
VERBINDEN

Gerard Lohuis, SPV en redacteur Sociale Psychiatrie

Inleiding

Agnes stond meestal aan de rand van het schoolplein, weggedoken in een hoekje. Tien jaar oud. Iedereen vond dat ze stonk en dat ze er niet uit zag. Ze stond daar en wachtte op de bevrijdende bel zodat ze de klas in kon. Het was een goede dag wanneer ze niet gepest werd om haar uiterlijk. Ik wilde weten waar ze woonde want iedereen vertelde dat haar huis stonk. Op een dag ging ik kijken waar ze woonde. Het viel me reuze mee. Ik gaf haar ongezien vaak een snoepje en rende dan naar mijn klasgenoten. Niemand mocht het zien want de norm was dat Agnes niet mee deed omdat ze stonk en er raar uit zag. Ik was opgelucht wanneer het me weer was gelukt.

Ik denk nog wel eens aan Agnes wanneer ik in mijn werk contact probeer te maken met mensen die, misschien net als Agnes, een moeizaam leven leiden in een wereld waarin ze een marginale plaats innemen. En ondanks het feit dat ik in een kleine "noabergemeenschap" ¹⁾ opgroeide, waar mensen sterk op elkaar gericht zijn, werd Agnes buitengesloten. Het ging in tegen alle gewoontes die ik geleerd had en het raakte me dat mijn klasgenoten zo met Agnes omgingen. Wat kon ik doen? Het opnemen voor Agnes en de hoon van de klas over me heen krijgen? Meedoen en afwijzen was voor mij immoreel, al begreep ik zelf nog niet waarom: dat deed je niet en iedereen hoorde er toch bij in mijn gemeenschap? De halfslachtige oplossing van het snoepje was mijn manier om een leefbare oplossing voor mezelf te vinden.

In deze bijdrage zal ingegaan worden op de manier waarop ik zelf maar ook hoe we in onze samenleving met mensen als Agnes omgaan. En hoe we dat in de hulpverlening proberen te doen. De kern van het verhaal draait om *omgaan met of verbinden*. Er zijn overeenkomsten en verschillen tussen beide, maar in de wereld van gemarginaliseerde mensen werkt *omgaan met* onvoldoende. Dan worden "Agnes-verhalen" gemaakt: iedereen ziet dat het niet goed gaat en raakt verlamt bij zo veel ellende. Vermijding en afwijzing liggen op de loer.

Omgaan met mensen is iets anders dan je er mee verbinden. Beide hebben voordelen en nadelen en in dit verhaal zullen ze allebei aan bod komen. Vanuit mijn eigen ontwikkeling zal ik schetsen hoe ik omga met de zogenaamde horizontale verbindingen: het werk, vrienden, opvoeding, gezin etc.. Deze zijn onlosmakelijk verbonden met de verticale verbindingen, de manier waarop ik omga met de wereld om me heen. De rode draad zal steeds zijn: wanneer leg ik verbindingen en wanneer kies ik er voor om met anderen om te gaan. Beide zijn nodig, de keuze daar tussen is steeds persoonlijk. Ik denk dat iedereen keuzes maakt tussen deze twee. Bewust of onbewust. Het verhaal zal met behulp van een aantal theorieën onderbouwd worden.

Een persoonlijke geschiedenis: waar het wiegje heeft gestaan

Mijn zoon is in de leeftijd gekomen dat hij duidelijk zijn eigen mening naar voren brengt en ook laat zien dat hij mijn mening niet meer accepteert zonder er zelf iets tegen over gezet te hebben. Enige tijd geleden kon ik zeggen wat er moest gebeuren of wat we gingen doen. Nu is dat verleden tijd want zijn puberteit is aangebroken. Vroeger was het gemakkelijker maar nu wordt er meer "geleefd".

Ik word vaker boos, hij vindt mij een stomme vader en wil het liefst tot in de finesses het "waarom weten" waarom hij iets niet mag. Onvoorwaardelijke acceptatie lijkt voorbij, maar 's avonds wanneer ik hem naar bed breng roept hij bij de deur "Ik houd van jou het meest van iedereen op de wereld". Ik roep dan "ik ook van jou" en loop met een warm hart naar beneden. Wat hij ook doet. Ik ben en blijf met hem verbonden.

Er is iets tussen hem en mij wat ons beide raakt. Er is sprake van wederkerigheid. Ik wil me, wat er ook gebeurt, tot hem verhouden. Hij verandert, ik verander en in dat proces zullen we elkaar steeds moeten blijven vinden. Ik doe het met liefde want hij is mijn zoon. Ik houd van hem. En wanneer hij straks weer boos op me wordt, zal ik hem niet uit de weg gaan. Ik hoop dat hij dat ook omgekeerd blijft doen. Verbonden zijn.

Jaren geleden ben ik de psychiatrie ingerold omdat een goede vriend me er over had verteld. Ik hield het drie jaar vol als leerling en daarna nog een jaar als gediplomeerd verpleegkundige. Het hoofd van de afdeling was een angstige man en vond dat de deuren voor patiënten op slot moesten blijven want anders zouden er ongelukken kunnen gebeuren. We voerden verhitte discussies over hoe je met mensen om moest gaan en al snel werd het me duidelijk dat het hoofd de regie in handen wilde houden om ongelukken te voorkomen. Hij had te veel suicides meegemaakt. Toen ik hem vroeg naar zijn idealen antwoordde hij "daar maak je geen patiënt beter mee". Nu zie ik dat hij de verbinding met zijn vak verloren was en dat hij niet werkte vanuit verbindingen leggen (met zichzelf, zijn idealen, zijn passie) maar dat hij had geleerd te overleven door met mensen om te gaan.

Mariaparochie

Ergens in Twente onder de rook van Almelo, ligt een klein plaatsje Mariaparochie. Het kenmerkt zich door gemeenschapszin en "noaberplicht", naast een voetbalveld, het dorpscafé en de kerk die pontificaal in het midden staat. En er staat een katholieke lagere school: Sint Alphonsusschool. In mijn jongere jaren stonden deze zaken centraal. Zonder daar zelf bewust van te zijn. Thuis stond 's morgens de koffie om half negen klaar want dan kwam de melkboer "een bakkie halen". Tegen tien uur volgde de postbode en wanneer ik 's middags uit school thuis kwam, zat daar de bakker die met brood langs de deur ging en bij ons zijn eigen boterham op at. Ik wist niet anders dan dat het zo hoorde. Alles wat in het dorp gebeurde, ging bij ons over de tafel. In andere gezinnen in Mariaparochie zal het niet veel anders zijn geweest. Je leefde met elkaar in een kleine gemeenschap en het was normaal dat je lief en leed met elkaar deelde. Een geboorte werd aangezegd bij de burens want je werd per slot van rekening niet geboren om alleen op de wereld te staan. Toen jaren later mijn eerste kind werd geboren, handelde ik als in een reflex en ging bij de burens langs om trots te melden dat "onze zoon geboren was". De burens keken vreemd op maar genoten van mijn enthousiasme en lieten me maar even binnen komen. Toen ik enkele dagen later met beide benen op de grond stond, spraken ze me hier over aan en toen pas realiseerde ik me wat ik vanuit een Twentse natuur had gedaan. En dat zo iets in Groningen toch echt anders is.

Maar ook sterven deed je niet alleen in de Mariaparochie. Wanneer iemand stierf, leefde het "hele dorp" mee en de naast burens droegen de kist naar de kerk en het kerkhof. Het leven tussen geboorte en graf voltrok zich in gemeenschapszin. Natuurlijk kan dat ook beklemmend werken als er veel op je wordt gelet. De andere kant was dat je nooit alleen stond. Je kon bijna altijd rekenen op (onvoorwaardelijke) steun. Je hoorde erbij, tenminste wanneer je niet al te afwijkend gedrag vertoonde. Ik groeide op in een zogenaamde "wij-cultuur". Ik herinner me nog goed hoe ik tijdens mijn studie in Groningen moest afleren om over "wij" te praten wanneer ik mezelf bedoelde.

In Twente deed ik niet anders, maar in Groningen was ik een meer individualistische cultuur binnen gestapt en daar zorgen mensen niet vanzelfsprekend voor elkaar. Jaren later werd me dat nog weer een duidelijk toen ik met mijn zontje van twee jaar oud alleen op de begrafenis aanwezig was van een oude vrouw met ernstige (paranoïde) psychiatrische problemen. Iedereen had zich van haar afgekeerd. In de Mariaparochie was zoiets onvoorstelbaar geweest. De uitvaartbegeleidster drukte het mooi uit tijdens een korte speech toen ze zei: "Je kiest er niet voor om alleen geboren te worden, en je kiest er ook niet voor om alleen dood te gaan".

De noaberplicht houdt in dat mensen zich tot elkaar richten en zich met elkaar verbonden weten. Er naast staan, niet mee doen, is vrijwel onmogelijk. En zelfs de enkelen die vanwege afwijkend gedrag er een beetje naast staan, worden nog gevolgd met de uitspraak "'t is toch wat, dat het zo moet". De verbindingen voltrokken zich in mijn jeugd via de kerk, de lagere school en het voetbalveld. En wat misschien het belangrijkste is: het was bekend wat hoorde en wat niet hoorde. De codes en omgangsvormen waren duidelijk en de instituties gaven de kaders. Er was nog geen sprake van een risicomaatschappij (Beck). Ik was vanuit het noaberschap automatisch verbonden met de mensen uit mijn kleine gemeenschap

Overall kwam je dezelfde mensen tegen. Het verbonden zijn met anderen, bleek later een van de drijfveren te zijn in mijn werk. Zonder daar zelf bewust van te zijn. Dat kwam pas later.

De geschiedenis in het werk

In 1985 startte ik als dienstweigeraar bij de Sociaal Psychiatrische Dienst. Het was een tijd waarin het methodisch handelen veel aandacht kreeg want het werk van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (spv) diende geprofessionaliseerd te worden. Dan zou de beroepsgroep meer aanzien en status krijgen en zich een betere positie in het werkveld verwerven. Van de weeromstuit meldde ik me als groentje bij de beroepsvereniging aan en kon voor zes jaar het bestuur in. Het vak dat ooit ontstaan was als B-nazorg omdat er nazorg moest worden verleend aan mensen die in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen waren geweest. De ideeën van de sociale psychiatrie dateren uit het begin van de vorige eeuw toen mensen als Bouman, Meijers en later Querido spraken over mental hygiene om bij mensen met psychiatrische problemen "een zoo volledige mogelijke harmonische ontwikkeling te bevorderen om het individu het grootst mogelijke maatschappelijke aanpassingsvermogen te verschaffen en weerstand te bieden aan de verschillende schadelijke invloeden die de geestelijke volwaardigheid in gevaar brengen" (van der Padt, 2005).

Ik koos voor een beroep dat zich sterk ontwikkelde en zich aanpaste bij maatschappelijke ontwikkelingen. Hoe kan het ook anders omdat de spv uitgaat van de wisselwerking tussen de samenleving en het ontstaan en instandhouden van psychiatrische problemen. Sociale omstandigheden zijn sterk bepalend voor het ontstaan en instandhouden van psychische problemen, ook al willen sommige dokters ons graag doen geloven dat het allemaal individueel en lichamelijk bepaald is.

Het methodische werk kreeg mijn volle aandacht want wanneer er een goede sociaal psychiatrische methode was zou dat meehelpen om de spv een duidelijk gezicht naar de buitenwereld te geven.

Methodisch werken schept duidelijkheid naar collega's en cliënten. Methodisch werken dient er voor te zorgen dat er een goede diagnose wordt gesteld, dat er een behandelprogramma wordt gemaakt en dat de uitvoering inzichtelijk is. Er zijn criteria en richtlijnen waar het methodisch werk aan moet voldoen.

Het beoogt de kwaliteit van werk te bevorderen en een zekere transparantie dient er door te ontstaan: "wat doet die hulpverlener nu in zijn kamertje?"

Het komt er op neer dat er op gesystematiseerde wijze kennis verzameld wordt vanuit een bepaald referentiekader van waaruit die informatie geïnterpreteerd moet worden (Evers, 1991). Daarmee is de kennis overdraagbaar en kan een "good practice" geformuleerd worden. Good practice zijn in de praktijk meer en meer de uitgangsmethode bij het bieden van hulp.

Naast het methodisch handelen is er in de praktijk nog een belangrijk uitgangspunt waar het werk aan dient te voldoen: het professioneel handelen. Het professioneel handelen wordt door een beroepsvereniging en organisatie opgelegd aan de professional. Iedere beroepsgroep heeft een eigen opvatting over uitvoeren van het werk in de praktijk. Er zijn beroepsprofielen en richtlijnen waarin in grote lijnen wordt weergegeven hoe de professional dient te handelen. Professioneel handelen houdt in dat er bepaalde eisen aan het werk gesteld worden en dat de cliënt een zekere verwachting heeft bij wat de professional doet. In de WGBO²⁾ spreken behandelaar en cliënt samen af wat er gaat gebeuren. Hierdoor ontstaat er een afspraak tussen cliënt en hulpverlener over de behandeling. Voldoet de professional daar in de ogen van de cliënt niet aan dan heeft de cliënt allerlei mogelijkheden om dat kenbaar te maken. Er kan een klacht ingediend worden of in het uiterste geval kan via het tuchtrecht of civielrecht geprobeerd worden het gelijk te halen. Het is duidelijk dat professionalisering een zekere mate van juridisering met zich meebrengt omdat de cliënt eisen stelt aan de zorg. Professionele zorg betekent dat de werker een product biedt dat voor de cliënt herkenbaar is en specifiek door die werker geleverd wordt. Zo heeft iedere beroepsgroep een eigen visie en methode van werken, die in beroepsprofielen terug te vinden zijn. Waarmee de cirkel van professie en methode rond is: de professional hanteert een methode van werken die bij de beroepsgroep past en die gebaseerd is op good practice of voorgeschreven richtlijnen. Ik heb er in de eerste jaren van mijn werk vol overtuiging aan gewerkt en ben nog steeds de mening toegedaan dat methodisch handelen richtinggevend is voor de praktijk.

Toch begon het op een gegeven moment te knagen. Een verandering voltrok zich in de geestelijke gezondheidszorg: cliënten moesten zelf aangeven of ze hulp wilden. De sociale psychiatrie ging samenwerken met de psychotherapie. Ik kon niet zo maar op huisbezoek gaan en zeker niet wanneer de cliënt het zelf liet afweten. Het individualisme en zelfbeschikkingsrecht deden met verve hun intrede. Mijn natuurlijk aangeleerde noaberplicht moest wijken. Wanneer het met iemand in een wijk niet goed ging omdat hij in de war was geraakt, mochten we niet zo maar langs gaan: ook al was hij bekend. Het werd duidelijk dat hier iets moest veranderen omdat de methodische hulpverlening niet werkte voor deze groep cliënten. Met collega's van het maatschappelijk werk en met de huisartsen gingen we het probleem te lijf: gelukkig kwam er een zorgcoördinatieproject (Polstra, Baart 1994) waarin mensen opgevangen moesten worden die de dupe werden van de culturele en maatschappelijke veranderingen omdat ze nu eenmaal belemmerd werden door hun psychische problemen om op de juiste manier met de samenleving om te gaan. In de Mariaparochie zouden ze gezegd hebben "'t is toch wat, dat het zo moet". Het gros van de geïnstitutionaliseerde hulpverleners had zich op het kantoor terug getrokken en hield zich niet meer bezig met verbinden maar met het omgaan met de cliënt. De cliënten die daar niet mee om konden gaan, raakten bekneld in de marges of raakten gemarginaliseerd.

De cliënt en de benodigde hulp zijn het uitgangspunt, maar in de praktijk merkte ik hoe belangrijk het contact met de cliënt was. In hoeverre helpt een methode daarbij? Met name in de ggz, maatschappelijk werk, opbouwwerk en verslavingszorg is al vaak gesteld dat de non-specifieke factoren net zo belangrijk

zijn als het methodisch handelen op zich. Het gaat daarbij om de manier waarop iemand bejegend wordt, hoe er geluisterd wordt, hoe er een stem gegeven wordt aan de cliënt, hoe de cliënt en niet het probleem voorop staat, of de cliënt de hulpverlener vertrouwt, hoe veel tijd de cliënt krijgt en zo kan het rijtje uitgebreid worden. De methode kan nog zo goed omschreven zijn, de richtlijnen kunnen nog zo goed voorschrijven hoe er gehandeld moet worden, maar zonder een juiste toepassing en attitude van de hulpverlener kunnen ze verworden tot een harnas of sterker, tot een manier om een cliënt uit te sluiten. Een overtuiging waar steeds meer spanning is op komen te staan doordat cliënten niet gezien worden in de manier waarop ze zelf met de problemen worstelen. Ik kreeg het gevoel dat we te veel bezig waren mensen te problematiseren en daardoor onvoldoende contact kregen. Zeker wanneer beleidsmakers koersen op beheersbaarheid en methodes bedenken die ik als hulpverlener soms haaks vind staan op het omgaan met de cliënt in de praktijk. Formulieren, papieren, dossiers, verantwoording afleggen, indekken tegen mogelijke problemen, geen verantwoordelijkheid nemen want daar word je later op afgerekend wordt: het methodisch werken wordt hier te sterk gesystematiseerd in belang van het beheersen van de organisatie of het afgerekend worden door de ziektekostenverzekeraar. Het hart mag niet uit de zorg en het "instrumentaliseren" van de hulp moet een zekere begrenzing kennen.

Henk heeft zich ziek gemeld op zijn werk. Hij meldt zich bij de psychiatrie met de vraag om een aantal inzichtgevend gesprekken. De intake leidt tot de diagnose borderline-problematiek bij een seksueel misbruikte man. Henk schrikt zo van de diagnose dat hij niet verschijnt op de eerstvolgende afspraak. Na twee oproepen wordt Henk uitgeschreven. Twee weken later wordt hij opgenomen vanwege een ernstige suicidepoging. Het wordt duidelijk dat er al tijden sprake is van een ernstige depressie.

Hoe krijgen de non-specifieke factoren, het hart van de zorg, een plek in de manier van het werk door de professional? Zeker in een tijd waarin productgericht denken en beheersbare zorg hoog in het vaandel staan van managers en beleidsmakers. Waarin instellingen moeten concurreren met elkaar en efficiency daarbij belangrijk is. In een tijd waarin zorgverzekeraars alleen geboden hulp betalen wanneer deze het DBC-keurmerk ³⁾ draagt. De werker wordt verplicht in deze systematiek mee te gaan en zal hoe dan ook een diagnose moeten stellen om hulp te mogen verlenen. In de praktijk blijkt dat het soms lastig is om een goede diagnose te stellen maar wanneer de hulpverlener het niet (op tijd) doet, wordt de hulp niet uitbetaald. De systematiek dreigt daarmee meer waarde te krijgen dan waar het uiteindelijk voor is bedoeld: goede hulp voor de cliënt. Sterker nog: in sommige instellingen wordt er controle toegepast op het invullen van de DBC en wordt er een registratie aangelegd van degene die het goed en niet goed hebben gedaan. Deze gegevens zijn voor iedereen inzichtelijk en doen me denken aan een communistisch regime.

Hier dient zich een verschijnsel aan dat door de Amerikaanse socioloog Richard Sennett treffend is omschreven (Sennett, 200?) In zijn boek "Respect, the formation of a character in a world of inequality" (2003) geeft hij een voorbeeld van het verstrekken van bijstand door de Sociale Dienst. De Sociale Dienst is opgericht midden in de vorige eeuw omdat er mensen waren die geen werk konden vinden. De samenleving wilde deze mensen bijstaan door ze leefgeld te verstrekken zo lang ze geen werk gevonden hadden. Mensen werden a.h.w. ingesloten om in de samenleving mee te blijven doen. Probeer nu maar eens een bijstandsuitkering te krijgen, zo betoogt Sennett. Je moet allerlei papieren inleveren en formaliteiten doorlopen." Het lijkt wel alsof je buitengesloten wordt, tenzij je kunt aantonen dat je er recht op hebt". Wanneer een zwerver een bankafschrift moet tonen (!) en dat niet kan, krijgt hij in principe geen uitkering.

De methode is belangrijker dan waar het voor is bedoeld en daarmee raakt de verbinding zoek tussen het doel van de bijstand en degenen die het nodig heeft. De verbinding tussen het doel van de bijstand en de manier waarop het uitgevoerd wordt, gaat verloren ten gunste van beheersbaarheid van de systematiek en organisatie.

Zelf zou ik dit verschijnsel het *omgaan met de cliënt* noemen. De verbinding is er niet. De professional doet wat hem is opgedragen, wat volgens de methode onder professioneel handelen wordt verstaan en wanneer hij handelt volgens de voorschriften, kan niemand hem iets maken. Het oorspronkelijke doel, hulp of zorg, wordt losgelaten ten koste/gunste van de methode of organisatorisch belang. Want hoe is het dan mogelijk dat een zwervende man die er lichamelijk en geestelijk objectief gezien slecht aan toe is, niet geholpen wordt wanneer hij aan het loket van de GGz verschijnt en om hulp vraagt. Hij wordt dan welwillend te woord gestaan en verwezen naar de woningbouwvereniging waarbij de hulpverlener op zijn klompen kan aanvoelen dat het nooit iets zal worden. Zijn zelfde vraag kan ook gezien worden als een eerste poging om het contact tot stand te brengen en de hulpverlener kan ingaan op het belang van wonen en wat de man er van verwacht. Met een geheel ander resultaat want in de bemoeizorg/OGGz-praktijk ⁴⁾ leidt dat regelmatig tot een behandelrelatie. Sterker nog, wanneer een hulpverlener gevraagd wordt hoe hij zijn werk wil uitvoeren dan zal hij aangeven op de laatste wijze te willen werken maar dat het nu eenmaal niet kan in zijn instelling. Met verwijzing naar intakeprocedures, motivatie, DBC, etc. "Het kan toch niet zo zijn" stelt Sennett "dat we zo vervreemden van de eigenlijke bedoeling van ons werk" (Sennett, 2003).

Een variant op dit zelfde thema heeft Geeske Hoogeboezem ons laten zien in haar boek "Wonen in een verhaal" (2003). Het boek gaat over dak- en thuisloosheid als een sociaal proces en het belang om aan te sluiten bij het levensverhaal van de cliënt. Hoogeboezem toont aan dat hulpverleners van mensen verwachten dat ze een logisch verhaal vertellen over hun problemen zodat daar hun intake/behandellogistiek op los gelaten kan worden. "Een prostituee of dak- en thuisloze is niet in staat om dit te vertellen, maar leeft van moment tot moment. De straatprostituee is de controle over haar eigen leven kwijt". Geert van der Laan spreekt in de Dans van de straatkinderen over het fenomeen dat de aangemelde klacht voor de hulpverlener de reden kan zijn om de behandeling af te sluiten of de behandeling niet aan te gaan. Hij doelt daarbij op het feit dat iemand bepaalde problemen heeft, b.v. de straatprostituee met haar verslaving, daar hulp voor vraagt maar deze niet krijgt omdat ze enkele keren niet komt opdagen. Het feit dat ze niet in staat is om te komen, is het te behandelen probleem, aldus van der Laan (G. van der Laan). Hetzelfde geldt voor agressie.

Omgaan met

Maar wat is nu *omgaan met werk*. Bij omgaan met werk gaat het om:

- het zo goed mogelijk objectiveren van de problemen volgens vastgestelde protocollen en organisatorische richtlijnen en deze tot uitgangspunt van het werk maken. De procedure staat voorop, waarbij het gaat om de deskundigheid van de hulpverlener. De cliënt dient zich als cliënt te gedragen. M.a.w. verwordt tot een objectiveerbaar probleem. Er is weinig of geen ruimte voor het ontwikkelingsgerichte denken of voor het omgevingsgericht denken, zoals in de sociale psychiatrie wordt voorgestaan. Daarbij wordt er vanuit gegaan dat probleem zich veelal voordoen in de context van de omgeving en dat er een wisselwerking is tussen beiden (Sociale Psychiatrie 2005).
- Het gaat om een meetbare, controleerbare werkelijkheid. Er wordt zorgvuldig gekeken naar een te herstellen probleem. Er moet een probleem verholpen worden waarvoor de hulpverlener de taal en deskundigheid bezit.

- De persoon van de hulpverlener staat in dienst van de methode of organisatorische werkwijze, b.v. een DBC-constructie, en dient te werken volgens een zo goed mogelijk omschreven methode. De hulpverlener doet wat van hem verwacht wordt.

Zoals ik al eerder schreef, ben ik een voorstander van het methodisch werken. Het geeft inzicht of transparantie in het werk, een zekere uniformiteit kan in het werk ontstaan, een diagnose kan duidelijkheid geven, de cliënt weet waar hij aan toe is en het is goed voor een communicatie tussen professionals onderling. Bovendien leent het zich beter voor wetenschappelijk onderzoek en helpt het bij het creëren van evidence based werken ⁵⁾. Iedere organisatie heeft hier behoefte aan zodat arbeidsprocessen beter gestuurd kunnen worden. Tegenwoordig wordt het steeds belangrijker om hiermee naar de financier (ziekttekostenverzekeraar) verantwoording af te leggen over de verrichtingen die uitgevoerd zijn op basis waarvan uitbetaling plaatsvindt. Deze ontwikkeling heeft dus onmiskenbare voordelen. Maar zoals Cruijff ooit al zei: "Ieder voordeel heeft zijn nadeel". Het kan leiden tot omgaan met het werk en de verbinding er mee raakt op de achtergrond. Net zoals in de periode dat ik niet meer op huisbezoek mocht gaan en ik geacht werd om op kantoor mensen te zien. Ik raakte de verbinding met het werk kwijt.

De voordelen van *het omgaan met* zijn hierboven al beschreven. Omgaan met leidt tot stuurbaar gedrag voor een organisatie, de werknemer kan doen wat de baas van hem verwacht, er ontstaat een vorm van methodisch handelen dat op zijn beurt meetbaar is. Het geeft in ieder geval duidelijkheid aan de hulpverlener waar hij op afgerekend wordt. Cliënten weten wat ze kunnen verwachten van de professional. Tenminste op papier.

Maar wat zijn de mogelijke nadelen?

De hulpverlener doet wat er verwacht wordt maar problemen van mensen en de manier waar ze er mee omgaan verlopen niet langs de lat van de methode. Er is geen enkele methode, voor zo ver ik weet, die aansluit bij de cliënt. Cliënten moeten zich steevast voegen in de methode en wanneer dat niet gebeurt, leidt dat in de praktijk nog wel eens tot afhaken door de cliënt of uitsluiten (lees: beëindigen van de behandeling) door de hulpverlener. Het leidt tot vervreemding: de oude Karl Marx zei het al: wanneer mensen niet meer zien wat ze doen, het eindproduct als van zichzelf beschouwen, vervreemden ze. Andries Baart (Baart 2001) heeft het in zijn theorie over presentie verwoord als: het niet meer kunnen doen wat je als professional nodig acht omdat de manier van werken door anderen (DBC, geld etc.) wordt bepaald. Het leidt tot afstand en minder betrokkenheid. Niemand is hier op uit, maar in de praktijk blijkt het zo te werken. Een lastig spanningsveld, waar alleen aan te ontsnappen valt door je er niet voor verantwoordelijk te voelen, andere dingen in het leven belangrijker te maken of in positieve zin door weer te werken aan verbindingen. Hetgeen vele hulpverleners in de praktijk ook doen maar er liever niet over communiceren.

Verbinden

Verbinden met is gelijk aan wat ik beschreef met mijn zoontje. Er is sprake van onvoorwaardelijke acceptatie en de ander staat centraal bij verbinden. Het gaat erom dat de ander, met zijn problemen, wordt begrepen vanuit zijn eigen werkelijkheid, naast de werkelijkheid zoals we die er in de hulpverlening op na houden. De werkelijkheid van de ander wordt niet gecorrigeerd of ontkent. Het volgende voorbeeld maakt duidelijk hoe contrasterend die werkelijkheden kunnen zijn.

Gezin Gerrits heeft al acht jaar een ernstig getraumatiseerd buitenlands kind in huis. Het kind komt steeds meer in de problemen en ook op school leidt dat tot soms onhoudbare situaties. De Jeugdzorg heeft al aangegeven dat de ouders niet zo betrokken moeten zijn bij het kind en dat het beter is dat het kind naar een instelling gaat. De ouders begrijpen niets van de houding van de hulpverlener. Op zeker moment vinden de ouders het belangrijk dat hun zoon tijdelijk wordt opgenomen ter observatie in een kinderpsychiatrisch ziekenhuis. Dit is voor de hulpverlener van Jeugdzorg onbespreekbaar en ze heeft toch al eerder gezegd dat ze niet zo betrokken moeten zijn bij dit kind. Jeugdzorg verbiedt een observatie. De ouders zijn sprakeloos.

Helaas is dit voorbeeld niet een excus. Ik denk dat de hulpverlener van Jeugdzorg de verbinding met het werk kwijt is. De ouders worden niet geaccepteerd en vaak is dit een gevolg van het feit dat de hulpverlener het zelf moeilijk heeft. In bovenstaande situatie heeft het duidelijk te maken met de drukte en organisatorische veranderingen in de eigen instelling waardoor de hulpverlener sterk de behoefte heeft aan een overzichtelijke situatie: er wordt terug gegrepen op methodisch en deskundig handelen vanuit de zorg, zonder de inbreng van de ander mee te nemen. De cliënt staat aan de zijlijn. De hulpverlener is murw geslagen door de eigen instelling.

De praktijk van alledag laat dit soort spanningsvelden regelmatig zien. Door persoonlijke of organisatorische omstandigheden is de hulpverlener onvoldoende in staat zich te verbinden in het werk. Er wordt teruggegrepen op methodes die op zich prima zijn, maar onvoldoende om hulpverlening tot een succes te maken. Het is niet voor niets dat in deze tijd de theorie van presentie (Baart, 2001) opkomt. In deze theorie, die ik in de praktijk als aanvullend en zelf vervangend voor het methodisch handelen gebruik, gaat het er om dat de hulpverlener zich zonder voorwaarden vooraf verbindt met de cliënt. Het is niet zo dat een cliëntencontact beëindigd wordt zodra hij zich niet aan afspraken houdt of wanneer hij niet komt opdagen. Het kan zijn dat de methode niet past of dat er andere redenen zijn waardoor de cliënt niet komt en dat vraagt om aanpassing van de methode.

Achmed komt voor het eerst naar de GGz op verwijzing van de huisarts die psychosomatische klachten en een post traumatische stressstoornis vermoedt. Achmed komt na de intake niet terug, ondanks heftige klachten. Bij navraag door de hulpverlener blijkt dat Achmed niet terug durft te komen omdat hij bang is achter gesloten psychiatriedeuren te belanden zoals hij die uit eigen land kent. De hulpverlener besluit om op huisbezoek te gaan om te werken aan het verbeteren van het contact en te proberen de angst weg te nemen.

In de presentie staat de cliënt centraal en wordt de ander begrepen vanuit zijn eigen werkelijkheid. Er is sprake van wederzijdse afhankelijkheid tussen de cliënt en de hulpverlener en er is een stevige relationele basis voor het contact en het hulpverleners. Bij presentie staat de ontmoeting tussen cliënt en hulpverlener centraal en is er sprake van een zekere ongehaastheid. Pas dan kan de cliënt zich "tonen" en is er naast het probleemgeoriënteerde werk van de hulpverlener aandacht voor de manier waarop de cliënt in het leven staat en met de problemen omgaat. Dat wil niet zeggen dat de cliënt ongelimiteerd zijn gang kan gaan. Integendeel: er worden soms stevige grenzen aangegeven omdat de cliënt de hulpverlener overvraagt, zich niet aan afspraken houdt etc. Steeds is de inzet de verbinding te behouden of te werken aan deze verbinding. Dat is een onderdeel van de behandeling dat in geen enkele DBC is opgenomen maar er een groter plaats in zou moeten hebben: werken aan vertrouwen en opbouwen van contact. Ook het motiveren van mensen die bang of angstig zijn, is een onderdeel dat er zo in kan.

Bij Agnes, die bij de verslavingszorg in behandeling is, zijn sinds drie dagen de gordijnen gesloten. Ze is al drie weken niet verschenen op afspraken en de burens maken zich zorgen. De burens bellen met de verslavingszorg maar daar kan geen informatie worden verstrekt. De OGGZ-medewerker stuurt een briefje om huisbezoek aan te kondigen. Het blijft bij het praten tegen een deur want Agnes wil wel praten maar het komt nu niet uit. Morgen, dan kan ze zich er op voorbereiden. De volgende dag zijn de gordijnen open en blijkt dat ze al meer dan een week ontzetten veel drinkt. De zorg voor haar achtjarige dochter gaat niet goed. Ze heeft stevige relationele problemen met haar ex-man en dat is de reden om flink aan de drank te gaan. Ze vindt de hulpverlening wel aardig maar ze vindt dat ze er niet verder mee komt. Ze moet allerlei dingen opschrijven waar ze zelf het nut niet van snapt. Ze is daarom afgehaakt, maar het is duidelijk dat ze graag hulp wil. Maar dan anders. De hulpverlener zegt dat hij het met de verslavingszorg zal opnemen. Ze wil vooral eerst praktische zaken regelen. De omgangsregeling voor haar dochter moet nu eindelijk goed geregeld worden en daar wil ze hulp bij en daarna wil ze met de hulpverlener van de verslavingszorg praten om haar te vertellen wat ze nodig heeft en wat ze daarin van de hulpverlening verwacht.

Verbinden is niet zonder risico. De ander staat centraal maar de eigen grenzen moeten wel degelijk in de gaten gehouden worden. Ook om de cliënt niet in de steek te laten. Soms is het nodig de cliënt te begrenzen en daar over desnoods een conflict aan te gaan, om te voorkomen dat hij zichzelf niet in gevaar brengt. Iemand die in zijn auto richting ravijn rijdt, stuur ik ook graag een andere kant op. Het hulpverleners heeft een persoonlijke kant en dat kan het ook kwetsbaar maken. De relatie staat centraal en het proces is sterk aan een hulpverlener gekoppeld. Nu wordt daar in het kader van professioneel handelen kritisch naar gekeken: iedere hulpverlener moet het kunnen overnemen, het mag niet te persoonlijk worden want dan wordt de cliënt afhankelijk van je. Hoe komt het dan dat mijn collega zo goed met een bepaalde cliënt overweg kan, de methode wil volgen die mijn collega voorschrijft en van mijn niets wil weten, denk ik dan enigszins cynisch. Hulpverleners is niet bij voorbaat overdraagbaar. ⁶⁾

Naast de nadelen kent verbinden voordelen. De cliënt voelt zich begrepen omdat er **echt** geluisterd wordt, er aandacht wordt besteed aan de relatie. Veranderen is geen hoofddoel maar wel hoe de cliënt weet om te gaan met psychische beperkingen. De cliënt voelt zich begrepen vanuit zijn eigen beleving en mag zijn eigen taal behouden om er over te praten. Natuurlijk mag een hulpverlener er een diagnose invoegen en dat geeft soms veel duidelijkheid. Maar soms is het ook beter om de diagnose, hoe zeer de hulpverlener ook gelijk heeft, niet te noemen omdat het strijd oplevert waar niemand iets aan heeft. Andries Baart heeft in zijn presentietheorie vaker gesproken over het feit dat het spreken in de eigen taal erg belangrijk is om niet vervreemd te raken. (Baart 2001).

Verbinden heeft voor mij een belangrijke waarde in het werk om het leuk te vinden en het vol te houden. Daarin probeer ik voortdurend verbindingen te maken tussen methodisch/professioneel en mijn eigen drijfveren. Ik kan niet werken met opdrachten die contraproductief zijn en stel die graag aan de orde. Dat is een manier om het in positieve zin te veranderen. In mijn werk heeft het geleid tot het ontwikkelen van zorgcoördinatie in de '80-er jaren van de vorige eeuw en daarna het ontwikkelen van de OGGz. Daar kon ik op methodische wijze die aspecten weer een plek geven die in de reguliere hulpverlening onvoldoende plek krijgen.

Ik worstel nog steeds met dat spanningsveld nu allerlei omgangsvormen uit de wereld van het omgaan met zo'n sterke nadruk krijgen. In de vorm van DBC's, evidence based als de leidende en te volgen methode (practice based evidence is net zo waardevol) ⁷⁾, bureaucratische werkprocessen die veel tijd vragen en

ten koste gaan van het contact met de cliënt, etc.. Ik zie met lede ogen aan hoe grote organisaties (willen) worden en hoe fusies en schaalvergroting leiden tot meer bureaucratie. Ik denk nog wel eens aan de beginperiode van mijn carrière waarin ik alle collega's van de sociale psychiatrie kende en regelmatig trof. Nu is het werk in grote teams ondergebracht en zie ik dat de slagkracht daardoor verminderd is. Organisatorische processen vragen tijd, uniformering is nodig om werkprocessen goed te laten verlopen en organisaties bestuurbaar te houden. Ook dat vraagt tijd, overleg, vergaderen etc. Misschien moeten we ons afvragen of die schaalvergroting nodig is omdat het zichzelf in de staart dreigt te bijten. Ik voel nu vervreemding wanneer ik binnen mijn eigen organisatie niet meer overzie welke hulp er geboden wordt en wie er allemaal werken. Ik zoek toch weer een beetje dat "parochie-gevoel": dat ik met mensen met wie ik werk, ook iets meer heb dan het lezen van een naam in een Nieuwsbrief van mijn eigen concern. Verbonden kunnen voelen, en niet alleen omgaan met.

Slotwoord

Het verhaal is verteld. Het persoonlijke is verbonden met verschillende theorieën: als hulpverlener op zoek naar verbindingen in mijn werk. Is dat nou nodig, zo'n persoonlijk verhaal? Ik heb het me tijdens het schrijven vaak afgevraagd maar al pratende met collega's werd het me duidelijk dat zij ook met deze zaken worstelen. Ik hoop dat het verhaal herkenbaar is. Op zoek naar manieren om met veranderingen in het werk om te gaan en er vooral niet van te vervreemden. Hulpverleners is toch het zorg hebben om anderen die het niet redden en hen helpen er het beste van te maken.

Het verbinden met mensen heb ik methodisch in mijn werk ingepast. Het is een methode geworden waarin ideeën uit de theorie van presentie, het vertellen van verhalen, het werken aan een goede relatie verbonden wordt met het methodische handelen, de kennis over ziekte en handicaps. Het verbinden kan niet zonder kennis van zaken en steeds weer is het zoeken naar een evenwicht. Hoe de kracht van de hulpverlener aansluit bij methodes en ervoor te zorgen dat ze elkaar versterken.

Noten

- 1) In een noabergemeenschap hebben bewoners een morele plicht zorg te dragen voor naaste bureu. Het leven is sterk op de gemeenschap gericht, hetgeen zich met name uit tijdens een begrafenis, trouwerij of andere rituele gebeurtenissen.
 - 2) WGBO: wet geneeskundig behandelovereenkomst. Overeenkomst tussen cliënt en hulpverlener waarin het behandelplan staat en dat door beiden ondertekend wordt
 - 3) DBC staat voor diagnose behandel combinatie. Hulp wordt daarbij alleen betaald wanneer het voldoet aan de eisen van de DBC: diagnose+ behandel aanbod dat de hulpverlener uitvoert.
 - 4) OGGz: actieve en outreachende vorm van hulpverlening waarbij hulp niet tot stand komt op basis van een gemotiveerde hulpvraag maar hulpverlening werkt aan motiveren en verleiden van cliënt om hulprelatie aan te gaan omdat er sprake is van objectieerbare, ernstige psychiatrische en/of verslavingsproblematiek
 - 5) Evidence based: werken volgens de meest recente wetenschappelijke opvatting op basis van kennis wat in de praktijk het beste werkt
 - 6) Van den Hoofdakker schreef daar iets moois over toen hij sprak over de therapeutische relatie: dat is een bijzondere relatie. Vriendschap ga je aan en is onbeperkt in tijd. Professionele contacten zijn afgebakend en in tijd eindig. Therapeutische relaties hebben wat contact betreft de intentie van vriendschap (je legt je hebben en houden op tafel aan een "vreemde") om het contact eindig te laten zijn, wat weer bij de meer afstandelijke professionele relaties past.
 - 7) Evidence based: werken volgens de best geteste methode op dat moment. Practice based evidence voegt daar aan toe dat er gekeken wordt hoe dat in een specifieke situatie uitpakt en past de methode aan als de praktijk er om vraagt
-

Literatuurlijst

- Baart, A., *Een theorie van de presentie*, Lemma 2001
- Evers, G.C.M., *Theorieën en principes van verpleegkunde*, Universitaire pers Leuven 1991
- Padt, I. van der, *Sociale psychiatrie, een contextuele benadering van geestelijke gezondheidsproblemen* in Sociale Psychiatrie red. Onderwater, K. e.a., Lemma 2005
- Polstra, L. en P. Baart, *Zorg en Coördinatie*, Wolters Noordhoff 1994
- Sennett, Richard Respect: *the formation of a character in a world of inequality*, Penguin 2003