
“BEMOEIZORG DIENT GRENZELOOS TE ZIJN”

Attitude bij chronisch psychotische mensen

Jules Tielens, teampsychiater Rehabteam Amsterdam

Inleiding

In dit artikel wordt de werkwijze van de bemoeizorg van het Rehabteam uit Amsterdam uitgelegd. Niet om te vertellen hoe het moet, maar om u deelgenoot te maken van een werkwijze waaraan de medewerkers veel voldoening beleven. De werkwijze van het Rehabteam is organisch gegroeid. Het is ontstaan doordat een verpleegkundige, Rokus Loopik, die bij de toenmalige crisisdienst werkte, zich aangetrokken voelde tot zwervers met ernstige psychiatrische problemen, zo'n 14 jaar geleden. Voordien was er alleen het zogenaamde "zwerfversspreekuur" van de Centrale RIAGG Crisisdienst in Amsterdam.

In deze 14 jaren is het Rehabteam uitgegroeid tot 6 OGGZ-teams waarvan één de zorg voor de mensen in de Sociale Pensioens alsmede screenings binnen de OGGZ verzorgd. Daarnaast zijn er 2 ACT teams voor psychotische mensen, 2 dubbele diagnose ACT teams en een speciaal vrouwenteam die ACT zorg aan dakloze prostituees geeft. Er werken nu meer dan 30 SPV-n, alsmede 5 fulltime psychiaters, 5 fulltime arts-assistenten (AGIO en AGNIO), 2 maatschappelijk werkers, 2 woonbegeleiders, 2 trajectbegeleiders, 4 vrijwilligers (ex-patiënten en een ex-collega), 6 bureaumanagers/ secretaresses en 4 ervaringsdeskundigen (op gebied van schizofrenie of verslaving).

De doelstelling is om langdurige zorg te bieden aan mensen die op en rond de straat leven en een ernstige psychiatrische, vaak psychotische, ziekte hebben. Iemand die bij ons ingeschreven wordt, kan dat in principe levenslang blijven; hij heeft immers een chronische psychiatrische handicap. We bedienen nu ruim 550 ingeschreven patiënten. Wij hebben allemaal een dienstfiets, zijn zoveel mogelijk op straat, bezoeken daar mensen of zien ze in de Sociale Pensioens, alwaar wij wekelijks spreekuur houden. Wij hebben geen wachtlijst en hebben dit nooit gehad. Wij kunnen het werk niet doen wanneer er niet intensief wordt samengewerkt met diverse instanties die zich ook voor de dak- en thuislozen inzetten, zoals Leger des Heils, drugshulpverlening, GGD, woningtoezicht, HVO, Sociale Zaken etc.

In dit artikel wordt ingegaan op de basiseigenschappen van het hulpverlenerschap waarin een aantal morele opvattingen over goed hulpverlenerschap zijn opgesloten die we dagelijks in de praktijk hanteren.

Basisrichtlijnen

Mensen die op straat leven en een chronische psychiatrische ziekte hebben, kijken nauwelijks in de toekomst, laat staan dat ze plannen maken. Ze hebben weinig te verliezen en vanuit het team probeert een medewerker contact tot stand te brengen door met dingen te komen waardoor hun belangstelling wordt getrokken. De werkwijze is aan de hand van een aantal karakteristieken samen te vatten:

- Een open attitude met geringe distantie. Op alle fronten.
- Onconventioneel durven werken indien noodzakelijk.
- Bereikbaarheid; zowel letterlijk als figuurlijk.

Hoe komen deze karakteristieken in de praktijk naar voren bij A) de patiënten, B) systeem van de patiënt, C) eigen organisatie en D) de buitenwereld:

A) Bij de patiënten

1. Afstand

In de praktijk proberen we drempels die het contact kunnen belemmeren, weg te nemen. Patiënten komen bij ons op kantoor, kunnen er internetten, mogen zich bij ons douchen en willen hen laten ervaren dat we graag bij hen zijn en op een bepaalde manier van ze houden. Natuurlijk doen we dit niet wanneer we menen dat een psychotisch toestandbeeld dit niet toestaat. Tevens dient opgemerkt te worden dat deze verminderde distantie enige tijd nodig heeft om te groeien; het zal dus niet de allereerste gesprekken zo gaan. We geven de meest vieze zwerwers een hand en we kloppen op schouders. We nemen hen achter op de fiets en wanneer de fiets geen achterop heeft, zit de patiënt op de stang. Zo bracht een van onze verpleegkundige een zeer psychotische man, die zich helemaal volgegooid had met alcohol, van zijn sociaal pension naar een Sociaal Psychiatrisch Diensten Centrum. Het schijnt een imponerend gezicht te zijn geweest doordat de patiënt als een natte dweil over het stuur hing. Bij iemand met een antisociale persoonlijkheid werkt een geringe lichaamsdistantie ook goed omdat deze zeer gevoelig zijn voor lichaamstaal. Hierin komt een van onze uitgangspunten naar voren: "U bent welkom, echter altijd op onze voorwaarden". Vanzelfsprekend moeten deze grenzen bij deze groep zeer strikt gehanteerd worden.

2. Bereikbaarheid

Een groot probleem in de hulpverlening en zeker ook binnen de psychiatrie is de slechte bereikbaarheid.

Letterlijk: wanneer iemand telefonisch een verpleegkundige of psychiater wil spreken, lukt dit zeer moeizaam: lange wachttijden, vakantie, zwangerschapsverloven, ziekten, lunchen, buitenshuis zijn, etc. Vaak is er weinig vervanging geregeld en nog belangrijker: er is zelden enige bereidheid de reden van de afwezigheid uit te leggen. "Hij is er niet, dus bel een andere keer nog maar eens" is nogal eens de mededeling waar de patiënt het mee mag doen. In ons team hebben we allemaal een mobiele telefoon die aan staat. Ook tijdens de meeste gesprekken. De patiënt met wie de verpleegkundige of arts mee in gesprek is, zal dan moeten accepteren dat er even een oponthoud is. Hierbij hoort natuurlijk uitleg: dat deze snelle service ook deze patiënt ten beurt valt wanneer deze in de problemen zit. Dit leidt zelden tot problemen, de patiënten hebben er wel begrip voor.

Figuurlijk: we willen uitdragen dat de patiënt met bijna alles kan aankomen. Dat geldt ook voor de wens om zijn behandeling of medicatie af te bouwen of te staken. We zullen ze uitleggen dat smokkelen met medicatie niet direct een reprimande gaat betekenen.

3. Presentie

Uit zowel onderzoek als onze ervaringen in de praktijk blijkt dat regelmatige aanwezigheid essentieel is om het vertrouwen van de patiënt te winnen. Door de persoonlijke ontmoeting kunnen vooroordelen weggenomen worden en kan er een persoonlijk contact ontstaan. Zeker wanneer iemand zich als psychiater of arts profileert, kan dat afstoten werken omdat artsen geneigd zijn probleemgericht te werken. Dan wordt er veeleer gekeken naar wat er niet kan dan wat er wel lukt. Het contact verbetert vele malen sneller wanneer niet psychiatrische dingen worden gedaan, zoals iemand ergens mee naar toenemen, muziek maken of iets repareren, dan wanneer er intelligente gesprekken worden gevoerd.

Bij de presentie passen een aantal algemene regels die in het contact naar voren komen:

- "Geen probleem te hoog".
Geen geld, suïcidaal, ernstige vreemde belevingen, geen huis, bedreiging door anderen; daarvoor bent U bij mij aan het juiste adres.
- "Voor wat hoort wat".
Wanneer ik iets doe verlang ik ook een contraprestatie van de ander. Ik regel onderdak, geld, werk etc, maar dan gaat de patiënt hieraan meewerken. Het is opvallend hoe goed deze aanpak bij met name bij de meer antisociale medemens werkt; dit appelleert aan zijn model van communiceren.
- "De patiënt is hier om te leren".
Zelfgevoel en geluk zijn uitsluitend te verkrijgen door het zelf overwinnen van de moeilijkheden des levens, het kennen van zijn zwakheden en het zoeken naar zijn eigen talenten. Een zg. steunende begeleiding gaat nogal eens meer over het geluid wat de hulpverlener maakt tijdens de sessies dan over hulp die geboden wordt. Een patiënt die pertinent niet wil leren sluit zichzelf uit van behandeling. Een uitzondering moet gemaakt worden voor patiënten met een (cerebraal) onvermogen om de keuze tot verandering te maken, zoals zwakbegaafden, organisch beschadigden en mensen met (gedesorganiseerde) schizofrenie.
- "Eerst begrijpen en dan pas ingrijpen".
De patiënt moet dit gevoel ook hebben; hoe kan een dokter immers een goede therapie geven, wanneer die dokter niet precies weet wat precies de problemen zijn? Onze populatie heeft meer dan gemiddeld te maken gehad met hulpverleners die te kort door de bocht gaan; "U heeft stemmen: mooi neemt U deze pil 3x daags en dan hoor ik het wel". Onze populatie had toch al niet zoveel vertrouwen meer in de mensheid, waar Uzelf ook toe behoort, en haakt al snel af.
- "De patiënt kan niet terecht met":
De slechtheid van de maatschappij (dat wist ik namelijk al en ik kan er niets aan doen) en dreigementen van welke aard dan ook (met name geldt dit voor de antisociale medemens).

4. de eigen persoon als rolmodel

Onze doelgroep is zeer gevoelig voor afstand (zij heeft hier vaak zelf grote problemen mee) en de gewone therapeutische distantie wordt vaak als hautain, ongeïnteresseerd of zelfs achterbaks geïnterpreteerd. Deze afstand is overigens wel nauw begrensd; te grote amicaliteit dan wel fysieke nabijheid is uit den boze. Alle handelen moet met gepast respect worden uitgevoerd. Daarnaast hebben veel psychotici geen flauw benul hoe een 'normaal' leven eruit ziet en vinden ze het in mijn ervaring leerzaam wanneer ze een blik in dat van mij kunnen hebben. Bij meer psychopathische mensen dient vooral een zakelijke en consequente aanpak gebezigd te worden. Als rolmodel gebruiken we de volgende principes en benaderwijze:

- eerlijk zijn:
wat niet leuk is niet leuk en wat wel leuk is, is dat wel. We willen geen verwachtingen wekken die we niet waar kunnen maken. Een voorbeeld is het verkopen van een opname "om tot rust te komen". Opname afdelingen zijn drukke en vaak onprettige plekken; we draaien hier niet om heen.

Het is ook van belang om eigen gevoelens te onderkennen: wanneer een contact met een patiënt problemen oplevert of een collega tegen een contact met een bepaalde patiënt op ziet dan is reflectie hierop van belang. Een patiëntencontact dient altijd een uitdaging te zijn. Is dit het niet het geval dan is super- en interventie op zijn plaats. Het resultaat zal altijd moeten zijn dat jezelf dan wel de patiënt zich anders gaat gedragen!

- Niet met kritiek of klachten komen als dat nog niet past.
Redetwisten over de behandeling levert over het algemeen vooral de patiënt schade op en in de praktijk proberen we dat te vermijden. Daarbij wordt getracht de dingen altijd vanuit het standpunt van de patiënt zien. Ook de schizofrene patiënt wordt hetzelfde gegund als onszelf: door schade en schande zijn levenspad kiezen. Hierbij past een adviserende rol en geen moraliserende.
- Narratieve benadering
We zoeken gespreksonderwerpen die de belangstelling van de patiënt hebben. Zoek naar iets aardigs bij de patiënt; kijk naar opvallende dingen van hem/haar, hobby's, toekomstplannen. Ook patiënten hebben passies of hebben die ooit gehad. Door er naar te vragen helpen we de patiënt zijn verloren talenten terug te winnen. Deze narratieve benadering helpt om psychisch gezond te worden.
- We bespreken het perspectief van de patiënt.
Wat wil hij in zijn leven bereiken? Hoe is het met de opleiding en scholing gegaan in het verleden, welke werkervaring dan wel wensen heeft iemand? Dit wordt weinig besproken terwijl het uiteindelijk hierom gaat! Het heeft te maken met idealen en zelfontplooiing en een behandeling van klachten die deze zelfontplooiing in de weg zitten, worden begrijpelijker voor de patiënt.
- Dramatiseren van onze denkbeelden.
"De inzet is groot, we hebben het over Uw toekomst". Met name bij mensen met en persoonlijkheidsstoornis is dit zeer zinvol.

5. Onderhandelen

Onderhandelen is een wezenlijke karakteristiek van onze werkwijze. Een goede hulpverlener dient de kunst van het eerlijk en open onderhandelen tot in de puntjes te verstaan. Over het algemeen is een hulpverlener niet anders dan een adviseur. Aan de hand van onderhandelen over medicatie wordt hier de methode van het onderhandelen geschetst:

- Patiënten hebben vaak slechte ervaringen met medicatie. Velen kennen, soms uit eigen ervaring, het verschijnsel van een kaakklem of het rondlopen als een zombie. Geef erkenning wanneer dit ter sprake komt.
- Maak duidelijk dat U geen aandelen bezit in de farmaceutische industrie. U wordt niet rijker van het uitschrijven van medicijnen.
- U wilt uitsluitend medicijnen geven waarvan de patiënt zich beter gaat voelen. De patiënt slikt pas medicatie wanneer hij van deze dingen overtuigd is. U behandelt geen ziektebeelden, maar klachten. U bent slechts de nederige adviseur!
- Geef uitgebreide informatie, over de voors en tegens, van de medicatie die u wilt voorschrijven. Laat de patiënt pas daarna kiezen. Rek het elastiek eventueel nog even op ("Ik heb liever niet dat U eraan begint wanneer U niet overtuigd bent dat U dit wilt proberen").
- Geef co-medicatie, zeker in het begin van een acute psychose behandeling. Schuw hierbij benzodiazepinen niet! Verslaving aan benzodiazepinen zijn bij psychotische mensen betrekkelijk zeldzaam.

- Stel een testperiode voor, waarna de patiënt samen met U mag kijken hoe het is bevallen. Toon belangstelling voor het experiment van de patiënt. Gun de patiënt hierin ook zijn ruimte om eigen fouten te maken. De patiënt kiest nogal eens voor die optie die U niet gekozen zou hebben.
- Wanneer het mislukt is een onderzoekende opstelling van belang. Experimenten kunnen mislukken, dit moet de patiënt van tevoren goed beseffen. Als U eraan zit: erken dit volmondig!
- Gun de patiënt zijn eigen succes wanneer de medicatie aanslaat. Vraag of het nog beter kan. Het maximale succes moet namelijk nagestreefd worden.
- Wanneer de patiënt een nieuw medicijn gaat gebruiken moet hij aangemoedigd worden om bij de minste -verdenking op- bijwerking contact met u op te nemen; zorg dat u bereikbaar bent in deze periode. Mobiele telefoon is hierbij zeer doeltreffend.
- Wanneer de patiënt de medicatie wil afbouwen:
 - Vraag de redenen hiervoor uitgebreid uit, met natuurlijk veel aandacht voor bijwerkingen.
 - Sta in principe niet afwijzend. Maak een "calculated risk" voor wat er kan gebeuren indien de medicatie verminderd of gestopt wordt. Vaak vinden mensen een klinische opname uiterst vervelend. Stel je, als ambulant hulpverlener, op het standpunt dat je in ieder geval een opname wilt voorkomen. Een vitaal onderdeel hiervan is een goed noodplan. Inclusief een noodset aan medicatie, die de patiënt in huis moet hebben.
 - Bedenk dat de meeste ellende van een recidief psychose voor de rekening van de patiënt komt.
 - Alleen indien gebleken is dat terugval in een psychose forse schade voor de omgeving gaat inhouden ben je gerechtigd om een meer andere, meer directieve toon aan te slaan. Deze toon is dan ook uit te leggen aan de patiënt.

In het algemeen is ons team **geen voorstander** van het fenomeen **zorgcoördinatie**. Hiermee wordt opnieuw een nieuwe actor in de behandeling van de patiënt gebracht, die verder geen uitvoerend werk in de directe patiëntenzorg doet. Een manco in de zorg voor chronisch psychotische mensen lijkt in onze ogen niet (alleen) bij een te geringe menskracht te liggen, als wel in het versplinterd optreden van vele verschillende groepen. Daarom menen wij dat bij onze chronisch psychiatrische patiënten dat we nadrukkelijk meer moeten doen dan alleen zuiver psychiatrische interventies. Het verzorgen van ander hulp is geïndiceerd en komt het patiënten contact zeer ten goede.

De basisattitude bij psychotische mensen

Bij het werken met mensen die psychotisch zijn is het van het grootste belang om uit te maken hoe het gesteld is met hun vermogen om te oordelen over hun eigen situatie. Indien dit niet adequaat is en er sprake is van gevaar, dient de toon anders te zijn in vergelijking met situaties waarin de patiënt wel in staat is om te oordelen over zijn situatie. Een door het team gehanteerde vuistregel is: er zijn twee basishoudingen in dit vak. De belangrijkste is de klassieke hulpverlenersattitude in de rol van *adviseur en therapeut*. De andere houding is de rol van *de beslisser*. Dit laatste geldt bij gevaarlijke situaties bij oordeelsonbekwame mensen. Dan dient er ingegrepen te worden.

De belangrijkste fout is om *geen keuze maken* tussen adviseur of beslisser en *er tussenin blijven hangen*. Dan ontstaat er een niet wenselijke rol van een betuttelende hulpverlener die zich voortdurend zorgen maakt over de patiënt, die maar telkens niet de juiste beslissingen neemt in z'n leven. Deze betutteling is de belangrijkste reden voor het feit dat patiënten zich aan behandeling onttrekken. Geen mens pikt dat en dat moeten we onze patiënten dus ook niet aandoen.

Indien de hulpverlener **adviserend en dienend is**, is de volgende vraag van belang " *wil de patiënt met mij in zee?* "

Indien ja:

- Probeer in te voegen bij het lijden van de patiënt. Zoek net zolang totdat je het gevonden hebt en bied aan het te verhelpen. Klassiekers bij psychotische mensen zijn: stress, slaapproblemen, gebrek aan concentratie en geheugen, teveel gedachten in het hoofd, geen sociale contacten, eenzaamheid, gebrek aan levensperspectief. Vraag hier uitvoerig naar! Je zal zien dat de klant hier graag over wil praten.
- Zoek naar winstpunten voor de patiënt. Alleen wanneer hij meent dat hij voordeel heeft of gelukkiger wordt van jouw interventies, zullen ze echt werken.
- Stel een proefperiode voor waarin de aanpak volgens jouw idee wordt geprobeerd. Zorg er voor dat je in deze proefperiode bereikbaar bent voor de patiënt: hij moet natuurlijk direct bij jou terecht kunnen om (onwelgevallige) veranderingen te bespreken.
- Vergewis je ervan dat de omgeving van de patiënt op de hoogte is van de interventie en ermee akkoord is. Als zij het niet eens is met jouw interventie dan is falen zeer waarschijnlijk.

Indien nee:

Als de patiënt onvoldoende mee wil/kan werken, kun je zijn omgeving proberen te gebruiken. Dit kunnen familie of vrienden zijn, maar ook woonbegeleiders of een wijkagent. Het betreft eigenlijk iedereen die intensief met de patiënt te maken heeft. Zo wordt de omgeving groter bij meer problemen, overlast of dakloosheid.

Bedenk goed dat jij de adviseur bent en iemand uit de omgeving een andere rol kan spelen: die van ordehandhaver. Vaak is een een-tweetje met de ordehandhaver noodzakelijk voor het slagen van de interventie.

- Indien er een ordeprobleem is: laat de omgeving de patiënt aanspreken en jou er vervolgens bij roepen als de adviseur van de patiënt (nadat de omgeving geconstateerd heeft dat de patiënt misschien niet over een optimaal functionerend brein beschikt).
- Laat de omgeving heldere grenzen voorstellen waarbinnen de patiënt zich dient te bewegen. Bijvoorbeeld: 'Zo kan ik jou niet in mijn pension houden'. Of: 'Dit accepteer ik niet als agent'. Of: 'Anders blijf ik je als moeder niet langer helpen met je geldzaken'..
- Laat de omgeving voorstellen dat jij als hulpverlener de patiënt helpt dit dilemma te ontrafelen. Probeer in de discussie zo lang mogelijk de kant van de patiënt te houden, maar gebruik wel de dynamiek van het conflict om een wenselijke verandering in gang te stellen. Anders gezegd: maak het ijzer eerst heet, om het vervolgens te smeden. Laat het heet maken zoveel mogelijk aan anderen over, met name voor zover het een onwelgevallige boodschap bevat. Jij blijft immers aan de kant van de patiënt staan. Wel met de intentie om óók de omgeving van zijn probleem met de klant af te helpen.
- Laat je niet verleiden uit de rol van hulpverlener/ belangbehartiger van de patiënt te stappen. Zeg dus niet: 'U moet medicatie gebruiken anders kunt u hier niet blijven'. Beter is: 'De begeleiding zegt dat uw gedrag niet aanvaardbaar is. Zou medicatie u niet van de stress af kunnen helpen?'

Dit 'een-tweetje' wordt ook wel de '**tangbeweging**' genoemd, zoals slimme generaals dit plegen te doen. Je neemt de patiënt tussen twee partijen in de tang. Het is uiteindelijk de bedoeling om weer bij de patiënt uit te komen. Je kunt dus via de omgeving de druk op de patiënt opvoeren om weer met jou in contact te komen. Je kunt de tangbeweging liefdevol of indringend uitvoeren: dat hangt van de situatie af.

Psychotische patiënten krijgen dagelijks te horen dat hun ideeën over zichzelf en de wereld niet deugen. Het is prettig als jij als hulpverlener dat niet doet. Beter is het om je te afficheren als een deskundige op het gebied van het functioneren van het brein. Hiermee gaat het psychotische probleem minder over persoonlijkheid en meer over een minder goed functionerend orgaan, namelijk het brein.

De rol van de beslisser

Wanneer de rol niet adviserend van aard is en de rol van de beslisser opdoemt is het belangrijk om de patiënt te melden dat er een probleem is vanwege de combinatie gevaar en verwardheid. In dit geval heeft de professional de rol die door de Nederlandse Staat aan hem is opgedragen, welke hem verplicht hier iets aan te doen. Het kan geen kwaad hierbij enig pathos te gebruiken. Vervolgens volgt de beoordeling of het een IBS of RM wordt en er al dan niet medicatie gegeven moeten worden. *Tip hierbij:* laat de patiënt kiezen uit twee of meer mogelijkheden waar u zich beiden in kunt vinden (slikken of prikken, linker of rechter bil etc.). Geef in deze fase uitgebreid uitleg over wat en waarom u de dwangmaatregelen uitvoert, maar ga hierover geen uitgebreide discussie aan. Immers, deze is niet relevant. Een dwangmaatregel is namelijk per definitie tegen de zin van de patiënt en een uitvoering van de wet. Daar valt op dat moment niets op af te dingen.

B) Systeem om de patiënt

Rond de patiënt bestaan twee soorten systemen die van direct belang is voor de patiënt zelf. Allereerst zijn er de familieleden en vrienden van de patiënt en ten tweede het professionele systeem. Beide zijn relevant om de volgende redenen:

1. Via het systeem heeft de professional verschillende mogelijkheden om een ingang bij de patiënt te krijgen. Hulp- en dienstverlenende instanties kunnen veel betekenen in het dagelijkse leven van de patiënt. Denk hierbij aan Sociale Dienst, jobcoaches, dagbesteding, schuldhulpverlening, vrijwilligerscentrales, Leger des Heils, politie, justitie, de reclassering, woningbouwcoöperaties, Dienst Herhuisvesting, GGD, drugshulpverlening, weldoeners, etc. Deze kunnen helpen om met leuke dingen aan te komen. Ieder hulpverlener heeft van deze instanties kennis en heeft daarbinnen zijn netwerk. Een goede SPV is een alleskunner! Naast psychiatrische gesprekken is deze maatschappelijk werker, ritselaar en maatje.
2. Indien het systeem zich inzet voor de zorg, denk bijvoorbeeld aan de woonzorg, dan heeft dit systeem recht van spreken, meedenken en moet zij geïnformeerd zijn. Hoe zwaarder de zorg des te meer informatie dient er gegeven te worden. We breken dus dagelijks ons beroepsgeheim! In alle openheid naar de patiënt en met uitleg waarom we dat doen.
3. *Mother knows best.* Wij menen dat moeders over het algemeen zeer goed weten wat verstandig is voor haar kind en dat daar dus goed naar geluisterd moet worden. Het beeld van de overbezorgde ouder, zoals nogal eens geschetst wordt, wijst ons inziens meer op falende zorg met bijpassende woedende ouder dan op een al te overijverige ouder.
4. *De tangbeweging.* Om vastzittende patiënten los te krijgen hebben we een tang nodig. Met name bij overlastgevers en zorgmijders kan een een-tweetje met de wijkagent, de woningcorporatie, justitie etc. zeer effectief werken.

C) Eigen GGZ organisatie

- Wij laten collegae graag meekijken in onze keuken. Het gebeurt bijna wekelijks dat er iemand meeloopt of bij onze teamvergadering aanwezig is. Dit heeft ons in de loop der tijd enorm veel opgeleverd. De achterdocht over ons functioneren verminderde, we kregen veel informatie van collega's over hun manier van werken, ze kregen interesse over onze aanpak zodat wij nauwelijks personele problemen kennen en vooral veel goodwill als retourgift ontvangen. Dat laatste is belangrijk in een vak dat door overbelasting en de daarbij passende paranoia geregeerd wordt. Ook hebben we met een paar collega psychiaters, met wie we samenwerken, een week **jobrotation** georganiseerd.
- Nodig de Raad van Bestuur eens uit mee te lopen met het dagelijkse werk. Zien is geloven. In een van memo's geregeerde wereld is de beste manier om Uw zaak onder de aandacht te brengen het laten zien wat U uitspookt..
- Wij lopen graag eens mee in een dienst van de opnamekliniek.
- We doen nauwelijks mee met vergaderingen en stuurgroepen. Van een overkoepelend orgaan is nooit iemand beter geworden!
- Schrijf geen of zo weinig mogelijk memo's of open brieven. Deze hebben een grote lade-vastheid.
- Verzet U tegen het idee dat U er voor de manager bent het ligt andersom!
- Transmuraal werken is een must. Het hierdoor voorkomen van breuken in de behandeling tijdens een opname is enorm sterk bevorderend voor een gunstig resultaat van deze behandeling.

D) De buitenwereld

De buitenwereld weet nog bitter weinig over de GGZ. Nog steeds horen we de vooroordelen over de psychiatrie: vreemd, niet verantwoordelijk, defensief. Deze vooroordelen kloppen voor een bepaald deel. We moeten naar buiten treden om enerzijds de buitenwereld te laten zien wat we wel doen, anderzijds de buitenwereld mee laten denken en beslissen hoe het dan wel moet. We lossen binnen de psychiatrie de problemen nogal BINNEN de psychiatrie op. We mogen namelijk niet klagen over de moeilijkheid van de problemen als we de buitenwacht zorgvuldig NIET informeren. Voorbeelden zijn de blunders in de Amsterdamse crisispsychiatrie.

Een klassieke fout is verder de wijze waarop informatie wordt verspreid: via memo's, communiqués en externe-communicatie jongens. Al deze informatie is zorgvuldig samengesteld en van alle angels ontdaan. Het houdt met name de bestuurders buiten schot.

Netto resultaat is een achterdochtige houding bij de ontvanger. Het vervelende is met name dat de uitvoerders uiteindelijk de zure resultaten krijgt en mag uitleggen van wat er toch niet klopt aan de glanzende jaarverslagen tegenover het feit dat er wachtlijsten zijn, gekken niet worden opgenomen etc. De medewerker voelt zich verraden en verlaten.

De oplossing ligt in het openstellen van de afdelingen, kantoren etc. Het mee laten lopen van wethouders, journalisten en vooral veel collega's.

Samenvatting

De langdurige psychiatrie, en met name de zorg voor psychotische mensen, onderscheidt zich in een aantal zaken geheel van alle andere psychiatrie. Het gaat om mensen die over het algemeen niet vinden dat ze wat mankeren en tegelijkertijd dringend intensieve zorg nodig hebben. Dit gegeven heeft een grote invloed op onze houding. We moeten weinig afstand (distantie) creëren en hen verleiden tot zorg. De gewone hulpverlener-patient relatie ziet er geheel anders uit dan in de rest van de medische zorg. Dat moeten de werkers in deze zorg zich enorm goed realiseren.

En eigenlijk blijkt dat deze houding ook heel goed werkt naar anderen met wie je te maken krijgt in deze zorg: je team, het netwerk, je eigen organisatie of de maatschappij.

En het is ook nog erg leuk werken wanneer je deze directe, open houding perfectioneert. Wat wil een mens nog meer!?

(in januari verschijnt bij de Tijdstroom van Jules Tielens zijn boek "Bemoeizorg" met allerlei praktische tips)