

---

# MEDIAAN

## Beeldvorming van de psychiatrie Destigmatisering en preventie

**Andrea Stehouwer-Tuenter en Onno Kastelein**, SPV en redactieleden

### **Inleiding**

Vijfentwintig jaar NVSPV en zeven regionale studiemiddagen onder het motto 'Brede aanpak' in 2004. Alle Hogescholen in Nederland met een MGZ/GGZ-opleiding organiseren een regionale studiemiddag, laagdrempelig, goedkoop en gericht op verpleegkundige trends uit de sociale psychiatrie. Vandaag, woensdagmiddag 27 oktober 2004, is Enschede aan de beurt. De hal van de Saxion Hogeschool, locatie Enschede is de verzamelplek voor de deelnemers van de zesde studiemiddag ter gelegenheid van het jubileum. Het is overigens een prachtig gebouw, transparant, zowel intern als extern. Het blijkt op het terrein te staan van het voormalige ziekenhuis "Ziekenzorg" en als utiliteitsgebouw in 2001 de Architectuurprijs Twente in de wacht te hebben gesleept. De architect heeft geprobeerd de metafoor van een kleine stad uit te werken met in het gebouw een uitgekende balans tussen grote openbare ruimten en prettige menselijke werkruimten en is daar zeker in geslaagd.

De aankondiging van de studiemiddag is prikkelend. In de geïndividualiseerde maatschappij is succes, een leuke baan, vitaliteit en leuke vrienden een groot goed. "Eigen verantwoordelijkheid voor het realiseren van zo'n levensstijl is de normaalste zaak. Mensen die dit niet lukt zijn de 'losers', de 'watjes' en de 'gestoorde gekken'. Vooral mensen met een psychiatrische handicap hebben we liever niet als buur. De beeldvorming wordt beïnvloed door de media en bijvoorbeeld soaps op de televisie waarin mensen met een psychische aandoening worden afgeschilderd als gevaarlijk en een bedreiging voor je eigen leefomgeving".

In contacten met cliënten blijkt maar al te vaak welke negatieve rol beeldvorming speelt. Zowel in de familie, werkomgeving als in de eigen buurt geeft dat een reactie: niets zeggen over klachten, net doen of alles goed gaat, of je terug trekken. Schuld en schaamte zijn thema's die een belangrijke en rol gaan spelen en tot belemmeringen leiden. Marginalisatie kan een gevolg zijn. Terecht dat deze problematiek het leidende thema is van een studiemiddag voor SPV-en. De beeldvorming over mensen met een psychische handicap is mede bepalend voor het welslagen van een maatschappelijk bestaan. De organisatoren van deze middag stellen de volgende vragen: "Hoe is beeldvorming te beïnvloeden?" en "Welk beeld hebben wij als hulpverleners van onze cliënten?" en "Ligt er een braakliggend terrein voor SPV-en in de preventie?"

Bij de zaal is een strenge toegangscontrole. Opnieuw inschrijven is het devies als je de gele toegangkaart kaart bent vergeten, ... vooruit dan maar. Bij binnenkomst dien je ook de workshop die je later op de middag wilt volgen op te geven. Vanwege de enigszins tegenvallende belangstelling is er één workshop afgefallen. Ben Venneman mag zijn verhaal over marginalisering en uitstoting bewaren voor een andere keer, dat is jammer. De zaal loopt langzaam vol. Mees Mijnen, plaatsvervangend directeur en manager innovatie van de Academie Gezondheidszorg van de Saxion Hogescholen, opent de studiemiddag met een welkomstwoord. Hij feliciteert de NVSPV met haar jubileum en deze 6e studiemiddag op rij.

Uiteraard zegt hij iets over de veranderende opleidingsstructuur en op hoeveel verschillende manieren hierop wordt geanticipeerd. De microfoon stopt ermee, blijkbaar ligt het onderwerp gevoelig. Hij noemt het interessante ontwikkelingen die vanuit Enschede met argusogen bekeken worden.

Jan Medendorp, journalist van onder meer RTV Oost, is voorzitter en deze middag is hij in vorm. Hij heeft een levendige presentatie, daagt uit en stelt prikkelende vragen.

### **Stigmatiseren wij?**

Herro Kraan, de hoofdspreker van deze middag, start als eerste. Kraan is psychiater en opleider bij Mediant GGZ te Enschede, waar hij tevens leiding geeft aan het crisis- en aanmeldteam. Daarnaast is hij bijzonder hoogleraar aan de Universiteit Twente met als leerstoel 'sociale en communicatieve aspecten van de psychiatrie'.

Hij vindt het moedig dat het onderwerp stigmatisering op de agenda is gezet voor deze studiemiddag. Volgens hem is het onderwerp zelf namelijk gestigmatiseerd. In studieboeken en lezingen over de psychiatrie wordt nauwelijks of geen aandacht aan het thema besteed. Door middel van stemkastjes laat hij het aanwezige publiek eerst aan zelfonderzoek doen. In welke mate stigmatiseren wijzelf eigenlijk?

Een aantal stellingen wordt geprojecteerd op een scherm. Na wat geoefend te hebben met de stemkastjes, kan er serieus gestemd worden vóór of tegen de volgende stellingen:

- Wij, sociaal psychiatrische verpleegkundigen, stigmatiseren nauwelijks.
- Mannelijke sociaal psychiatrisch verpleegkundigen stigmatiseren meer dan hun vrouwelijke collega's.
- Ik heb er geen bezwaar tegen dat er een psychiatrische patiënt naast me komt wonen.
- Ik heb geen bezwaar tegen vriendschap met een psychiatrische patiënt.
- Ik heb er geen bezwaar tegen dat een psychiatrische patiënt op mijn kinderen past.
- Ik heb geen bezwaar tegen een psychiatrische patiënt als mijn collega.
- Ik heb er geen bezwaar tegen dat mijn kind trouwt met een psychiatrische patiënt.

De laatste vijf stellingen vallen onder de zogenaamde 'sociale afstandsschaal', waarmee je stigmatisering kunt meten.

Opvallend is dat bij het aanwezige publiek weinig bezwaren zijn tegen vriendschap of samenwerking met een psychiatrische patiënt. Als het gaat om een patiënt als buurman of buurvrouw wordt de zaal al iets minder tolerant. Bij oppassen op kinderen of een psychiatrische patiënt als schoondochter of schoonzoon worden we duidelijk wat minder gemakkelijk. Maar uiteindelijk blijven we redelijk tolerant. Kraan noemt het bijvoorbeeld dat in Japan een psychiatrische patiënt geen huwelijkskeuze is, men is daar veel stiller dan wij hier zijn. Hij vraagt zich wel hardop af in welke mate wij vanmiddag sociaal gewenste antwoorden geven.

In de jaren 80 beschreef Erving Goffman het proces van stigmatisering. Hij benoemde het als een sociologisch fenomeen. Hij stelt dat stigma niet zozeer een persoonlijk, maar een situationeel fenomeen is. Een stigma hebben personen niet aan zichzelf te danken, maar ontstaat door de manier waarop de omgeving met hen omgaat. Stigmatiserende tekenen in de psychiatrie zijn onder meer het bizarre of problematische gedrag van de patiënt, dat vaak tot uiting komt in de communicatie en de fysieke onaantrekkelijkheid door extrapiramidale verschijnselen.

### **Oorzaken van stigmatisering**

Herro Kraan stelt dat het gemakkelijk is om in stereotypen te denken, het gaat vanzelf. Wij leren al vroeg om in typische beelden te denken: het maakt de verschillen binnen een sociale groep kleiner en het vergroot de verschillen buiten de groep. Stereotypering geeft een efficiënte sociale categorisering en het activeert denkschema's. Stereotyperingen over psychiatrische patiënten zijn: patiënten zijn gevaarlijk, gewelddadig en angstaanjagend, ze hebben geen controle en zijn dus onberekenbaar, daarnaast zijn ze meelijwekkend en zwak. De filmindustrie maakt dankbaar gebruik van deze stereotyperingen (films over seriemoordenaars en traumatische gebeurtenissen). Verhalen over de psychiatrie zijn vaak spraakmakend, spectaculair en hebben grote nieuwsaarde. Denk aan onze voormalige depressieve prins, kindermishandeling en dwangbehandelingen. Vaak roepen stereotyperingen over psychiatrische patiënten emotionele of morele reacties op. Opsluiting, tucht en bescherming zijn termen die al gauw worden genoemd. Een andere oorzaak van stigmatisering ontstaat als de verantwoordelijkheid en beheersbaarheid van afwijkend gedrag bij de patiënt worden gelegd: oorzakelijke toeschrijving wordt dit genoemd. Hierin ligt volgens Kraan de intentie voor discriminerend gedrag.

### **Gevolgen**

De gevolgen van stigmatisering zijn talrijk. Bijvoorbeeld de symptomen van een bepaald ziektebeeld kunnen worden ontkend, bijvoorbeeld somatische klachten, waardoor er tekortgeschoten wordt in de verwijzing naar een goede behandeling. Er is minder kans bij een sollicitatie of woningtoewijzing. Zo kunnen nog talloze voorbeelden genoemd worden.

Schrijnend is het wanneer de psychiatrische patiënt zichzelf door stigmatisering terugtrekt. Er kan heel veel schaamte zijn en de vraag 'wat moet ik wel of niet zeggen over mijn ziekte' speelt vaak een grote rol. De patiënt kan er voor kiezen te wijgen en zich verder te isoleren. Bovendien wordt hierdoor de kans op stress verhoogd, waardoor er ook weer eerder een terugval kan zijn. Kraan gaat nog een tijdje door met het opsommen van de gevolgen van stigmatisering. Interessant is wanneer hij naar onze beroepsgroep gaat kijken, wat betekent het voor SPV-en? In de gezondheidszorg gaat er aanzienlijk minder geld naar de GGZ en subsidies lopen vaak achter. De status van ons beroep kan hierdoor lager zijn. Hij spreekt hier over een verborgen stigma.

### **Destigmatisering en preventie**

Volgens Kraan zijn er een aantal mechanismen noodzakelijk om te destigmatiseren. Goede voorlichting, uitleg en contact aangaan met degenen die gestigmatiseerd worden zijn het meest voor de hand liggend. Maar soms is protest, verzet en zelfs aanpassing van de wetgeving nodig. Hij heeft een speciale slotboodschap voor SPV-en. Wij zijn degenen die bruggen kunnen en moeten bouwen. We kunnen helpen door goede voorlichtingen te geven aan zowel de omgeving als aan de patiënt zelf. Te denken valt ook aan bemiddelen bij bijvoorbeeld arbeid. Het is belangrijk om de dynamiek rondom stigmatisering te herkennen, ook bij jezelf. Hoeveel emotionele distantie heb jij bij bepaalde typen patiënten? Met deze vraag besluit hij zijn betoog.

### **Een persoonlijk relaas**

De vice-voorzitter van cliëntenraad van Mediant, bespreekt het thema beeldvorming vanuit het cliëntenperspectief en doet dit op persoonlijke wijze. Nadat ze jarenlang had gewerkt raakte ze ontregeld door een dissociatieve identiteitsstoornis en moest opgenomen worden. Daarna werkte ze een tijdlang met behoud van uitkering. Ze heeft last van het gat in haar CV en de uitgesproken uitlatingen van collega's over mensen met een psychische handicap. Ze raakt langdurig in de ziektewet. Na jarenlang therapie vraagt ze af en toe om een weekje opname, 'even de touwtjes kunnen laten vieren'.

Maar op de betreffende afdeling wordt ze niet serieus genomen, ze moet vooral haar eigen verantwoordelijkheid nemen en op deze manier streefde het middel zijn doel voorbij. Ook de aanvraag voor een casemanager liep uit op een teleurstellende ervaring, de aanvraag liep een jaar vertraging op, anderen gingen haar voor. Volgens haar vooral door de negatieve aandacht die werd opgeroepen door automutilatie en acting out gedrag om te laten zien dat de nood hoog was. Zij blijft achter met het idee dat ze gestraft wordt voor aangepast gedrag.

Ze wil vervolgens graag reïntegreren en ondergaat een keuring, inclusief vragenlijsten invullen en dergelijke. Ze moet zich verdedigen omdat ze niet past binnen het profiel van een iemand met Dis, haar beperkingen vallen nu eenmaal niet van de buitenkant af te lezen. Op sociaal gebied lukt het niet om nieuwe contacten te leggen. Door allerlei negatieve ervaringen in hulpverlenerland heeft ze geen moed en vertrouwen meer om relaties aan te gaan en voelt ze zich eenzaam op het gebied van haar stoornis. Het is een aangrijpend betoog. Ze sluit af met een vraag aan de toehoorders: "Ik hoop dat u nagaat hoe u hiermee om gaat en er eens over nadenkt. Er zijn namelijk meer patiënten buiten de instelling dan binnen en ze zien er heus niet allemaal uit als een klassieke patiënt".

### **Workshops**

De pauze is geïntegreerd in de drie workshops en in de verschillende lokalen staat koffie klaar. Er is een workshop over afstemming en samenwerking met justitie, arbeid contra stigma en preventie met kansen vòòr behandeling. Deze laatste wordt begeleid door Jaap te Velde en Martin Morsman. Er zijn 18 personen op af gekomen met achtergrond van SPV, student en docent.

Jaap trapt af en legt aan de hand van een PowerPoint presentatie uit dat SPV-en steeds minder aan preventie doen terwijl het juist van groot belang is om vroegtijdig aan te sluiten om zo min mogelijk ziektelast te krijgen. We worden onderwezen over preventie en de samenhang tussen gezondheidsstatus en gezondheidszorg en het spectrum van preventie. De onderverdeling in preventie is vernieuwd, er wordt nu gesproken van Universele preventie (vanuit de gemeente, voorlichting), Selectieve preventie (gericht op één thema of doelgroep, bijvoorbeeld eenzaamheid) en Geïndiceerde preventie (bijvoorbeeld de 'In de put, uit de put'-cursus). Jaap spitst zijn betoog toe op preventieve activiteiten bij ouderen en community-interventies. De activiteiten bij ouderen waarbij de SPV een rol kan spelen zijn cursorische onderdelen zoals de In de put, uit de put'-cursus voor 55+, maar ook, vroegsignalering en psycho-educatie. De community-interventie is interessant. Wat kun je doen in de wijk, hoe kun je als SPV samenhang bereiken en waar liggen de kansen. Hoe sluit je aan bij lokale situaties, de huisarts, woningbouwvereniging, maatschappelijk werk en andere organisaties?

Martin Morsman gaat in zijn deel van de duo-presentatie in op vroegdetectie. De prodromale fase, de periode voor de komst van floride psychotische symptomen en de periode van de niet gediagnosticeerde en behandelde psychose. Vervolgens vertelt hij over de periode om in contact te komen met de specialist (delay). In Nederland duurt deze keten zes maanden en in Australië 2½ jaar. Via de gevolgen van uitstel van behandeling en de voordelen en strategieën van vroeg detectie, komen we terecht bij een casus die, hoe kan het ook anders, het belang van vroegdetectie onderstreept.

De groep wordt opgesplitst en we proberen aan de hand een geschetste situatie kritisch te zijn naar de bril waardoor we kijken en de vinger aan onze pols te leggen met de vraag hoe 'open-minded' we zijn. Aan den lijve voel ik hoe lastig het is om van mijn eerste indruk af te komen.

Herro Kraan verzorgt samen met Job van 't Veer de workshop: Arbeid contra stigma. Van 't Veer, docent psychologie aan de Hogeschool in Leeuwarden, is bezig met een promotieonderzoek rond dit thema en wordt daarin begeleid door Kraan. Na een korte inleiding die goed aansluit bij de inleiding van Kraan, kijken we naar een video opname van een gesprek tussen een reïntegratiedeskundige en een vrouw met persoonlijkheidsproblematiek die onlangs startte met een nieuwe baan. De destigmatiserende factor in dit gesprek op de band moet vooral liggen in het contact tussen de twee, maar er gaat nogal wat mis in het gesprek. Wij moeten ons verdiepen in het gesprek en benoemen wat goed loopt en waar het mis gaat. Kraan en Van 't Veer benadrukken de destigmatiserende factoren in een gesprek: gelijkwaardigheid, vrijwilligheid, direct persoonlijk zijn en een gezamenlijk doel dienen. We houden weinig tijd over, voor de specifieke rol van een SPV bij arbeidsreïntegratie is helaas geen gelegenheid meer.

### **Tot slot**

Na de workshops volgt voor half leeggelopen zaal nog een korte terugkoppeling van de workshops. Jaap te Velde kijkt terug op een geweldige studiemiddag. De slotconclusies na deze dag is dat preventieactiviteiten belangrijk zijn voor de beïnvloeding van beeldvorming. Vroegtijdige signalering, ontwikkeling van 'terugval' preventieprogramma's en een kritische zelfreflectie dragen bij aan positieve beïnvloeding van de beeldvorming. Het terrein dat bij aanvang van de middag voor SPV-en braak lag heeft in ieder geval enige vorm en inhoud gekregen.

---

## **Vermaatschappelijking: enclave of integratie?**

**Michel van Dijk**, SPV en journalist

*De NVSPV organiseerde samen met de MGZ-opleiding van de Avans Hogeschool in Breda op vier november jl. de laatste in een reeks van zeven studiemiddagen in het kader van het vijftienvijftig jarig bestaan van de vereniging.*

Het was vreemd om als Amsterdammer donderdag 4 november af te reizen naar Breda, om daar een studiemiddag over vermaatschappelijking bij te wonen. Niet vanwege Breda of het gekozen onderwerp, integendeel. Maar zelden heb ik me als Amsterdammer meer ontheemd en verward gevoeld als in die eerste dagen na de moord op Theo van Gogh. Reizend naar Breda had ik het gevoel of ik even mocht wegvluchten van de frontlines.

Het maakte de bijeenkomst voor de auteur tot een enigszins vervreemdende ervaring. Gewoon een symposium houden over psychosociale hulpverlening, terwijl de hoofdstad in brand staat. En dat gevoel verminderde niet, ondanks dat er tijdens de middag op geen enkel moment en door geen enkele spreker over de gebeurtenissen werd gerept. En waarom zou men ook? Het zou immers gaan over vermaatschappelijking van cliënten met een psychiatrische handicap, en niet over een botsing tussen het vrije woord en moslimextremisme. Wat dat betreft was het bijna bewonderenswaardig hoe de deelnemers zich, alsof er niets aan de hand was, wisten te focussen op het gekozen onderwerp. En ook de auteur deed zijn uiterste best...

De bijeenkomst zelf was redelijk goed bezocht. Ik schat dat zo'n zeventig mensen de weg naar de aula van de Avans Hogeschool hadden weten te vinden. Is dat veel of weinig? Ik veronderstel dat de organisatoren tevreden waren met een dergelijke opkomst. Het thema van de middag was 'vermaatschappelijking van de ggz-zorg'. Irene Tolner, bestuurslid van de NVSPV stipte in haar inleiding aan dat

het de strekking was van alle studiemiddagen in het jubileumjaar: een brede benadering van sociale psychiatrie en verpleegkunde. Ook de studiemiddag in Breda slaagde wonderwel in deze opzet.

Robbert Gobbens, voorzitter van de onderwijscommissie afdeling Verpleegkunde Avans Hogeschool memoreerde vervolgens dat de MGZ-opleiding in Breda nog niet zo lang bestaat. Met gepaste trots meldde hij dat dit het eerste symposium was dat onder de vlag van deze opleiding plaatsvond.

### **Houdbaarheidsdatum**

Daarna was het de beurt aan Rick Kwekkeboom, lector Vermaatschappelijking in de Zorg aan de Avans Hogeschool. Zij spreekt, verwijzend naar de dichtregel van Lucebert, over de 'waarde en weerloosheid van de vermaatschappelijking in de zorg.' Om te beginnen merkt ze op dat de term vermaatschappelijking al meer dan twintig jaar een kernwoord is in de zorg voor mensen met psychiatrische beperkingen. Ook in de diverse beleidsnota's, waarin de houdbaarheidsdatum van beleidsjargon toch vaak al na een jaar verstreken is, heeft dit begrip het al twintig jaar overleefd. Blijkbaar heeft 'vermaatschappelijking' ons nog steeds iets te zeggen en appelleert het ook nu nog aan een wens van ons, burgers en hulpverleners, om onze kwetsbare medeburgers te laten 'meedoen' in de maatschappij.

Het begrip 'vermaatschappelijking' heeft in de loop der jaren wel meer betekenissen gekregen, stelt Kwekkeboom. Al is het doel nog steeds: het behouden en vergroten van maatschappelijke participatie en integratie van mensen met beperkingen. Kwekkeboom merkt op dat voor het behalen van dit doel aan een aantal voorwaarden voldaan moet zijn. In de eerste plaats het scheiden van wonen en zorg, een ontwikkeling die in de jaren '80 in gang is gezet in de ggz (met als gangmaker de anti-psychiatrie) en inmiddels ook door andere zorgdomeinen, zoals de ouderenzorg is overgenomen. Cliënten hebben immers de wens om ergens anders te kunnen wonen dan in de instelling.

Extramuralisering is echter niet genoeg. Ook buiten de muren van de instelling moeten er voorzieningen zijn, liefst op maat. Zoals huisvesting, welzijnsvoorzieningen, verzorging, behandeling, dagbesteding en werk. Een integraal voorzieningenaanbod is een sine qua non voor vermaatschappelijking. Dat aanbod moet zo dicht mogelijk bij huis geboden worden, in de vorm van lokale arrangementen en aangeboden door lokale instellingen.

Een derde voorwaarde voor vermaatschappelijking is 'netwerkvorming van categorale en algemene voorzieningen', onder het motto: algemeen wat kan, categoriaal wat moet. Thuiszorg, woningcorporaties en categorale instellingen dienen met elkaar samen te werken en gebruik te maken van elkaars kracht. Alleen zo kan worden voorkomen dat er mazen ontstaan in het 'vangnet'. Dit alles vraagt om samenhang en afstemming. Coördinatie is daarom van levensbelang. De lokale overheid is vaak de partij die deze coördinerende rol het beste op zich kan nemen.

Kwekkeboom stelt vast dat aan deze drie voorwaarden voor vermaatschappelijking lang niet altijd wordt voldaan. Samenwerking vindt vaker ad hoc dan structureel plaats, en als er al samenwerking is, dan is dat meestal op basis van een financieringsgrondslag (bijvoorbeeld vanuit de AWBZ of via subsidie aan welzijnsinstellingen.) Bovendien is de lokale overheid niet in ieders ogen de meest logische regisseur. Soms vindt de lokale overheid dat zelf ook. Een lokaal, integraal en samenhangend voorzieningenaanbod blijft daardoor vaak achterwege.

### **Mantelzorg**

Meer eigen verantwoordelijkheid van de cliënt en een grotere rol van de mantelzorg zijn eveneens voorwaarden voor vermaatschappelijking. Deze voorwaarden hangen sterk samen met een verdere afbouw van de professionele zorg. Kwekkeboom stelt vast dat aan deze voorwaarden al behoorlijk is voldaan.

Hulpvragers doen al een beroep op de mantelzorg, en zoeken vaak pas professionele hulp als dat echt nodig is. Ze zoeken eerst en vooral oplossingen in eigen kring. Er is dus al veel inzet van leden uit het sociale netwerk; overbelasting dreigt echter.

Naast bovengenoemde voorwaarden behoort de samenleving ook zelf een actieve speler te zijn in het proces van vermaatschappelijking. Passieve acceptatie en tolerantie is niet voldoende, actieve betrokkenheid (in de vorm van burenccontact, vrijwilligerswerk enzovoort) is essentieel. Kwekkeboom constateert dat de samenleving vaak strikte voorwaarden stelt aan haar acceptatie en tolerantie van mensen met een psychiatrische handicap. Daarnaast blijft de actieve betrokkenheid meestal beperkt tot opvang en begeleiding van 'bekenden' (een familielid, een buurman).

Het werven van vrijwilligers is een wankel en onzeker instrument. Soms verloopt dit moeizaam, soms wisselend, soms probleemloos. Tenslotte blijken burgers meer bereid tot het bieden van hulp wanneer ze adequate voorlichting krijgen over nut en noodzaak hiervan. Deze voorlichting dient dan wel continu te worden aangeboden, anders verzanden al snel alle goede bedoelingen.

Daarna spreekt Kwekkeboom over de voorgenomen veranderingen in wet- en regelgeving, zoals de modernisering van de AWBZ en de introductie van de Wet Maatschappelijke Opvang (WMO.) Deze veranderingen hebben als doel om genoemde voorwaarden voor vermaatschappelijking te verwezenlijken. Helemaal zonder risico zijn ze echter niet. Ze vergroten de kans op overbelasting van de mantelzorg en bovendien zou het draagvlak voor vermaatschappelijking wel eens het slachtoffer kunnen worden van deze 'veranderdrift' van de wetgever. Tenslotte gaat Kwekkeboom in op misschien wel de belangrijkste voorwaarde voor vermaatschappelijking: inzicht in de wensen, behoeften en ervaringen van gebruikers van de zorg. Vandaar dat het lectoraat van de Avans Hogeschool de wensen van cliënten van ggz-instellingen in West-Brabant en Zeeland in kaart brengt: Wat vinden zij van vermaatschappelijking en waarom is dit volgens hen nodig?

## **IRB**

Hanneke Henkens, rehabilitatiedeskundige en programmacoördinator ggz-Eindhoven, spreekt over rehabilitatie en maatschappelijke participatie. Ze gaat vooral in op de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB), die tien jaar geleden vanuit Boston is overgewaaid naar Nederland. Sindsdien werkt ggz-Eindhoven met de IRB-methode.

Rehabilitatie betekent volgens Henkens dat mensen met psychiatrische beperkingen geholpen worden beter te functioneren, zodat ze met succes en naar tevredenheid kunnen wonen, werken, leren en sociale contacten onderhouden, met zo min mogelijk professionele hulp. Verbetering van rollen op gebied van werk en sociaal functioneren (partner, opvoeder, burger) is daarvoor een vereiste.

Kenmerk van rehabilitatie is dat het een dialoog is tussen cliënt en omgeving. Ook een inventarisatie van de mening van 'belangrijke anderen' (anderen die veel invloed hebben op de cliënt, zoals ouders, partner, werkgever of huisbaas) is belangrijk. Bovendien dient de

cliënt een 'geinformeerde keuze' te kunnen maken over wat hij wel of niet wil. 'Informed consent' is ook voor het rehabilitatieproces van levensbelang.

IRB bestaat uit diagnostiek, planning en interventies. Diagnostiek betekent het stellen van doelen gericht op de toekomstwensen van de cliënt. Deze doelen dienen concreet en omgevingsspecifiek te zijn geformuleerd. Bijvoorbeeld: Ik wil in de zomer zelfstandig wonen in een 2-kamerflat in de wijk Woensel in Eindhoven. Of: Ik wil over zes maanden gaan werken als magazijnbediende in een klein dienstverlenend bedrijf. Henkens merkt op dat deze diagnostische

benadering, die op de toekomst is gericht, afwijkt van de medische diagnostiek en behandeling, die veelal op het verleden van de cliënt is gericht. Planning (in de vorm van stappenplannen) en interventies staan vervolgens in dienst van de geformuleerde doelstelling. Dat geldt ook voor de gesprekken tussen cliënt en hulpverlener, waarin de angsten en verlangens van de cliënt worden geëxploreerd. Deze gesprekken monden tevens uit in een 'doelvaardigheidsprofiel', waarin staat hoeveel steun de cliënt nodig heeft bij het verwezenlijken van zijn doelen, en welke vaardigheden hij zich dient eigen te maken om zijn doelen te kunnen behalen.

### **Verantwoordelijkheid**

Rehabilitatie kan hoopgevend zijn: cliënten kunnen hun doelen halen. Maar het kan ook teleurstellend zijn, vanwege de vele drempels in de ggz en in de buitenwereld. Zoals het gebrek aan vertrouwen, gebrek aan kennis, gebrek aan hulpbronnen of gebrek aan voorbereiding. De samenleving is lang niet altijd voorbereid op de komst van mensen met een psychiatrische handicap. Steun van de ggz is dus onontbeerlijk. Daarom vergt IRB ook van de hulpverlener de nodige inspanningen. Hij moet zich actief oriënteren op de maatschappij, bijvoorbeeld door gesprekken te voeren met werkgevers en met opleiders. Hij vormt de 'brug' tussen cliënt en buitenwereld, zij het altijd in overleg met cliënt en vanuit een 'cliëntgecentreerde' benadering.

Ggz-Eindhoven voert in samenwerking met haar maatschappelijke partners diverse rehabilitatieprojecten uit. In het project DOOR zorgen woningcorporaties binnen drie maanden voor huisvesting voor de cliënt en verzorgt de ggz minimaal een jaar passende woonbegeleiding. In het IPS-programma zoekt ggz-Eindhoven samen met relevante partners naar regulier betaald werk voor haar doelgroep, en in het project 'Begeleid Leren' werken ROC-docenten en ggz-medewerkers samen aan de begeleiding van leerlingen met psychiatrische problemen. Deze voorbeelden demonstreren volgens Henkens dat de ggz steeds meer haar verantwoordelijkheid neemt voor het proces van vermaatschappelijking van haar cliënten.

### **Ervaringsdeskundigen**

Na de pauze is het tijd voor drie workshops, waarvan de auteur er twee heeft bijgewoond. Ervaringsdeskundigen Roland van den Nieuwenhuijzen en Daan Schinning gaven een workshop met als thema 'ervaringsdeskundigheid onbetaalbaar, maar geen stuiver waard'. Dat laatste is in hun geval niet geheel correct, daar beiden een betaalde functie hebben als rehabilitatiedeskundigen bij ggz Eindhoven. Beide menen zich overigens met recht ervaringsdeskundig te kunnen noemen: Schinning heeft in negen jaar een 'caseload' opgebouwd van elf hulpverleners (zes psychiaters, één psycholoog, twee casemanagers en twee SPV'en) en Van den Nieuwenhuijzen kan in zijn cliëntencarrière zelfs terugkijken op een 'caseload' van dertien hulpverleners: drie psychiaters, vier psychologen, één maatschappelijk werkende, twee SPV'en en twee trainers. Een hele prestatie, inderdaad.

Tijdens de workshop blijkt dat hulpverleners de therapeutische betekenis van ervaringsdeskundigen waarderen. Bijvoorbeeld in het geval van lotgenotengroepen, waarin het vooral gaat om het delen en herkennen van ervaringen. Ingewikkelder wordt het wanneer ervaringsdeskundigen plotseling betaalde collega's worden. Van den Nieuwenhuijzen en Schinning stellen de aanwezige hulpverleners de vraag wat ze hiervan vinden, en welke meerwaarde ze hierin zien. De reacties zijn gemengd. Gesuggereerd wordt dat ervaringsdeskundigen specifieke kennis en ervaringen kunnen overbrengen, die aanvullend is op de voorlichting van psychiater en SPV. Ook kan een ervaringsdeskundige een rolmodel zijn voor de cliënt, door te demonstreren dat herstel mogelijk is.

## **Menstruatie**

Zelf vertelt Van den Nieuwenhuijzen dat ervaringsdeskundigen in betaalde dienst hard moeten vechten tegen vooroordelen van collega-hulpverleners. 'Een collega-ervaringsdeskundige, een ex-verslaafde, werkt in de verslavingszorg. Toen hij een tijdje ziek was, vroeg het team zich direct af: heeft hij griep of is er iets anders aan de hand? Ze waren natuurlijk bang dat hij weer was teruggevallen in zijn verslaving. Als ervaringsdeskundige moet je vechten tegen zulke vooroordelen.'

Discussie ontstaat over de vraag of er een functieprofiel moet komen voor ervaringsdeskundigen. In zo'n profiel kan bijvoorbeeld staan wat hun taken zijn en wanneer je wel of niet het beste gebruik kunt maken van hun ervaringsdeskundigheid. Is een crisis bijvoorbeeld het meest geschikte moment om een ervaringsdeskundige in te zetten, of is het misschien juist beter om dat te doen als de cliënt is gestabiliseerd?

Sommige aanwezigen zijn bang dat ervaringsdeskundigen te veel over hun eigen ervaringen praten met cliënten. Van den Nieuwenhuijzen bestrijdt dit. Wel stelt hij dat ervaringsdeskundigen vanuit hetzelfde referentiekader werken als cliënten, en hen vanuit dit perspectief hun ervaringen aanbieden. 'Vergelijk het met een gesprek tussen vrouwen over menstruatie. Mannen hebben daar geen ervaring mee, en zullen dus altijd meer op afstand over dit onderwerp spreken.'

## **Invalidering**

Door de Grauw en Susan Jansen, als SPV en maatschappelijk werkende verbonden aan het ACT-team van GGZ-Eindhoven, spreken in hun workshop over de verhouding tussen Assertive Community Treatment (ACT) en vermaatschappelijking. Hun stelling is dat ACT behandeling en reïntegratie combineert. Het ACT-team in Eindhoven werkt multidisciplinair en vanuit een teamverantwoordelijkheid. Hulpverleners hebben geen eigen caseload, maar delen samen de gehele caseload. Tijdens het ochtendoverleg wordt besproken welke hulpverlener welke cliënt die dag zal begeleiden. Deze keuze hangt sterk samen met de hulpvraag en zorgbehoefte van de cliënt op dat moment. Jongeren met een eerste psychose, vaak in combinatie met middelengebruik, zijn de primaire doelgroep van het ambulante werkende ACT-team. Doel is nieuwe psychotische episoden bij hen te voorkomen, de kwaliteit van hun leven te verhogen en hun maatschappelijke rollen te behouden. In deze doelen ligt volgens De Grauw en Jansen de kracht van ACT én de relatie met vermaatschappelijking van deze doelgroep. 'ACT is geen vermaatschappelijking, maar gaat er in feite aan vooraf, door preventief te werken, direct hulp te bieden en de maatschappelijke rollen van de jongeren zoveel mogelijk te behouden. We streven er bijvoorbeeld naar ze op school of aan het werk te houden. Door snel en op maat in te grijpen voorkomen we verdere invalidering van de jongeren en houden we ze in de samenleving.'

## **Zorgboerderij**

Na de workshops is het tijd voor de afsluitende forumdiscussie, waaraan alle sprekers van de workshops meedoen. De discussie wordt gevoerd aan de hand van enkele stellingen. Roland van den Nieuwenhuijzen stelt ook tijdens de forumdiscussie de rol van ervaringsdeskundige als collega aan de orde. Een SPV uit het publiek betreurt het scherpe onderscheid dat hierdoor aangebracht wordt tussen professionals en cliënten. 'Ik ken veel collega's die ooit ook patiënt zijn geweest, doordat ze in heden of verleden professionele hulp hebben gezocht. Bijvoorbeeld in de vorm van psychotherapie. Deze professionals kennen de cliëntenrol vanuit hun eigen ervaring dus heel goed.'

Rick Kwekkeboom werpt de stelling op of niet elke cliënt die zelfstandig woont en zorg en ondersteuning nodig heeft, het meest gebaat is bij een breed opgeleide beroepskracht. Wat haar betreft is een SPV ook goed inzetbaar in de verstandelijke gehandicaptenzorg. Hanneke Henkens ziet dat niet snel gebeuren.

De zorgprogrammering dwingt SPV'en er juist steeds meer toe zich te specialiseren, bijvoorbeeld in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen of psychotische stoornissen. Tegelijkertijd constateert ze dat de door Kwekkeboom aanbevolen brede aanpak in de praktijk allang plaatsvindt. 'Ik ken een zorgboerderij waar 's ochtends verstandelijk gehandicapten langskomen, 's middags psychiatrisch patiënten en 's avonds verslaafden uit de verslavingszorg. En de boer en zijn vrouw moeten dat allemaal kunnen hanteren.' Roland van den Nieuwenhuijzen sluit zich hierbij aan. 'Voor mij is vermaatschappelijking niets anders dan het aanbrengen van enclaves in de stad en het stellen van ingewikkelde indicaties, om er maar voor te zorgen dat cliëntengroepen en hulpverleners zoveel mogelijk van elkaar vandaan blijven. Zo is iedereen koning in zijn eigen domein.'

---

## Eetstoornissen, een veel voorkomend probleem bij jonge vrouwen

**Deirdre Tielen**, gezondheidszorg psychologe en klinisch psychologe i.o., werkzaam bij de GGZ-Midden-Holland in Gouda

### **Wat is een eetstoornis?**

Bij een eetstoornis is er sprake van een verstoring in het denken en doen rondom eten. Eetstoornissen komen voornamelijk voor bij jonge vrouwen. Kenmerkend is een sterke preoccupatie met voeding, lichaam en gewicht. De DSM-IV maakt onderscheid tussen drie soorten eetstoornissen, te weten anorexia nervosa, bulimia nervosa en de eetstoornis niet-anderszins-omschreven (NAO).

Bij anorexia nervosa is er sprake van een weigering het lichaamsgewicht te handhaven op of boven een voor de leeftijd en lengte minimaal normaal gewicht. Daarbij hebben deze patiënten een verstoorde lichaamsbeleving en een grote angst om in gewicht aan te komen en dik te worden. De angst om dik te worden blijft bij verdere vermagering bestaan. Een bijkomend criterium is dat de menstruatie reeds drie maanden afwezig moet zijn. Er zijn twee typen anorexia nervosa; het beperkende type waarbij er enkel wordt gevast, en het purgerende type waarbij naast voedselbeperking ook laxeermiddelen worden gebruikt, zelf braken wordt opwekt of vreetbuien voorkomen.

Bij bulimia nervosa is er sprake van regelmatige vreetbuien waarin binnen een kort tijdsbestek grote hoeveelheden voedsel worden geconsumeerd. Vreetbuien worden gevolgd door pogingen van de patiënte om de gevolgen van de vreetbuien voor het lichaamsgewicht ongedaan te maken. Patiënte doet dit door middel van zelfopgewekt braken, laxeermiddelengebruik of extreme lichaamsbeweging. Direct daarop volgt doorgaans weer de intentie om te lijnen. Om vast te kunnen stellen dat er sprake is van bulimia nervosa moeten de vreetbuien minstens twee keer per week gedurende drie achtereenvolgende maanden voorkomen. Tijdens een vreetbui heeft de patiënte het gevoel de beheersing over het eten kwijt te zijn. Er zijn twee typen bulimia nervosa; het purgerende type, waarbij sprake is van zelfopgewekt braken en laxantia gebruik, en het niet-purgerende type, dat vasten of extreme lichaamsbeweging gebruikt als compensatiegedrag voor de eetbuien.

De derde categorie eetstoornissen is de eetstoornis NAO. Binnen deze categorie valt de vreetbuienstoornis, ook wel Binge Eating Disorder (BED). De vreetbuienstoornis wordt gekenmerkt door terugkerende episodes van vreetbuien met controleverlies, maar in tegenstelling tot bulimia nervosa volgt er geen

compensatiegedrag. Hierdoor is er bij deze groep patiënten dan ook vaak sprake van (ernstig) overgewicht. Binnen de categorie eetstoornis NAO vallen ook die patiënten die aan een aantal kenmerken van anorexia of bulimia nervosa voldoen, maar niet aan alle.

### **Hoe vaak komt een eetstoornis voor en bij wie?**

Eetstoornissen komen vooral voor bij jonge vrouwen en ontstaan meestal in de puberteit of jongvolwassenheid. Eetstoornissen komen ook voor bij jongens, echter dit aantal ligt aanzienlijk lager. Slechts 5% van de patiënten met een eetstoornis is man. De frequentie van anorexia nervosa is gelijk verdeeld over het platteland, de middelgrote steden en de grote steden. De frequentie van bulimia nervosa neemt toe naarmate de verstedelijking toeneemt. In Nederland lijdt jaarlijks ongeveer 0,4% van de vrouwen aan anorexia nervosa en 1,5% van de vrouwen aan bulimia nervosa. De frequentie van de eetstoornis NAO in Nederland is nog onbekend. Opvallend is wel dat in tegenstelling tot anorexia en bulimia nervosa de vreetbuienstoornis (BED) even vaak lijkt voor te komen bij mannen als bij vrouwen.

### **Co-morbiditeit en het beloop van een eetstoornis**

Eetstoornissen gaan vaak samen met andere psychische stoornissen, met name stemmingsstoornissen, angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Gemiddeld gaat er zeveneneenhalf jaar voorbij vanaf het moment dat een patiënte<sup>1</sup> een eetstoornis ontwikkeld tot dat ze ervan hersteld. Daarnaast herstelt ongeveer 40% van de patiënten volledig, 40% herstelt gedeeltelijk en 20% herstelt niet. Ongeveer 10% van de patiënten overlijdt vroegtijdig aan de gevolgen van uithongering of suïcide.

### **Wat zijn de oorzaken van een eetstoornis?**

Tegenwoordig gaat men er vanuit dat een combinatie van psychologische, socioculturele en biologische factoren een rol speelt bij het ontstaan en het in stand houden van een eetstoornis. Bij de psychologische factoren kan men denken aan een negatief zelfbeeld, een lage mate van zelfvertrouwen en de neiging tot perfectionisme. Een veelgenoemde socioculturele factor is het slankheidsideaal. In veel Westerse landen bestaat er een groot verschil tussen het feitelijke en het ideale lichaam van vrouwen, waarbij het ideale lichaam steeds slanker wordt. Het ideale lichaam wordt gekoppeld aan het hebben van succes, binnen vriendschappen, relaties, op school of op het werk. Als biologische factor lijken genetische elementen een rol te spelen bij het ontstaan van een eetstoornis en de aanleg voor vetzucht en zwaarlijvigheid. Zodra de eetstoornis zich heeft ontwikkeld draagt een ontregeld honger- en verzadigingsgevoel bij aan het in stand houden ervan.

### **Wat zijn de gevolgen van een eetstoornis?**

De gevolgen van een eetstoornis doen zich op psychisch, sociaal en lichamelijk gebied voor. Op sociaal gebied raken patiënten vaak geïsoleerd omdat zij hun problemen voor de buitenwereld geheim willen houden. Ze gaan situaties waarin ze geconfronteerd kunnen worden met eten, zoals op feesten en partijen, vaak uit de weg. Als de omgeving op de hoogte is van het gestoorde eetgedrag of de toenemende vermagering, veroorzaakt dit vaak veel onbegrip, bezorgdheid en spanningen. Bij de patiënte slokt de eetstoornis vaak alle tijd, energie en aandacht op. Deze gaat naar het wel of niet eten, dik of dun zijn en lichaamsbeweging om zoveel mogelijk calorieën te verbranden. Het gevolg hiervan is vaak depressie en eenzaamheid.

---

<sup>1</sup> In de tekst wordt gebruik gemaakt van de term patiënte in plaats van patiënt omdat de doelgroep voor het grootste gedeelte uit (jonge) vrouwen bestaat.

Daarnaast hebben eetstoornissen ook vaak lichamelijke gevolgen. Bij anorexia nervosa patiënten ontstaat als gevolg van het ondergewicht en de voedselbeperking vaak een vertraagde ademhaling, hartslag, dalende bloeddruk en/of afname van spierweefsel. Door braken of het gebruik van laxeremiddelen kan de elektrolytenhuishouding ernstig verstoord raken. Een kaliumtekort kan spierkrampen en hartritmestoornissen veroorzaken. De meeste lichamelijke gevolgen zijn omkeerbaar en verdwijnen zodra er weer sprake is van een gezonde voedingstoestand.

De vreetbuienstoornis (BED) gaat vaak gepaard met ernstig overgewicht. De lichamelijke gevolgen hiervan kunnen zijn suikerziekte, hart en vaatziekten, artrose en verschillende vormen van kanker.

### **De behandeling van eetstoornissen**

Bij de behandeling van eetstoornissen wordt het meest gebruik gemaakt van het cognitief-gedragstherapeutische model.

In principe wordt er gekozen voor een ambulante behandeling aangezien deze het leven van een patiënte het minst ontregelt. Echter als bij herhaling een adequate ambulante behandeling geen effect heeft, er ernstige lichamelijke complicaties dreigen, er sprake is van ernstige psychiatrische co-morbiditeit of een steunsysteem ontbreekt, kan gekozen worden voor een intensievere behandelvorm. Gedacht kan worden aan deeltijd- of klinische behandeling.

Patiënten met een eetstoornis wachten vaak lang met het zoeken naar hulp. Men ontkent aanvankelijk vaak ziek te zijn. Bij anorexia patiënten bestaat er vaak een duidelijke ambivalentie ten aanzien van de behandeling doordat aan voedselbeperking en een laag lichaamsgewicht positieve betekenissen worden toegekend. Voorbeelden hiervan zijn het hebben van controle, leveren van een prestatie en het gevoel speciaal te zijn. Patiënten met bulimia nervosa schamen zich vaak voor hun ziekte waardoor de drempel om hulp te zoeken hoog is.

Bij het begin van een behandeling zijn patiënten met een eetstoornis vaak extern gemotiveerd. Dat wil zeggen dat zij in eerste instantie bijvoorbeeld in behandeling komen om hun ouders of partner gerust te stellen. Middels motivatietechnieken wordt de patiënt aangezet tot het ontwikkelen van een interne motivatie.

Vervolgens is de behandeling in eerste instantie gericht op het normaliseren van het eetgedrag en lichaamsgewicht en het stoppen met braken en laxeremiddelengebruik. Daarna wordt er gewerkt aan het bijstellen en corrigeren van de gestoorde cognities rondom voedsel, gewicht, uiterlijk en het gevoel van eigenwaarde. Vervolgens ontstaat de mogelijkheid voor verdere behandeling die gericht is op de achterliggende problematiek. Vaak heeft deze te maken met een stagnatie in de ontwikkeling van autonomie en identiteit. Ook wordt er gewerkt aan terugvalpreventie.

Bij zeer jonge patiënten wordt vaak de familie betrokken in de behandeling.

### **Preventie van eetstoornissen**

Preventie van eetstoornissen is belangrijk omdat het gaat om een stoornis met een grote kans op een chronisch beloop en een moeilijk herstel zodra de ziekte zich ontwikkeld heeft. Er zijn echter nog geen methoden die het ontstaan van een eetstoornis kunnen voorkomen. Er bestaan wel preventieprogramma's gericht op het afnemen van de risicofactoren voor het ontstaan van een eetstoornis, en op het vroegtijdig onderkennen en signaleren van een eetstoornis.

Doordat verschillende socioculturele, psychologische en biologische factoren een rol kunnen spelen bij het ontstaan van een eetstoornis, wordt ook hiernaar

gekeken bij de preventie. De programma's richten zich op het relativeren van het slankheidsideaal en het informeren over de schadelijke gevolgen van lijnen. Tevens wordt het belang van het verkrijgen van zelfvertrouwen, een positieve lichaamsbeleving en effectieve manieren om met problemen om te gaan benadrukt.

Essentieel voor de preventie is ook de rol van huis- en schoolartsen. Zij zouden in staat moeten zijn, of getraind moeten worden om in een vroeg stadium afwijkend gedrag rondom het eten en het lichaam te herkennen, en zondig eerste voorlichting te kunnen bieden of door te verwijzen. Daarnaast is het belangrijk dat hulpverlening laagdrempelig is zodat deskundig advies en behandeling toegankelijk is.

---

## Literatuur

- Jansen A, Meyboom A. Behandelingsstrategieën bij bulimia nervosa, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998.
- American Psychiatric Association. Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV. Washington, D.C., 1994

[www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)  
[www.eetstoornis.info.nl](http://www.eetstoornis.info.nl)  
[www.psychowijzer.nl](http://www.psychowijzer.nl)  
[www.sabn.nl](http://www.sabn.nl)

---

## De SPV: deerniswekkende Don Quichote van de GGZ ?

**Bauke Koekkoek**, SPV en verpleegkundig specialist i.o.

Met verwondering las ik het laatste exemplaar van Sociale Psychiatrie (juli 2004, nummer 72). In verschillende stukken werd geschreven over 'werkelijk' contact met de cliënt maar het meest opvallend gebeurde dat in Anouska Cremers' lofzang op Gerard Lohuis. Hoewel als recensie van 'Ga weg, ik heb je nodig' verpakt, ging het er haar toch schijnbaar vooral om 'de methode Lohuis' toe te juichen. 'Wie de columns goed vindt, heeft de sociale psychiatrie begrepen', schrijft ze op p. 48. 'Het gaat over (...) dé sociaal psychiatrische hulpverlener, zoals deze los van allerlei protocollen en professionele wetenswaardigheden zijn werk doet...' (p. 48).

Allerlei gedachten gaan door mijn hoofd: als ik de columns níet goed vindt, snap ik dan niets van de sociale psychiatrie ?; als ik me wél iets aantrek van professionele wetenswaardigheden ben ik dan geen sociaal-psychiatrisch verpleegkundige ?; als ik niet zo werk als Lohuis, ben ik dan wel een échte hulpverlener ? Cremers lijkt middels Lohuis' bundel te proberen een leegte op te vullen met stelligheden. Die leegte, ontstaan door ons nog immer uitblijvende antwoord op de vraag wat het SPV-vak nu eigenlijk behelst, is schijnbaar zo lastig te verdragen dat Lohuis nu als maat der (SPV-)dingen wordt genomen.

Helaas, ik herken me niet in dit universum van beeldspraak en metaforen. Ik respecteer Lohuis' hulpverlenerswerk (ik zou het zelf niet kunnen opbrengen) maar verzet me tegen de romantisering en idealisering ervan. Lohuis' bundel en Cremers' toejuichingen dragen bij aan het beeld van de SPV als een zeer bijzondere hulpverlener die door middel van exact de juiste interventies op precies de goede momenten wonderbaarlijke effecten weet te bewerkstelligen.

En ook al slaagt de SPV onverhoopt niet (Lohuis heeft wijselijk ook enkele mislukkingen en teleurstellingen beschreven), altijd is daar de wijsheid en het begrip. Steeds had de SPV toch het 'juiste' voor ogen, altijd was er de goede wil die slechts werd beperkt door het menselijk onvermogen. Daarmee plaatst Cremers Lohuis, en zichzelf, buiten iedere verdenking. Dit is zoals het hóórt, zoals het móet, dit is letterlijk 'dé sociaal psychiatrische hulpverlener'.

Zo'n beroepsprofiel roept bijzondere beelden bij me op: de SPV als een moderne Don Quichote die strijdt tegen 'het systeem'. Een verzetsbeweging 'die indruist tegen wat er zoal gebruikelijk is in hulp- en dienstverlenend Nederland' (p. 49). De dappere SPV, met in zijn kielzog de als Sanzo Pancha vermomde psychiatrische cliënt, strijdt niet alleen tegen 'loketten' maar ook tegen 'protocollen' en 'professionele wetenswaardigheden'. Wat de 'burgerlijke ongehoorzame' SPV doet 'staat in geen enkel leerboek' maar is 'altijd respectvol'. Ronkende taal vind ik het, waarin de reddersdramatiek en het hulpverlenersnarcisme maar net onder de oppervlakte blijven. En er voor de zoveelste keer een schijntegenstelling wordt gecreëerd tussen contact met de cliënt en objectiverend onderzoek. Het is deze 'onder-tegen' attitude die verhoedt dat we als beroepsgroep écht kijken waarover ons werk gaat. Het stellen van kritische vragen wordt erdoor voorkómen: moeten we de redderheroiek niet inruilen voor maatschappelijke actie of kritische zelfreflectie? Moeten we het voortdurende hameren op onze bijzondere 'werkrelatie' met cliënten niet vervangen door gedegen onderzoek daarnaar? Moeten we onze van waardeoordelen bolstaande terminologie (zie ook p. 29 van dezelfde SP voor een fraai rijtje 'goed' versus 'fout', ofwel 'presentie' versus 'interventie') niet afdanken, ten gunste van neutrale taal?

Het hoge 'zo hoort het'-gehalte van bovengenoemde bijdragen in de laatste SP verwondert en vermoeit me. Begrip en beschikbaarheid (voor cliënten) worden gepredikt terwijl overtuiging en oplossing worden gepraktiseerd (naar SPV-collega's). Zolang de retoriek de boventoon voert, wordt ik er niet door geïnspireerd. Wellicht ben ik de enige SPV die het allemaal niet begrepen heeft maar ik waag dat te betwijfelen. Het lijkt alsof we graag allemaal heel politiek correct volhouden dat 'wij verpleegkundigen' zo bijzonder zijn voor onze cliënten. Dat is vast heel goed voor ons eigen zelfbeeld maar dan moeten we ook niet klagen dat leken ons nog altijd zien als barmhartige Samaritanen. Zeker niet als we ons vakblad volschrijven met teksten die oproepen toch vooral Samaritaan te blijven en wars te zijn van inhoudelijke verdieping.

---

*Frans vroeg aan Frans in het Frans, is Frans in het Frans Frans? Nee, zei Frans tegen Frans in het Frans, Frans in het Frans is François.*

## Reactie op Bauke Koekkoek

**Anouska Cremers, SPV**

Tja, ja...

Ik moest een beetje lachen om de reactie van gewaardeerde collega Koekkoek. Ik kan namelijk niet anders dan onderschrijven wat hij bepleit. Namelijk dat de deskundigheid van de SPV tevens herkenbaar is aan de vaardigheden om activiteit en overweging te abstraheren, hierop te reflecteren en deze plaatsen tegen een (wetenschappelijk) theoretische achtergrond. Tot zover gelijkgestemd. Maar enkel tot zover.

Volgens Koekkoek illustreert het specifieke taalgebruik de mate van deskundigheid. Het zou de leek duidelijk maken dat de SPV niet de barmhartige Samaritaan is. Ik heb een sterk vermoeden dat ons vakblad niet door leken gelezen wordt maar door vakbroeders. Professionals waarvan ik verwacht, althans op zijn minst hoop, dat ze binnen hun dagelijkse praktijk een breder perspectief hebben op de verschillende facetten van taal.

Als weerwoord is het dan ook interessant om een bepaald perspectief op de relatie tussen taal en kennis vast te stellen: Taal is geen weergave van de realiteit, maar een weergave van onze kennis van de realiteit. Onze kennis bepaalt derhalve werkelijkheid (in onderscheid van realiteit). Eén complexiteit vormt het feit dat taal niet enkel een weergave van kennis is, maar tegelijkertijd het instrument vormt waarmee we deze kennis vergaren.

Kijkend naar de (abstractie) realiteit kunnen we vaststellen dat er verschillende werkelijkheden zijn. De werkelijkheid van de SPV in de context van andere hulpverleners e/o disciplines; de SPV en de buitenwacht, 'het publieke domein'; De SPV en zijn cliënt. Afhankelijk van de context bestaat er een andere taal, een ander discours waarmee we onze kennis vergaren en uitdragen. Anders gezegd, het geheel aan communicaties heeft in al deze werkelijkheden weer eigen kenmerken: Zij drukt onder andere de geldende conventies uit, de gehanteerde omgangsvormen, de bestaande hiërarchie binnen de betreffende verbanden, enzovoort. Zij bepaalt zelfs de deelnemers aan dit discours (je kunt ergens over meepraten of niet). Hoe gevarieerder de contexten waarbinnen men zich beweegt, hoe kritischer men deze op elkaar betreft. Hoe eenzijdiger de contexten waarin we ons begeven, hoe meer een zekere opvatting als vanzelfsprekend geldt.

Een goed vakblad moet m.i. de verschillende relevante contexten binnen het beroep weergeven. Wil zij dit goed doen, dan dient zij per geschrift de taal van de betreffende context te hanteren. Zo is een artikel ondergeschikt aan andere conventies dan een voorwoord, dan een column, dan een recensie. Indien in de verschillende rubrieken dezelfde taal zou worden gebruikt verdwijnt het verschil in context, het verschil in betekenis. Het verschil drukt zich immers in taal uit.

Ik ben evenals Koekkoek van mening dat een SPV in staat moet zijn om theorieën, modellen, methodieken te begrijpen en toe te passen. Hij moet op de hoogte zijn van onderzoeken en innovatie binnen het vakgebied. Maar hij moet tevens in staat zijn om op dit deel van het vak kritisch te reflecteren. Een methode hiervoor is het inbrengen van andere werkelijkheden, andere taal. Een methode die datgene wat binnen het abstracte taalgebruik buiten beeld blijft, voor een moment in de schijnwerper kan zetten. De taal die betekenis uitdrukt of tot betekenisgeving uitlokt zoals respectievelijk metaforen, een beschrijvende stijl (ipv voorschrijven), leent zich hier uitstekend voor.

De vanzelfsprekendheid van de relatie tussen gebruik van vaktaal en deskundigheid an sich getuigt van een zeer magere opvatting over deskundigheid. Theorieën, modellen, vaktermen (met als kenmerk objectiviteit en uniformiteit), enzovoort, geven op zichzelf geen zicht op de invloed van bijvoorbeeld lichaamstaal, het betrektingsaspect van interventies, analoge communicatie, op de actuele werkelijkheid van het moment. Die taal leent zich daar gewoon niet voor. De taal die een Gerard Lohuis of een Paul hemels bezigt binnen de columns leent zich daar wel voor. Zij scheppen een werkelijkheid die evenzeer deel uitmaakt van de dagelijkse praktijk van de SPV. Het is een taal die zicht geeft op het gebied van de individuele betekenisverlening. Ik meen dat het lezen van literatuur evenzeer van belang is voor de deskundighedsontwikkeling als verpleegkundige theorieën en modellen.

Zo zijn romans -bijvoorbeeld Don Quichotte- concrete uitingsvormen van betekenisverlening binnen de sociale netwerken van de hoofdpersonen. Zij vormen voor de lezer voorwaarden om andere normen- en waardenstelsels te leren kennen, te vergelijken en ter discussie te stellen. Zij geven inzicht in de dynamiek van de menselijke geest en de intermenselijke beslommingen. Gebruik maken van andere literatuur bij het schrijven van een recensie, zogenaamde intertekstualiteit, schetst juist een context waarbinnen naar 'betekenissen en hun dynamiek an sich gekeken kan worden. In dit kader, in de context van een column of een recensie daarop, is het bepleiten van een waardevrije taal als teken van deskundigheid niet op zijn plaats.