt met enige terughoudendheid bevestigd door Bert Arts. Ervaringsdeskundige met een lange geschiedenis in de hulpverlening. Waardering van diagnostiek blijkt veel te maken hebben met de acceptatie te lijden aan een bepaalde ziekte. Van Bommel besluit haar presentatie met de vaststelling dat er zeker wel enige consensus bestaat over de criteria waaraan een SPV-diagnostisch instrument moet voldoen. Op dit moment is het klimaat in GGZ land echter voortdurend aan verandering onderhevig. We weten niet of er regen komt. Deze steeds veranderende context minimaliseert de mogelijkheden om een goed en valide model in te voeren. Overigens is het P.E.S. (probleem, etiologie en symptomen) en het Neumann System Model goed bruikbaar. Aanwezige studenten vertellen later tijdens de borrel in de tuin, hun indruk dat deze modellen vooral in Nijmegen gedoceerd worden. Maar dat is niet zo. Van Amsterdam en Utrecht weet ik dat ze onderdeel van het opleidingscurriculum vormen. Ik vermoed dat dit ook op de andere opleidingen zo is. Het probleem zit 'm in de praktijk. Ik ken geen plek waar deze modellen daadwerkelijk volgens de regelen der kunst toegepast worden...De dagdagelijkse praktijk laat duidelijk geen ruimte voor dit goddelijke bouwwerk.

Bert Arts is de tweede spreker. Hij is ervaringsdeskundige en weet een duidelijk verhaal te houden over de relatie SPV-client. Hij vertelt over zijn levensloop en de vele moeilijkheden die hij tegenkwam. Naast waardering voor de inzet van de SPV legt hij de aandacht bij de groeiende moeilijkheden om te kunnen deelnemen aan het maatschappelijk verkeer. Door de veranderende wetgeving waar subsidies komen te vervallen, komen de eerste 'levensbehoeften', fors onder druk te staan. Het missie van de SPV dus ook. Hij had veel baat bij de dienstverlenende activiteiten van de SPV die een intermediërende rol op maatschappelijk en sociaal gebied inneemt. Hij stipte eveneens het grondrecht aan van de cliënt om zijn eigen keuzes te maken, maar ook dat een dreigende teloorgang dit grondrecht tijdelijk in de ijskast zet. Ik moest meteen denken aan het verdrag dat de Fransen oplegden aan de Chinezen, de eigen beschikking werd aan de kant geschoven, om een religieuze teloorgang te voorkomen, maar dat terzijde. Arts laat zien dat de bemoeizorg een geheel andere probleemanalyse vraagt, er een andere dynamiek plaatsvindt tussen cliënt en SPV waarbij de begeleiding bestaat uit hulp en ondersteuning. Een diagnostisch model dat lijnen uitzet voor begeleidingactiviteiten toegerust op dit werkgebied, ziet geheel anders uit dan bijvoorbeeld de SPV die werkt in de eerste-lijns consultatie.

Er was pauze en nog steeds scheen de zon. Met behulp van koffie en nicotine trok men naar de tuin en viel het gezelschap uit elkaar in kleine groepjes die elkaar kenden. Het was geen echt actieve middag voor de aanwezigen.

Hun rol bleef voornamelijk beperkt tot toehoorder. Er was tot nog toe veel gedoe met het geluid. Microfoons werkten niet, of de ruis zong met een te hoog decibel door de ruimte. Hoewel later bleek dat enkelen zich hieraan hadden gestoord "*toch wel érg onprofessioneel*" vond ik het vooral een goede ijsbreker. De meeste konden er wel de humor van inzien en het hield de luisteraars goed bij de sprekers.

Als voorlaatste spreker gaf Frans Boekhorst een voordracht. Hij sprak over de noodzaak van narratieve diagnostiek in de sociaal psychiatrische hulpverlening. Hij benadert het ziek zijn vanuit een geheel ander dimensie. Namelijk vanuit de patiënt. Ter verduidelijking verwees hij naar het boek van Medisch Socioloog G. Nijhof, *Ziekenwerk, een kleine sociologie van het alledaagse ziekenleven*. Bij Nijhof werd kanker geconstateerd, hij nam daardoor de plaats in van de mensen die hij voorheen als socioloog onderzocht. Nijhof ervoer de angsten en praktische problemen van de patiënt die er een eigen verhaal bij vormt, hij laat zien hoe door de medische praktijk tekort doet aan dit verhaal en voorbijgaat aan hetgeen de patiënt op momenten het meeste bezighoudt. Meest interessant was echter de constatering dat *zijn verhaal als patiënt zijnde* tot geheel nieuwe inzichten leidde dan tot nog toe de wetenschappelijk onderzoeksresultaten deden. Boekhorst stelt dat een verhalend perspectief op psychiatrische klachten de leefwereld van de patiënt te voorschijn haalt. Hij maakt en onderscheid tussen *verstehende* diagnostiek en verklarende diagnostiek. *Verstehende* diagnostiek geeft inzicht in de vele factoren die tot het bestaan van de ziekte leiden. De context, de individuele levensgeschiedenis en de beleving zijn wezenlijk. In de verklarende diagnostiek, het biomedisch model, wordt de patiënt het zwijgen opgelegd. Ze raken hun eigen verhaal kwijt. Boekhorst betreurt het dan ook dat de SPV steeds meer verschuift naar de biomedische diagnostiek. Door hun diagnoses, instrumenten en taalgebruik, kennen ze samen met de artsen, medische betekenissen toe en scheppen een 'ziekte-werkelijkheid' die verschilt van die van de patiënt. Diens eigen levensverhaal, met zijn unieke zin en betekenisverlening. De rol van de eigen leefwereld en omgeving verdwijnt uit het zicht. Deze vorm van diagnostiek heeft onder andere tot gevolg dat het 't werk van de hulpverlener ingeperkt raakt tot voorschriften en protocollen. Voorts legt Boekhorst de aandacht bij de werkcontext zoals die heden ten dage bestaat. Er is een voortdurende stroom van activiteit waardoor er voor reflectie geen tijd meer is. Inmiddels zijn we zo aan deze situatie gewend dat reflectie op beleid en uitvoering als een luxe artikel gezien wordt dat in een tijd van schaarste als vanzelfsprekend terzijde wordt geschoven.

Als laatste spreker trad Giel Hutchemaekers in het voetlicht. Hij maakte naam in zijn tijd op het Trimbos Instituut. Een kopstuk waar het wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot verschijnselen in de GGZ, betreft. In een vliegenvlug praatje, doorspekt met spitsvondige grapjes, en zeker niet bij te houden met de pen, maakt Hutchemaekers langs verschillende wegen duidelijk dat Stepped-care vraagt om Stepped diagnostiek. Hij gooit meteen de knuppel in het hoenderhok: Verpleegkundige diagnostiek wordt behalve door de SPV door geen enkele andere discipline belangrijk geacht. En zijn nuancering geeft hem gelijk. De SPV-diagnostische modellen trachten een alles omvattende analyse te berekenen. Zodat niet alleen de cliënt aan bod komt, maar ook de medicus, de psychotherapeut en de SPV zelf hun informatie eruit kunnen halen. En een dergelijk homogeen model doet aan niemand recht. De plek waar de SPV werkt, 1e- 2e- of 3e lijn, stelt vast welke informatie het diagnostisch model dient te verzamelen. Hij illustreert dit aan de hand van de huisarts. Als de huisarts een bepaalde klacht kan verhelpen is een scanonderzoek bij de specialist niet opportuun. Hutchemaekers laat zien waarom Stepped Care de voorkeur heeft en waarom dit vraagt om 'stepped' diagnostiek. Hij onderbouwt zijn argumenten met gebruik van de statistiek, de macht van het getal. Deze geeft uiteindelijk aan wat

zinvol is en wat niet. Diagnostiek werkt van algemeen naar specifiek (was de gevleugelde uitspraak *'kort als het kan, lang als het moet'* van hem?). Het leidt uiteindelijk tot een adequatere inzet van middelen en deskundigheid. In zijn praatje legt hij echter ook uit wat de voordelen voor de patiënt zijn. De behandeling die de patiënt krijgt aangeboden is het minst ingrijpend in zijn leven, en dit heeft in principe de voorkeur. Daarnaast doet minder aanbod een beroep op de zelfredzaamheid. Ook dit verdient de voorkeur. Hutchemaekers pleit ervoor dat de zorg gekoppeld wordt aan het beloop van de diagnose. En hier benadrukt hij het belang van de de SPV-diagnostiek. Geen homogeen model, maar diagnostische modellen die zijn aangepast aan de vraag die bepaald wordt door de context waarin gewerkt wordt. Een SPV is breed opgeleid, is een generalist, maar dit betekent niet dat de werkvelden waarin hij zich bevindt geen specifiek karakter hebben en om een specifieke analyse en inzet vragen. Maar gelukkig bleef dit inzicht niet beperkt tot Hutchemaekers. De deelprofielen zijn in de maak en binnenkort zal de eerste verschijnen.

Deze laatste presentatie vormde de inleiding naar de verschillende stellingen. Een discussie kwam op gang. Waarbij de gemoederen toch wel verhit bleken na de laatste spreker. Afgesloten werd met de constatering waarmee deze middag ook begonnen was. Onvoldoende consensus binnen de beroepsgroep over SPV-diagnostiek duidt mogelijk op een vaag gedefinieerd referentiekader. Met een hapje en drankje, ook nu werd goed voor de inwendige mens gezorgd, bleven veel mensen nog een hele tijd napraten onder de laatste zonnestralen.