
GEEN BEMOEIZUCHT MAAR BETROKKENHEID: HET KLOPPENDE HART VAN REHABILITATIE

Bart Giebels, SPV werkzaam bij een bemoeizorgteam van de GGz Oost Brabant,
Dorien Reinders, SPV bij GGNet,
Hes van de Voort, ambulante begeleidster bij de RIBW Fonteyenburg en
Dirk den Hollander, trainer bij Storm/de Rinogroep en oproepverpleegkundige bij de GGz Oost Brabant

Inleiding

Rehabilitatiegericht werken is samen met de cliënt werken aan de door de cliënt gewenste kwaliteit van leven, gericht op het vervullen van door de cliënt gewenste rollen (zie Wilken en den Hollander, 2003). Cliënten hebben recht op goede hulpverlening en zijn niet gebaat bij hulpverleners die alleen maar volgen en doen wat de cliënt wil.

Hulpverleners hebben als mens én als professional opvattingen over en ervaringen met begeleidingsprocessen. Cliënten hebben opvattingen en ervaringen m.b.t. het leiden van hun eigen leven, die sturend moeten zijn voor de begeleiding. Hierdoor kan er een spanningsveld ontstaan tussen wat de cliënt wil en wat de hulpverlener denkt wat nodig is.

De hulpverlener moet in zo'n situatie zich richten op het ontwikkelen van een band met de cliënt, een band waarin het mogelijk wordt om te stoeien over dingen waar ze het oneens over zijn (zie ook den Hollander en Lardinois, 2008).

Dit artikel gaat over situaties waarin cliënten zorg aangeboden krijgen waar niet om gevraagd is. Deze zorg wordt niet geboden uit bemoeizucht maar uit medemenselijke betrokkenheid met de cliënten. Dit is de basis van alle goede hulpverlening. De beschreven situatie laat zien hoe gevoelvol de hulpverlener moet invoegen in de belevingswereld, gewoontes en omgangsstijlen van de cliënt én zijn omgeving. Het blijkt dan heel goed mogelijk om verschillende ervaringen en opvattingen te hebben, en daarbij goed samen te werken.

Voor de hulpverlener is het belangrijk om een benadering te zoeken die een goede werkerelatie oplevert. Dwang blijkt daarbij zelden of nooit te werken. Maar het tegenovergestelde, ontwijken of met rust laten, is meestal geen optie vanwege (ernstige) overlast en gevaar. Dit zoeken wordt gedaan m.b.v. de communicatiestrategieën uit het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH). Het is een methodische uitwerking van de Integrale Rehabilitatiebenadering. De communicatiestrategieën helpen bij het nadenken over vragen vanuit welke benadering het contact aangegaan kan worden. Allereerst worden de uitgangspunten beschreven van rehabilitatiegericht werken in moeilijke situaties. Daarna wordt beschreven hoe deze strategieën gebruikt kunnen worden om te brainstormen over effectieve benaderingen. Aan de hand van een casus zal dit toegelicht worden.

Belangrijke principes bij rehabilitatiegericht werken

In Nederland is er tussen de 15 en 20 jaar ervaring met rehabilitatie. De eerste jaren hebben vooral in het teken gestaan van de klassieke opvatting over rehabilitatie. Deze opvatting komt er kort gezegd op neer dat rehabilitatie wordt toegepast wanneer een cliënt "uitbehandeld is". De voornaamste doelgroep was de 'uitbehandelde' cliënt met de ziekte schizofrenie.

In de jaren daarna heeft het rehabilitatiegericht werken zich ontwikkeld tot een bij uitstek vraag- en doelgerichte manier van werken, wat maakt dat er nu sprake is

van rehabilitatie als een moderne vorm van hulpverlening, naar de eisen van deze tijd. Er wordt steeds meer gewerkt vanuit de gedachte dat de cliënt het zorgaanbod stuurt. Hulpverlening is 'slechts hulpverlening' en nooit doel op zich. Het echte doel is het verbeteren van de kwaliteit van leven van cliënten vanuit de eigen persoonlijke voorkeuren. Hulpverlening kan daar een bijdrage aan leveren, maar niet altijd, en soms doet zij zelfs afbreuk hieraan. Zoals Jules Tielens, straatpsychiater uit Amsterdam het vaak zegt: "ik ben er niet om alleen symptomen weg te halen, ik ben er om cliënten die een slecht functionerend hoofd hebben te helpen een beetje gelukkiger te laten zijn, en als (psychotische) symptomen in de weg staan, dan probeer ik daar iets aan te doen."

De Integrale Rehabilitatiebenadering richt zich op het handhaven of verbeteren van kwaliteit van leven. Het verschil met 'klassieke zorg' zit er vooral in dat het de cliënt is die bepaalt wat kwaliteit van leven voor hem of haar precies inhoudt. Hulpverleningsvormen als behandeling, verpleging en begeleiding zijn hier dienstbaar aan. Dus ook opgedrongen ('bemoel') zorg.

Rehabilitatie en moeilijk te bereiken mensen

Moeilijke mensen bestaan niet, wel situaties die hulpverleners moeilijk vinden en waar zij geen oplossingen meer zien. Het is een uitdaging om hulpverlening steeds vanuit het perspectief van cliënten vorm te geven, ook wanneer deze door eigen beperkingen problemen met de communicatie heeft, beperkte verstandelijke vermogens heeft of geen bereidheid heeft om met de hulpverlening te praten. Deze uitdaging is groot bij die groep cliënten die om verschillende redenen geen toegang willen tot de gebruikelijke hulpverlening. Wat speelt hierbij zoals een rol? Het kan komen door negatieve ervaringen met de hulpverlening. Wanneer een cliënt de ervaring opdoet dat het er niet toe doet wie je bent en wat je wilt, en zeker wanneer er sprake is van dwang, dan kan dat traumatische ervaringen opleveren die het herstelproces van de cliënt ernstig belemmeren. Tielens benadrukt het belang van betrouwbare hulpverlening (Tielens, 2002). Hij geeft een aantal voorbeelden die het voor de cliënt moeilijk maakt om vertrouwen te krijgen in de hulpverlening. Hij gaat hierbij uit van de begrippen eerlijkheid, consequent zijn, voorspelbaar zijn en aandacht geven aan basisveiligheid.

- Hulpverleners zijn niet altijd eerlijk: we zeggen tegen een cliënt dat hij op een opname afdeling tot rust komt, en dat hij zich beter gaat voelen als hij medicijnen slikt (wat geen van beiden waar is). Of dat we je niet kunnen helpen (terwijl we je niet willen helpen), dat we het daar de volgende keer over gaan hebben (en vergeten dat dan). Of dat het leven beter wordt zonder psychose (soms wordt het slechter) en dat hij altijd kan bellen (om daarna onbereikbaar te zijn). Zijn conclusie: cliënten accepteren het wel dat wij het niet altijd weten dus laten we eerlijk zijn
- Hulpverleners zijn niet altijd consequent. Zodra de cliënt zijn medicatie inneemt, verminderen we de hulpverlening en gaan niet meer uitgebreid met hem praten. Ook zijn we er vaak helemaal op tegen dat de cliënt zijn medicatie staakt of vermindert, maar als hij er met ons over wil praten, houden we het helemaal af. Ga ook eens mee met een idee van de cliënt, aldus Tielens. Laat de cliënt het zelf ervaren en wees zo betrouwbaar dat hij bij jou terug komt.
- We zijn niet altijd voorspelbaar: Telkens een andere hulpverlener, en steeds weer nieuwe loketten. We dragen al te makkelijk over. We switchen makkelijk van baan. We cultiveren niet het idee dat het eigenlijk de grootste prestatie is om een baan een lange tijd vol te houden. En we laten toe dat onbetrouwbare organisaties (GGZ) onze banen verpesten. En wanneer we een cliënt doorverwijzen: "Gaat U maar naar die en die instelling, daar zullen ze U helpen", zonder dit helemaal voor te bereiden. Vervolgens loopt de verwijzing in het honderd.

- We hebben te weinig aandacht voor het gevoel van veiligheid van de cliënt: Ingrijpen zonder echt te begrijpen wat er speelt: we schieten te vaak uit de heup. Psychosen moeten altijd weggepoetst worden. Eerst de psychose weg voordat we wat anders gaan aanpakken. "U bent in de war", terwijl veel patiënten hun eigen gedachten goed kunnen volgen maar andere conclusies trekken dan de rest van de wereld. "We zijn er voor U/ we zijn cliëntgericht". Maar de tegenwerpingen van de cliënt pareren we nogal eens al te snel "Dat is niet zo, dat ziet U verkeerd"

Een aspect dat weinig onderkend wordt is dat lastig gedrag een vermomde rouwreactie kan zijn (Appelo, 1999, 2007). Tragisch hierbij is dat de cliënt van de hulpverlening a.h.w. de gelegenheid krijgt om de strijd met zichzelf ('verwerking') te vermijden en deze om te zetten in strijd met de hulpverlening. Wanneer dit zichtbaar wordt, is het de taak van de hulpverlening het vechten om te zetten in samenwerking (zie Gofers e.a. 2002). Anders kan de cliënt onvoldoende profiteren van de 'gewone hulpverlening'.

Hier biedt de bemoeizorg een goede insteek als een samenvoeging van bemoeizucht en zorgzaamheid. Via de bemoeizorg wordt geprobeerd om cliënten met ernstige problematiek te bereiken, en te werken aan het tot stand komen van de relatie. Daarbij wordt de cliënt hulp geboden waar in eerste instantie niet om gevraagd wordt. Daardoor wordt deze vorm van hulpverlening vaak gekarakteriseerd als 'niet rehabilitatie gericht' want: "het is toch niet 'de wens van de cliënt'?" Het is van belang om dit vooroordeel te ontzenuwen en bemoeizorg te zien alshet kloppende hart van rehabilitatie is. Waarom? Omdat échte rehabilitatie inhoudt dat je je als hulpverlener vooral als medemens betrokken voelt bij die cliënten die door alle anderen worden uitgestoten, en daarbij je stinkende best doet om ook voor hen nog een leven te realiseren waarin hun eigen opvattingen over kwaliteit van leven voorop staan. En alle vooruitgang is vooruitgang, hoe klein dan ook. Wanneer er een goede werkzame band is blijkt het mogelijk om met deze cliënten doelen te bereiken die eerst geheel onmogelijk leken. De basis van deze processen is: medemenselijke betrokkenheid, er zijn voor de ander.

Het gebruik van communicatie strategieën voor het opbouwen van een werkzame band

Het model van communicatiestrategieën is ontleend aan de organisatiesocioloog Ezerman die het in 1983 heeft beschreven. Hij beschreef 7 strategieën in relatie tot het werken met groepen in veranderingsprocessen. Op basis van dit model ontwikkelden we een model, bestaande uit 10 strategieën dat niet meer specifiek gericht is op organisaties maar het mogelijk maakt om te brainstormen over effectieve benaderingswijzen op individueel nivo:

Het model is gebaseerd op de volgende gedachten: wanneer de situatie c.q. de klant moeilijk is, dan is de kans groot dat er bij de hulpverlener een vorm van blikvernaauwing optreedt. Er wordt steeds meer ingezoomd op problemen, beperkingen en onmogelijkheden, waardoor de cliënt als geheel uit beeld verdwijnt. Daarmee verdwijnt ook het zicht op die zaken die wel mogelijk zijn, de mogelijkheden en talenten die cliënt wel heeft. Maar ook verdwijnt het zicht op de mogelijkheden van de omgeving, op steun die er wél is. De absolute blikvernaauwing is een feit wanneer hulpverleners en anderen (!) de overtuiging hebben dat er nog maar uit twee dingen gekozen kan worden: helemaal niets doen ('in zijn sop gaar laten koken'), of: alles doen en afdwingen. Alles of niets, zwart of wit. Maar: meestal zijn er wel meer smaken en kleuren maar deze vallen dan buiten het blikveld. Het model is daarom vooral behulpzaam bij het brainstormen: het brainstormen over wat wél mogelijk is, over invalshoeken die er wél zijn. Wanneer je er zo naar kijkt, maakt het aantal strategieën niet zo veel uit: waar het om gaat is dat je kunt zien dat de keuze mogelijkheden niet beperkt zijn

tot twee tegengestelde varianten: zwart en wit. Er zit nog van alles tussen als je de goede bril maar op hebt. Je gebruikt de strategieën om te onderzoeken hoe je stapsgewijze je relatie kunt uitbouwen. Stel: je wordt als hulpverlener geconfronteerd met een situatie waarbij geen andere keuze aanwezig is dan afdwingen. Dat kan natuurlijk voorkomen. Dan is het belangrijk dat je gericht toe kunt werken naar een situatie waarin de gelijkwaardigheid tussen cliënt en hulpverlener hersteld is. In termen van SRH betekent dit dat je dan weer open kunt overleggen. Maar meestal kun je geen grote stappen in één keer zetten, en zul je geduldig en gericht moeten toewerken naar een andere strategie. In het overzicht van communicatie strategieën is een lijn van boven naar beneden te zien: van ontwijken van afdwingen.

Hoe 'hoger' in het model (starten bij ontwijken), hoe minder druk er op de cliënt wordt uitgeoefend. Bij de strategieën lager in het overzicht wordt steeds meer druk uitgeoefend en wordt steeds meer het perspectief van de buitenwereld naar binnen gehaald en zelf opgedrongen ('afdwingen'). Je gebruikt te strategieën dus vooral om te brainstormen over de hoeveelheid druk die je kunt toepassen en de mate waarin de buitenwereld wordt ingebracht in de binnenwereld van de cliënt.

Communicatiestrategieën voor het opbouwen van een goede relatie

	A: Gedrag cliënt	B: Kenmerken communicatie	C: Buitenwereld - binnenwereld
0. Ontwijken	Volledig afwerend, wijst contact actief af. Prikkelbaar, soms handelend agressief	Afwachtend, vriendelijk, afstand bewaren Observatie met distantie	Hopen op externe ontwikkelingen en meevallers
1. Present zijn	Staat niet open voor oplossingen van de begeleider, wil "niets". Verbaal en non-verbaal afwerend	Contact opzoeken, er zijn voor de ander niet over problemen praten, de tijd nemen, echte aandacht voor de ander hebben	Alle aandacht voor de binnenwereld van de cliënt
2. Faciliteren	Verbaal afwerend, biedt non-verbaal soms 'openingen'.	Pas als cliënt lastige onderwerp aansnijdt Samen onderzoeken wat goed en minder goed gaat (de cliënt dit laten benoemen) Tijd nemen en tempo en taal aanpassen De omgeving aanpassen	Voorzichtig voorwaarden scheppen (gespreks- en handelingsruimte vormgeven)
3. Informeren	Begint actieve interesse te tonen in de omringende wereld (afdeling, wijk, woonvorm).	Pas als cliënt toestemming geeft Feitelijke nuchtere informatie geven Visie cliënt respecteren. Je zorgen uitspreken als dit van toepassing is.	Andere betrokkenen introduceren (medecliënten, andere hulpverleners, belangrijke anderen etc.)

vervolg... Communicatiestrategieën voor het opbouwen van een goede relatie			
	A: Gedrag cliënt	B: Kenmerken communicatie	C: Buitenwereld - binnenwereld
4.Ondersteunen	Is bereid en in staat (communicatieve) actie te ondernemen naar de omgeving (hulpverlening, medecliënten, belangrijke anderen)	Pas als de cliënt de noodzaak verwoord of aangeeft Keuzes van de cliënt respecteren en nuanceren. Consequenties aangeven	Eerste stappen zetten in de buitenwereld (soms letterlijk)
5.Open overleg	Is bereid en in staat zich als gelijkwaardige gesprekspartner op te stellen	Relatie gekleurd door evenwaardigheid Functioneren ter discussie stellen Alles op tafel leggen wat je wilt. Geen verborgen agenda.	Er is voldoende vertrouwen om uit de eigen binnenwereld te stappen; uitwisseling tussen persoonlijke leefwerelden.
6.Onderhandelen	Is bereid en in staat belangenverschillen te benoemen zonder angst voor de relatie.	Relatie gekleurd door evenwaardigheid Geven, nemen, compromissen Tactisch informatie verstrekken. Opkomen voor je rechten.	Er is voldoende vertrouwen om uit de eigen binnenwereld te stappen.
7.Verleiden	Cliënt aarzelt, moet over de brug geholpen worden.	Informatie kleuren, lokmiddelen, voordelen benadrukken.	De buitenwereld aantrekkelijk voorstellen, cliënt bij de hand nemen.
8.Overtuigen	1. Heeft bemoediging, inspiratie nodig. 2. Is niet bereid en/of in staat verschillen in belangrijke opvattingen te overbruggen.	Enthousiasmeren, bezielen, reclame maken.	1. Bedoeld om cliënt tot positieve actie te brengen. 2. De realiteit van de buitenwereld wordt geforceerd ingebracht.
9.Afdwingen	Is geheel niet bereid en/of in staat verschillen in belangrijke opvattingen te overbruggen; verlies realiteitstoetsing.	Opvatting van begeleider / het team staat voorop vanwege acuut gevaar voor zichzelf of omgeving.	De realiteit van de buitenwereld wordt afgedwongen.

Enkele uitgangspunten bij het gebruik van het model:

- Er zijn 10 strategieën die allemaal hun bestaansrecht hebben: voor elke strategie is een tijd en een plaats. Je hoeft dus niet te kiezen tussen alles of niets.
- De strategieën zijn te zien als een continuüm: een lijn met extremen aan de uiteinden en met nuances daartussen die een opklimmende trap vormen: van ontwijken naar afdwingen.
- Het opbouwen van een band is een lange-termijn-proces. Het succesvolle gebruik van een korte termijn strategie ("de cliënt neemt nu zijn medicatie vandaag wel in") kan een blokkade opleveren op de lange termijn: zijn wantrouwen naar jou is wel toegenomen.

- De strategieën onderscheiden zich van elkaar door de mate waarin er druk wordt uitgeoefend: van ontwijken (bijna totale afwezigheid van druk) tot afdwingen: maximale druk.
- **De basis onder alle strategieën is: present zijn:** aandacht aanwezig zijn voor de cliënt. Alle daarna volgende strategieën blijven de kernmerken hiervan houden: dit is a.h.w. de toets. Het is met name Andries Baart (2001) geweest die ons wijst op de complexiteit én de belangrijkheid van het 'gewoon er zijn voor de cliënt, het present zijn'. Dat is, in meerdere betekenissen, niet niks. Niets doen is heel belangrijk en ook heel moeilijk. Vaak willen we van alles in die moeilijke situaties maar kunnen we niets meer bedenken. Wanneer we Johan Cruyff om advies zouden vragen zou hij zijn advies als volgt formuleren: " Als je weet wat je niet ken doen, blijft erover wat je wel ken doen". Oftewel: wanneer we in die heel complexe situaties alles op een rijtje zetten wat we zouden willen, en dan één voor één zouden afstrepen wat er niet mogelijk is, dan blijft er nog maar één ding over wat we kunnen doen: niets. Oftewel: er alleen maar zijn. Laten we dát dan ook doen! Val de cliënt niet lastig met alles wat je zou willen, maar zorgt dat je er voor hem bént. Overigens benadrukt Baart ook dat presentie niet synoniem is met 'niets doen': er zijn voor een ander houdt vaak ook in dat je iets doet voor een ander. Zie de vergelijking van de Barmhartige Samaritaan: die was er voor de ander en deed daarnaast waar de situatie om vroeg.
- **Ontwijken** is een strategie die je toepast wanneer je geen andere optie hebt, je ontwijkt hierbij nooit de cliënt als persoon, wel bijv. het aansnijden van bepaalde gespreksonderwerpen. Daarnaast richt je je op veiligheid, luistert, steunt waar mogelijk etc. Maar steeds met de nodige voorzichtigheid: wanneer de cliënt aangeeft dat je te dichtbij komt, toon je respect door dit te accepteren.
- **Faciliteren** is een strategieën die je vooral toepast in de beginfase van de relatie ontwikkeling. Het is een strategie zonder woorden waarbij je bijv. de omgeving rond de cliënt positief beïnvloedt. Daarnaast toon je de bereidheid om verder te gaan wanneer de cliënt dit wil.
- **Informereren** is precies wat het woord aangeeft: informatie verstekken. Nuchter en zakelijk. Wanneer de informatie gekleurd wordt, spreken we van overtuigen.
- **Steunen** is in veel gevallen een prachtig doel om naartoe te werken. Zeker bij kwetsbare cliënten is het ontvangen van échte steun een gewaarwording hoop kan geven.
- **Onderhandelen** als strategie is lang ingezet als de enige mogelijke /wenselijke strategie, tot we gingen inzien dat onderhandelen een complexe vaardigheid is die veel vraagt van de cliënt: niet allen moet hij in staat zijn om duidelijke eigen standpunten te formuleren, ook moet hij deze standpunten volhouden tegen druk in, in kunnen schatten wanneer het nodig is om (kleine stukjes) toe te geven en dit met iemand waarmee hij een kwetsbare goede band heeft opgebouwd.
- **Open overleg** is een mooie strategie maar soms heel moeilijk omdat je je daarvoor moet geven. Je kwetsbaar moet durven opstellen. Hier is het kompas van de hulpverlener op gericht, ook wanneer we er nog ver vanaf zijn.
- **Verleiden** klinkt in een bepaalde betekenis prettig maar we moeten ons realiseren dat je heel dichtbij de ander komt en dus ook veel druk uitoefent. Vandaar dat 'verleiden' dicht bij 'overtuigen' ligt.
- **Overtuigen en afdwingen:** de benaderingen waarbij de meeste druk wordt uitgeoefend. Ze kunnen als specifieke bemoeizorg strategieën gezien worden die ingezet worden als de andere strategieën zonder resultaat geprobeerd zijn. Daarbij is het belangrijk om te beseffen dat deze strategieën vaak ingezet worden vanuit een gevoel van grote betrokkenheid en vaak ook van machteloosheid bij de hulpverlener. Hier vindt o.i. de échte 'rehabilitatie toets' plaats: juist in deze 'hoge druk strategieën' dient het 'aandachtig aanwezig zijn voor de ander' de kern te zijn.

Hoe moeilijk dit ook is: dan pas is er sprake van echte rehabilitatie.

De uitwerking in de beschrijving van een bemoeizorg casus

We zullen nu een situatie beschrijven waarin sprake is van bemoeizorg. Daarbij ligt het accent van de zorg op het invoegen: er wordt een band opgebouwd tussen de cliënt en diens omgeving. Kern hierbij is de oprechte aandacht voor het levensverhaal van de cliënt.

Mw. Antonissen

Mevrouw Antonissen wordt bij een bemoeizorg team van de GGz Oost Brabant aangemeld door het algemeen maatschappelijk werk (AMW). Mw. is bij het AMW terecht gekomen omdat een medewerker van de sociale dienst haar verplichtte om zich in het kader van artikel 55 van de WWB (wet werk en bijstand), te gaan melden voor hulpverlening.

Een maatschappelijk werkende (Els) heeft haar een keer gezien en heeft een vervolgspraak gemaakt. Els geeft aan dat mw. in het gesprek "allerlei bizarre verhalen vertelt over haar kinderen. Ze is uit de ouderlijke macht gezet. Ze vertelt dat haar kinderen van kleur veranderen zelf zou ze eerst rood haar hebben gehad en dat het haar nu zomaar verandert in zwart krullend haar: "er zit iets in me waardoor ik steeds verander". Vervolgens belt Els op om te vragen wat men met deze situatie moet omdat men het idee heeft dat het om een psychotische vrouw gaat. Er wordt afgesproken dat als mw. Antonissen zich de volgende keer meldt. Els vraagt of het goed is dat onze hulp wordt ingeroepen. Maar mw. Antonissen verschijnt niet meer en laat ook niets horen.

Daarom besluiten Els en ik (Bart Giebels van te bemoeizorgteam) om maar onaangekondigd bij haar op bezoek te gaan. Bij het eerste huisbezoek treffen we niemand thuis en gooien we een briefje in de bus met een nieuwe afspraak. Ook daarop treffen we niemand thuis. We besluiten om een aantal dagen achter elkaar op huisbezoek te gaan. Na de tweede dag hebben we geluk: de toegangsdeur tot het portaal is open en we kunnen naar boven. De voordeur staat op een kier en er loopt een mevr. met honden naar de keuken. Dit is volgens Els mw. Antonissen. Ze roept ons toe 'zo te komen' maar ze moet eerst 3 grote honden, waarvan er een enorm imposant is, in een aparte kamer doen. Als ze aan de deur komt oogt ze vriendelijk en nodigt ons niet uit om binnen te komen. Ze zegt: "ik zal eerst toestemming aan mijn man moeten vragen, die zit binnen". Als ze terugkomt, zegt ze dat haar man niet wil dat ze met ons praat. Als ik zeg dat wij haar toch hebben uit te leggen waarom wij zo dringend opzoek zijn naar haar in het kader van de WWB, krijgen we van haar man, dhr. Bartels, toch toestemming om binnen te komen.

Als we eenmaal binnen zijn blijken er twee mannen in de huiskamer te zitten die geen contact zoeken met ons. Dit blijken haar partner, dhr. Bartels, en diens zoon. Ze nemen niet deel aan het gesprek, maar blijven wel in de huiskamer zitten, met hun rug naar ons toe gekeerd. De drie honden weten de deur van de keuken open te maken en worden bijzonder agressief door hun baas bejegend. Ons wordt geadviseerd om ze niet te aaien, als we ten minste onze handen willen behouden. Er ontstaat een toch wel toenemende spanning waarin wij sterk het idee hebben dat onze aanwezigheid door de mannen niet op prijs gesteld wordt.

Mevr. is erg nieuwsgierig wat we komen doen. Els legt uit dat ze zich zorgen om mevr. maakt en dat ze mij heeft meegenomen om te kijken of ik iets voor haar kan betekenen. Mevr. zegt het wel te waarderen dat er zorg is, maar stelt tevens vast dat ze zich wel redt, waarna ze vervalt in (voor ons) moeilijk te begrijpen verhalen. Ze vertelt o.a. over een uitgerukte baarmoeder, dat ze steeds van kleur en lichaam verandert. Ik reageer door haar belevingen als zeer bijzonder te benoemen. Maar ik merk ook steeds meer dat we door de partner en zijn zoon toch erg in de gaten gehouden worden.

Pogingen om hen bij het gesprek te betrekken lopen op niets uit.

Meneer Bartels kent de verhalen van zijn partner al jaren en schenkt er geen aandacht aan. We redden ons wel herhaalt hij steeds op indringende wijze. De spanning is voelbaar. Ook mevr. lijkt in toenemende mate stress te voelen, en kijkt steeds vaker gespannen naar haar partner. Op een gegeven moment geeft ze ook aan dat het beter is dat we stoppen met het gesprek. Ik probeer in een flits te bedenken hoe ik hier een vervolg aan zou kunnen geven, en stel aan haar partner voor of hij het goed vindt dat mevr. Bij ons op kantoor komt. Dhr. Bartels stemt in. Zo van "moet jezelf weten maakt mij niet uit". Mevr. wil wel een afspraak maken en zo wordt er een vervolgspraak gemaakt.

Nadat we weg zijn geeft Els aan dat ze zich erg onveilig gevoeld heeft en dat ze in ieder geval op geen enkele manier meer in zo'n bedreigende situatie terecht wil komen. Ik geef aan dat ik het ook een onprettige situatie vond. maar ik zie het meer als het begin dat is gemaakt, en daarbij probeer ik achter het masker van lastig gedrag te kijken. Het is belangrijk om samen de geschiedenis van achterstelling en uitsluiting in beeld te krijgen die het leven van deze vrouw kenmerkt. De geschiedenis die zo in beeld komt, helpt ons om alle problemen in een breder perspectief te zien. Binnen het SRH spreken we van in dit verband van 'uitzoomen':

Tot mijn enorme verbazing komt mevr. op haar eerste afspraak. Ik heet haar van harte welkom, biedt haar iets te drinken aan. Ik laat merken dat ik erg verrast en verheugd ben om haar te zien. Haar brede glimlach verraadt dat ze deze persoonlijke aandacht op prijs stelt, Deze aanpak blijkt een goede start van een relatie ontwikkeling

Ik vertel haar dat hij erg onder de indruk was van haar verhalen over lichaamsverandering etc. Om het allemaal beter te kunnen begrijpen zou ik graag bij het begin beginnen en vraag haar of ze hem haar levensverhaal wil vertellen: wie ze is, met wie ze verbonden is en wat ze belangrijk vindt. Hierbij wil ik vooral begrijpen hoe zij dit ervaren heeft. Ik leg haar uit dat dit kan leiden tot nieuwe manieren om tegen de klachten en problemen aan te kijken. Door het luisteren, doorvragen, samenvatten en het tonen van begrip blijken voor mij langzaam maar zeker nieuwe gezichtspunten te ontstaan.

Ik heb deze afspraak ook heel ruim ingepland om voldoende tijd te nemen zodat er geen tijdsdruk ontstaat. Mw. Antonissen voelt zich uitgenodigd om haar verhaal te doen: ze vertelt haar hele levensverhaal vanaf haar geboorte in Suriname tot haar situatie tot nu toe. Over haar moeder die steeds getrouwd en gescheiden was, dat ze als kind door haar moeder werd afgestaan aan haar tante. Ze werd in Suriname door oma opgevoed die last had van reuma, waardoor ze weer vaak naar tantes werd gebracht. Door een neef en oom werd ze seksueel misbruikt. Op 12 jarige leeftijd kwam ze naar Nederland naar moeder. Daarna werd ze door stiefvader misbruikt. Naar school gegaan en het diploma kinderverzorging gehaald. Toen ze 16 jaar was heeft ze een poging tot zelfdoding gedaan, met pillen n.a.v. het feit dat ze haar vervolgopleiding niet mocht afmaken: moeder verplichtte haar om te gaan werken. Op 18-jarige leeftijd is ze weggegeven aan een man van wie ze 2 kinderen heeft. Deze relatie omschrijft ze als een hel. Daarna leert ze haar huidige partner kennen waar ze nu al 18 jaar mee samen is. Uit deze relatie heeft ze ook twee kinderen. Ze beschrijft deze relatie als goed en ook als slecht. Goed is: hij is er altijd voor mij, hij doet boodschappen en hij treedt op als er iets met de kinderen is. Slecht is: hij is best arrogant, grof en slaat veel: zowel met een stok als met zijn vuisten. Hij vindt me niet meer mooi, ik ben te dik en hij scheldt me dan uit. Hij wil altijd seks en dat wil ik niet. Haar partner blijkt ook nog na hun relatie twee kinderen gekregen te hebben. Er is een zoon die de laatste tijd veel contact heeft met vader en nu in huis is komen wonen.

Alle kinderen zijn onder bureau jeugdzorg terecht gekomen: de ouders zijn uit de ouderlijke macht gezet. Momenteel zijn de jongste kinderen nog minderjarig (15 en 14) en de inwonende zoon van dhr. Bartels is ook minderjarig (16). Ze geeft me toestemming om contact met de gezinsvoogd op te nemen, want ze maakt vooral zich zorgen over de jongen van 15, die moeilijk gedrag zou vertonen. We beëindigen het gesprek en maken een nieuwe afspraak.

Waar heeft dit alles toe geleid? Achteraf kan in ieder geval geconcludeerd worden dat het creëren van veiligheid in het contact voorop gestaan heeft en als basis heeft geleid voor een vervolg. De benadering waarmee ik begon is als 'dienstbaar' te omschrijven: vooral faciliteren. Al heel snel ontstond er een goede band, waardoor mw. heel snel veel van haar levensverhaal durfde te vertellen.

Vervolg...

Na het eerste bezoek is er nog het nodige gebeurd. De groeiende band tussen Mw. Antonissen en mij loopt als een rode draad door het verhaal heen. Het eerste contact is van groot belang geweest om een basis te leggen voor hulpverlening op langere termijn. Met veel problemen die opgelost moesten worden. Wel blijft mw. (tot mijn verbazing) mij regelmatig bezoeken. Ze komt ook een paar keer bij een psychiater maar wil absoluut geen medicatie.

Het echtpaar wordt uit huis gezet en gaat wonen in de bossen onder een dekzeil nabij een recreatieplas. Vanuit bemoeizorg breng ik het echtpaar in bij het team woonoverlast omdat er melding bij de politie is binnengekomen en ik een breder draagvlak wil creëren voor de hulpverlening aan deze mensen. Het lukt hem om met de politie een kortdurend gedoogbeleid af te spreken zodat ze in de bossen mogen verblijven onder een aantal voorwaarden. Geleidelijk komt meneer meer in beeld en gaat in de contacten een plaats innemen. Hun gezamenlijke uitkering is stopgezet. Via de sociale dienst regel ik een zwerversuitkering en daarna krijgen ze bij wijze van uitzondering een postadres op het adres van de sociale dienst voor 3 maanden. Dit wordt nogmaals verlengd met 3 maanden.

Inmiddels gaat mevr. kortdurend orale medicatie innemen waar ze al snel weer mee stopt omdat ze zich ziek voelt. Ik stel een bloedonderzoek voor en waaruit blijkt dat ze een hoge bezinking te hebben. Vervolgens ben ik met haar naar de huisarts gegaan omdat ze uit zichzelf niet gaat. De huisarts start met een antibioticum. Wanneer de bezinking te hoog blijkt, volgt er een verwijzing naar de internist. Hier ziet ze later weer vanaf vanwege allerlei psychotische belevingen. Ze weten illegaal een fietshok te huren. De woningbouwvereniging wil ze weg hebben, maar het lukt me om ook hierin wat te regelen. Dan blijkt dat mevr. al 5 jaar staat ingeschreven bij de woningbouw waarop ik besluit om de woningcorporatie en de sociale dienst uit te nodigen voor een gesprek samen met de familie. Na diverse bijeenkomsten komt er een plan van aanpak en dit leidt er uiteindelijk toe dat de familie eerst in een caravan konden gaan wonen en uiteindelijk in een woning terecht komt. Deze woning huren ze van de GGz (!!) waar een behandelcontract aan verbonden is met dringende/dwingende afspraken zoals het depot medicatie en het accepteren van woonbegeleiding. Ook moet meneer vanuit de sociale dienst passende arbeid gaan doen via de sociale werkvoorziening. Via BIZ wordt geregeld dat er het eerste halve jaar geen kinderen mogen inwonen.

Enige conclusies

Hierboven wordt in een paar lijnen een heel proces geschetst: een proces dat begon met een overlast melding en eindigde in een situatie waarin betrokken cliënt bereid is om hulp te accepteren. Die bereidheid kwam niet uit zichzelf. Het proces van contact verbeteren tussen Bart en Mw. Antonissen werd gekenmerkt door vasthoudendheid in het creëren van contactmomenten.

Dit is kenmerkend voor bemoeizorg: wanneer de cliënt om wat voor redenen dan ook niet tot contacten met hulpverleners komt, ligt de bal bij de hulpverlener. Is er eenmaal een contact dat zal dit zodanig moeten verlopen dat cliënt hierna ook nog contact wil houden. Bart bewerkstelligde dat door een sterk faciliterende basishouding: "Ik ben er voor jou en ik wil ook graag horen wat jij wil en belangrijk vindt". Het aandachtig aanwezig zijn stond vanaf het begin voorop. Mw. Antonissen werd aangemoedigd om haar levensverhaal te vertellen en stukje bij beetje ontvouwde haar leven zich voor Bart, stukje bij beetje werd duidelijk wat zij heeft doorgemaakt, wat zij belangrijk vindt en waarom ze nu doet zoals ze doet. Cruciaal hierbij was dat Bart zich naar haar open stelde zonder haar te veroordelen en echte medemenselijke interesse toonde. In het begin lag het accent op present zijn en faciliteren, later kon er ook daadwerkelijk ondersteund worden: een gedoogbeleid voor elkaar krijgen, een postadres regelen, via de GGZ een woonvorm realiseren. Dit leidde tot de belangrijkste stap: het echtpaar was uiteindelijk bereid om hulp te accepteren. En daarmee ontstond steeds meer een situatie waarin sprake was van 'ons' i.p.v. 'wij tegen zij'. Belangrijke vaardigheden hierbij bleken vooral communicatie vaardigheden: luisteren, doorvragen en samenvatten. Het begon met het creëren van veiligheid en het consequent toepassen van de strategieën van present zijn, faciliteren en ondersteunen. Het resulteerde in een aanzienlijke verbetering van de kwaliteit van leven naar de opvattingen van deze familie; het als gezin samen wonen in een 'eigen woning'.

Literatuur

- Appelo, Martin (1999): *Van draagkracht naar draaglast*. Bohn Stafleu van Loghum
- Appelo, Martin (2008) *Socratisch motiveren*. Boom
- Baart, Andries (2001) *Een theorie van presentie*. Lemma Utrecht
- Boevink, Wilma e.a. (2006): *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen* (Passage-cahier)
- Ezerman, G (1983), zeven strategieën om leiding te geven aan veranderingen in organisaties. *In: leven en werken met groepen*, augustus 1983, pag. 1 t/m 19
- Gofers, T. Giebels, B. Hollander D. den en Wilken JP (2002), Van vechten naar (ont)hechten, *Passage: nr.*
- Hollander, Dirk den. Schaf begrip 'ziekte-inzicht' af *Psy* nr. 11 -2001
- Hollander Dirk den en John Lardinois (2008): "Als het spant in de relatie. *Sociale Psychiatrie* augustus 2008
- Strauss JS , H Hafez, H, P Lieberman, P and CM Harding, The course of psychiatric disorder, III Longitudinal principles. *Am. J Psychiatry* 1985; 142:289-296
- Tielens, Jules, 2002: De onbetrouwbare hulpverlener, *voordracht* gehouden op het Symposium 'Schizofrenie, mij een zorg' Academisch Ziekenhuis Groningen, 5 september 2002
- Wilken J.P. en den Hollander, D(1996): Van ontwijken naar onderhandelen: communicatie strategieën in de psychiatrische hulpverlening, *Nursing* nr. 1
- Wilken en den Hollander (2003), *Psychosociale Rehabilitatie, een integrale benadering*. SWP, 1999, derde druk 2002.