

'Het leven met veel pech toch een beetje fatsoenlijk zien te m

Op 16 maart 1993 sprak Ischa Meijer met de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige Henrie Henselmans (1956). Deze werkte toen bij het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Rijnmond Noord-Oost als leider van een project waarin 75 ernstig ontregelde, maar niet opgenomen psychiatrische patiënten actief benaderd werden. Deze werkwijze werd bekend onder de naam 'bemoeizorg'. Tegenwoordig is Henselmans kwaliteitsmanager bij Psychiatrisch Centrum Willibrord in Heino. Daar is het zijn verantwoordelijkheid dat er na een uitgebreid fusieproces een samenhangend beleid voor chronici tot stand komt in de regio. Dat het begrip 'bemoeizorg' de afgelopen jaren zo'n eigen leven is gaan leiden, heeft hem hogelijk verbaasd. 'Als nu een hulpverlener iets wil, wat de cliënt niet wil, wordt daar meteen de term bemoeizorg opgeplakt, alsof daarmee alles gerechtvaardigd is. Dat gaat mij te ver. Bemoeizorg richt zich in essentie toch alleen op een moeilijk te bereiken groep behoorlijk ontredderde psychiatrische patiënten. En dat feit rechtvaardigt enig paternalisme.'

Meneer Henselmans, u bent SPV-er, sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Waarom, om maar eens even de basisvraag te stellen?

Dat is een moeilijk te beantwoorden vraag. Ik ben op mijn zeventiende de B-verpleging ingegaan. Dat had geen goede reden volgens mij. Waarom ga je op je zeventiende de psychiatrie in? Ik denk dat het een combinatie was van op een handige manier los van je ouderlijk huis komen en ook wel van goede bedoelingen.

Romantiek bedoelt u?

Nee, goede bedoelingen, romantiek klinkt te wuft. Het is meer pastoraal, dat was het toen althans, het goede doen voor de mens...

Had u voor die tijd al gekken of psychisch gederailleerden ontmoet in uw omgeving?

Nee, nauwelijks.

Maar hoe kom je daar dan op? Het is toch een merkwaardige keuze voor een jongen van zestien, zeventien?

Voor mijzelf is die keuze denk ik niet zo bewust geweest.

Maar het was wel een heel bepalende keus, want het is toch heel zwaar die B-verpleging? Psychisch zwaar bedoel ik, voor een kind van zeventien?

Als ik nu terugkijk vind ik dat wel, maar toen voelde ik dat niet zo. Toen ging je gewoon brood smeren voor de psychiatrische patiënten.

het welzijn

Meijer met Henrie Henselmans

maken'

Dat was zo ongeveer de kernbezigheid?

Daar begon je mee. Die opleidingsroute zit zo in elkaar dat ze je eerst naar een plek sturen waar je niet veel kwaad kan. Als leerling-verpleegkundige begon je op het meest achterlijke paviljoen op de dagzaal. Dat was binnen het gesticht de onderkant van de psychiatrie. Als je iemand daar laat beginnen en dan ook nog zegt: "We gaan nu eerst een tijd brood smeren", dan kan er toch niet zoveel misgaan?

Hoe was dat?

Heel plezierig en overzichtelijk. Langzamerhand kwam je ook met patiënten in aanraking.

Vindt u het achteraf vreemd, de manier waarop dat vak geleerd werd?

Nee, eigenlijk niet zo. Officieel zijn er tegenwoordig wel andere opleidingsmodellen, maar toch is er nog steeds geen goed boek waarin staat hoe dit vak in elkaar zit. Een tijd geleden wilde ik een artikel schrijven over hoe je nu moest omgaan met psychiatrische patiënten, maar daar kwam ik niet helemaal uit en toen heb ik naar Buitenlandse Zaken gebeld om te vragen hoe ze daar diplomaten opleiden en welke boeken ze daarbij gebruiken. Ik dacht, zo ga ik het ook doen.

Zaken van de ziel

In zijn VPRO-radioprogramma *Zaken van de ziel* interviewde de in 1995 overleden Ischa Meijer van oktober 1992 tot en met december 1993 talloze mensen uit wat hij zelf noemde 'de wondere wereld van het welzijn'. Sommige van die gesprekken doen - pakweg vier jaar later - gedateerd aan. Ze zijn ingehaald door de actualiteit. Andere interviews zijn echter ook nu nog zeer de moeite waard door het licht dat zij werpen op de geschiedenis van de sociale sector. Deze zullen de komende maanden in bewerkte vorm in *TSS* worden afgedrukt.



Foto: Jan Reinier van der Vliet

U zag een parallel tussen diplomatie en gekkenverzorging.

Waarom?

Diplomaten komen ook heel veel op hetzelfde adres met dezelfde boodschap en moeten ook heel veel dingen vertellen die niet aardig zijn, ze opereren ook voortdurend met belangentegenstellingen, wat echt een belangrijk aspect is van de sociale psychiatrie. Dus dat vond ik wel een aardige overeenkomst. Maar toen ik vroeg welke boeken ze gebruikten, zei die man: "Wij hebben die boeken, die u zoekt, niet. Wat wij doen, is dat we iemand in het begin als vierde man naar Karachi sturen." Dat is dus hetzelfde als brood smeren aan de onderkant van een populatie psychiatrische patiënten.

Hoe zag die onderkant er toentertijd uit?

Dat zie je nu echt niet meer, het was nog een paviljoen met honderd psychiatrische patiënten, er zaten er twintig op de ziekenzaal. Die ziekenzaal moesten ze echt goed in de gaten houden, die zat op slot en daar werd het vlees van te voren in blokjes gesneden, zodat er geen messen bij hoefden. Met de vorken sjoemelde je een beetje, sommige patiënten kregen er wel een, andere niet. Op de

dagzaal zaten patiënten die wat je noemde gestichtssociaal waren, en daar was één dienst voor, één verpleegkundige.

Veel lachen ook?

Ja, dat vond ik wel.

Als ik SPV-ers spreek, hebben ze het inderdaad vaak over de vrolijke kanten van de gekte. Dat schijnt ontzettend aantrekkelijk te zijn.

De gekte zelf vind ik niet zo vrolijk hoor, dat is eerder tragisch. Maar al die inconsistenties van gekte, dat is wel vrolijk. Mensen die menen de koningin te zijn, maar zich toch iedere ochtend om zes uur tegen hun zin uit bed laten slepen. Ze hebben allerlei gedachten die op geen enkele manier sporen met wat ze verder doen en accepteren.

En wat is de duistere kant? Want als je dat nog wel vrolijk vindt, moet er dus ook een duistere kant zijn, een onaangename of een verdrietige kant.

Dat is niet zo moeilijk, want er is zo veel leed. Mensen die voortdurend geteisterd worden door hallucinaties, die hen uitschelden en bestoken en waar ze zich niet goed tegen kunnen verweren. Mensen die gewoon niet vooruit te branden zijn...

Had u het idee toen u zeventien, achttien was, dat u daar wat aan kon doen?

Ja, ja.

En?

Dat vind ik nog steeds, maar wel op een heel andere manier. Ik dacht toen echt nog: als je maar lang genoeg iets goeds doet voor mensen, worden ze op den duur wel anders. Inmiddels weet ik dat dat niet altijd zo is. Maar nu vind ik nog wel dat als je heel lang iets goeds volhoudt, het beter met die mensen gaat dan als je het niet doet - ik praat dan over vrij ernstige patiënten, dus niet iemand die één keer een spinfobie heeft of zo, al kan dat ook vervelend zijn.

Leerde u iets in die opleiding?

Jazeker. Ik kende toentertijd de twaalf hersenzenuwen in het Latijn van voor naar achter en terug, en ik kende allerlei soorten hallucinaties. Je leerde vooral veel dingen die niet echt te maken hadden met wat je de hele dag deed.

Vindt u dat nu zonde?

Nee, absoluut niet. Ik zie er nu wel heel sterk de beperkingen van in, maar het gaf toen wel houvast. Je slaat je er toch met een soort bedrog doorheen.

Oei, hoe bedoelt u dat?

Nou, doordat je weet welke naam iets heeft, denk je ook dat je er iets van begrijpt.

Als je voortdurend denkt dat je er toch niks van weet, zou je misschien niet zijn door gegaan met die opleiding?

Ja, terwijl je nu weet: als iets een naam heeft, wil dat nog niet zeggen dat je het begrijpt. Dat is ook de reden waarom de opleiding op die leeftijd niet zo zwaar was: je ziet een hoop niet als je zo jong bent - problemen, loyaliteiten van familieleden of tussen patiënten - en daar heb je dus ook geen last van. Je deed gewoon netjes wat je gevraagd werd, je leerde die rijtjes en je smeerde de boterhammen.

Was er niet één iemand die toch voor een soort inzicht zorgde, die wees op psycho-sociale stramien en...

Nee.

Dat is toch gek? We praten over de jaren zeventig, toen hadden we toch al een hele beweging gehad? Dat boek van Foudraine - Wie is van hout? - was verschenen. Had dat niet zijn weerslag op die B-opleiding?

Nee, maar dat kon ook niet echt, want als je de hele dag met die psychiatrische patiënten bezig was, was die anti-psychiatrie helemaal niet geloofwaardig.

Waarom niet?

Lachend: Omdat het te romantisch was. Als je bijvoorbeeld alleen late dienst had op een zaal met twintig mensen die psychotisch waren, dan kon je daar echt niets positiefs van maken. Nee, volgens mij heeft die anti-psychiatrie onder B-verpleegkundigen echt een marginale invloed gehad.

Maar is er in de loop van die twintig jaar wel iets veranderd dan? Of er in de basis iets veranderd is weet ik niet, maar de bejegening is in ieder geval humaner geworden. Patiënten worden niet meer per definitie van alles beroofd, omdat ze gestoord zijn. En de huisvesting vind ik ook op veel plekken verbeterd.

Goed, u werd dus B-verpleegkundige, in welke zin ben je dan deskundig?

Je weet vooral goed, hoe je iemand die linksaf wil, toch rechtsaf kunt laten gaan. Als ik nu personeel moet aannemen voor de ambulante sector heb ik graag mensen die een paar jaar met patiënten opgesloten hebben gezeten. Niet letterlijk, maar dat ze op een gesloten afdeling hebben gewerkt, waar je in een soort kookpan zit met patiënten en waar je gedwongen wordt om allerlei ingenieuze dingen te verzinnen om het uit te houden. Ik vind het een groot voordeel als mensen die ervaring hebben. Dat is ook het verschil tussen dokters en broeders, want dokters kunnen het niet zo goed.

Wat kunnen ze dan niet?

Ze beheersen die omgang niet speels genoeg.

Geef eens een voorbeeld. Wat kunt u wel met psychiatrische patiënten wat een dokter niet kan?

Ik kan een uur met patiënt X praten zonder dat deze de indruk heeft dat hij fouten maakt. Als je daarentegen het gesprek opent met de vraag: "Meneer, hoort u stemmen?"... Ik was eens op pad met een co-assistent en die zei na twee gesprekken: "Dat werk dat jullie doen, dat kan iedereen, want dat zijn koffiegesprekken". Ik vond dat nogal dom gezegd van die man, want een goed gesprek moet ook zoveel mogelijk op een koffiegesprek lijken, vind ik. Van te voren hadden we afgesproken dat hij het volgende gesprek zou doen. Hij stelde de patiënt een aantal vragen, maar na twee minuten zei hij al dat ik het maar moest overnemen, omdat hij geen vragen meer had. Dat is dus een voorbeeld van een manier van doen, die je bij verpleegkundigen niet zo snel zal aantreffen.

Was u tijdens uw opleiding al geïnteresseerd in de dwarsverbanden, in de relaties die de patiënten tot hun ouders of hun kinderen hadden?

Absoluut niet, ik wist daar niets van.

U dacht dat gekte uit de lucht kwam vallen?

Zoiets, maar je zag er ook niks van. Ik kom nog regelmatig op opname-afdelingen, maar daar is nog steeds het probleem dat je een patiënt buiten zijn context hebt. In het algemeen zie je hoe goed hij zich houdt aan het ritme van de inrichting, opstaan, eten en dat soort dingen.

Je kan hem dus eigenlijk alleen maar beoordelen op zijn carrière als patiënt?

Ja. Het is natuurlijk ook geen toeval dat die klinische psychiatrie enigszins gerelativeerd wordt. Wat je nu ziet is dat de opnames bekort worden, dat er eerder proefverlof is en dat de familie er veel meer bijgehaald wordt.

Op een gegeven moment koos u voor dat sociaal-psychiatrisch verpleegkundige beroep? Waarom?

Het was een manier om uit de inrichting te komen. Het is natuurlijk wel leuk om brood te smeren en wat dies meer zij, maar dat moet je niet je hele leven doen.

Maar u wist dus niet precies wat u koos, toen u die SPV-opleiding ging doen?

Nee en in ieder geval zeker niet die diepzinnige dingen, die u net noemde.

Waar leidde het toe op?

Vroeger was er de B-nazorg, daarmee is het begonnen. Dat was om de patiënten na het ontslag te begeleiden. Daaruit is de SPV-opleiding gegroeid en die leidde op voor verpleegkundigen op de Sociaal-Psychiatrische Dienst, die nu in de Riagg's is opgegaan.

Wat voor taak hadden de SPV-ers daar?

Het begeleiden van de psychiatrische patiënten die niet opgenomen waren, en dat is eigenlijk nog steeds zo. Tenminste, zo zou het moeten zijn.

Dus ook het opvangen van patiënten die nog niet opgenomen zijn: niet meer en nog niet. Maar dat zijn twee totaal verschillende stadia, want bij 'nog niet' moet je bijvoorbeeld als SPV-er ook intake doen, waarbij je moet beoordelen of iemand opgenomen moet worden?

Ja, ik vind, wat een SPV moet kunnen is een psychiatrische patiënt beoordelen op zijn psychopathologie, op zijn sociaal functioneren, en op de relatie daartussen. Je hebt mensen die heel gek zijn, maar niet gek doen. Gelukkig maar, als alle psychiatrische patiënten zouden doen wat hen werkelijk bezighoudt, zou het echt rampzalig zijn.

Had u genoeg aan die opleiding, vond u het interessant?

Ja, ik vond het wel interessant, maar die ambachtelijke aspecten kwamen daar toch veel minder aan bod.

Is dat een praktijkzaak dan? Iets waarvoor je aanleg moet hebben en wat je verder in de praktijk ontwikkelt?

Daar moet je het wel een beetje van hebben, ja. Als iemand affiniteit heeft, zijn hart op de goede plaats en een beetje met twee voeten op de grond staat, dan kan hij het leren.

Het hart op de goede plaats, wat is dat?

Je moet er aardigheid in hebben om met mensen om te gaan, ze

niet schofferen of vreselijk snel ongeduldig worden en niet meteen ondersteboven zijn als een patiënt niet dankbaar is, dat soort dingen bedoel ik daarmee.

Je moet meer incasseringsvermogen hebben dan een psychiater?

Nou, dat weet ik niet hoor.

Ik probeer even de plaats te zien. Wat is de plaats van de SPV-er tussen de B-verpleegkundige en de specialist?

Ja, dat is ingewikkeld. Dokters hebben toch meer macht en aanzien, dat probleem moet een SPV een beetje acceptabel zien op te lossen.

Hoe heeft u die plek voor uzelf afgebakend?

Ik heb me altijd vrij strikt gehouden aan het psychiatrische aspect van het beroep. Er zijn er genoeg die hebben gezegd: "Het is mij een beetje te tricky met die gekken en die dokters, ik ga een psychotherapie-aantekening halen", maar dat heb ik nooit gedaan, ik heb me altijd keurig bij mijn werk gehouden, maar ik ben er wel meer mee naar buiten getreden, dat scheelt ook een stuk.

Waarom willen zoveel mensen die psychotherapie aantekening halen? Omdat hun aanzien dan vergroot wordt of omdat ze denken dat het nog meer diepte geeft aan het SPV-schap?

Volgens mij spelen twee dingen een rol. Het eerste is het machtsaspect, de status en het geld. Dus dat je wat meer verdient en dat je misschien iets minder afhankelijk bent van een dokter. Je kunt dan zeggen dat je zelf ook je diploma's hebt en heus niet achterlijk bent. Het tweede aspect is dat er een vrij diepgeworteld idee bestaat dat veel mensen beter worden als je maar vooral diep op dingen ingaat. Diep en lang en ver terug. Als dat dan ook nog een beetje gebeurt volgens de wijze waarop het in de handboeken van psychotherapie beschreven is, dan is dat misschien voor de patiënt betet, maar in ieder geval voor de behandelaar. Maar eerlijk gezegd geloof ik dat niet. Ik denk dat eenvoud in de adviezen en in de begeleiding van patiënten niet onderdoet voor ingewikkeldheid en lange duur.

U wilt het vak dus meer aanzien geven door de eenvoud van het vak te onderstrepen in plaats van door het uit te diepen of een academischer cachet te geven. Begrijp ik dat goed?

Ja, ja. Het lost nooit iets op als je over eenvoudige dingen iets ingewikkelds gaat zeggen.

En het is eenvoudig, vindt u?

In de grond wel. Het is net zo eenvoudig als omgaan met je kinderen.

Zo moeilijk?

Ja. Psychiatrie of psychotherapie is voor een groot gedeelte bejegening. Dat blijkt ook wel uit onderzoek: vaak zijn mensen ook erg tevreden als ze niet van hun klachten afgeholpen zijn omdat de meneer aardig was en...

Dat is toch ook iets?

Ja, dat is ook iets en ik ondersteun het ook. Maar dat is nog niet echt algemeen geaccepteerd geloof ik.

Hoe komt dat?

Weet ik niet. Misschien zitten er toch ook pseudo-religieuze aspecten aan dit beroep.

U houdt zich intensief bezig met een groep mensen die ernstige stoornissen hebben en er ook in sociaal opzicht heel beroerd aan toe zijn. Je zou kunnen spreken van een project. Zou u dat project eens precies willen omschrijven?

We hebben geprobeerd in dat project de 75 mensen uit ons Riagg-gebied te loodsen, die het het slechtst doen, die dus ook het meest tekort komen bij de reguliere hulpverlening. In de praktijk zijn dat jonge schizofrene mannen tussen de twintig en de veertig, die erg ongeregeld leven en heel veel onverstandige dingen doen...

Aan de rand van de zwerf hè?

Ja, we hebben ook wel mensen zonder dak boven het hoofd die echt op straat slapen, of mensen die voortdurend met moeite net in een huis te handhaven zijn. Dat is één categorie, de helft ongeveer, een andere categorie zijn oudere dames met achterdocht, zo noem ik het maar even, dat is ook een aparte groep, die zich isoleert en het de burens lastig maakt, en dan hebben we nog een restgroep van wat jongere dames en enkele oudere heren.

Wat doet u met dat project?

We proberen in eerste instantie contact te krijgen met die patiënten, aanpappen dus. Als wij naar de patiënt toegaan is het eerste doel dat wij de volgende keer terug moeten kunnen komen. Je moet het die eerste keer dus niet verpesten.

Dat zijn patiënten die bij de Riagg komen?

Nee, nee, het zijn patiënten die op zijn zachtst gezegd ambivalent staan ten opzichte van psychiatrische hulp.

En hoe word je op die patiënten geattendeerd?

Het blijkt dat psychiatrische patiënten altijd wel ernstig opvallen, bij de wijkagent, bij de woningbouwvereniging. Die wenden zich tot de acute dienst en uiteindelijk komt het dan bij ons project terecht.

Wat wilt u met die mensen, als u eenmaal met hen aangepapt heeft?

Als groepering is het doel om hun psychiatrische toestand te stabiliseren, medicatie is een belangrijk aspect...

Lukt het om contact te krijgen?

Ja, dat lukt iets beter dan we dachten. Onze indruk is ook dat als we contact kunnen krijgen en de medicatie vrij goed kunnen regelen en huisvesting en geld kunnen stabiliseren - dat betekent vaak ook dat het drugsgebruik een beetje gestabiliseerd moet worden -, dat patiënten dan op *facevalue* verbeteren.

Maar wat is dan verbeteren? Dat ze zich aanpassen aan de openbare orde, is dat verbeteren?

Vaak wel, ja. Wij hebben hier een aantal patiënten die al een aantal jaren min of meer dakloos zijn. Ik denk dan wel eens dat het ook maar zo moet zijn, omdat ik weet dat ze al zo vaak in een inrichting zijn geweest, dat ze vreselijk nare bijwerkingen hebben van die pillen, dat de psychiatrie die mensen dus eigenlijk niet zo gek veel te bieden heeft. Maar ik ga er niet vanuit dat dat sowieso iets aardigs is, dakloosheid of marginalisering. In principe vind ik dat het vak, wij dus, eerst moeten proberen om dat anders te laten lopen, desnoods met rechterlijke machtiging, desnoods tegen iemand zijn zin. Pas als dat allemaal niet lukt, wordt het anders. Ik vind niet dat wij ons kunnen veroorloven om te gemakkelijk te

zeggen: iemand wil nu eenmaal zo leven, laat hem daarom maar. Dat is echt te romantisch hoor. Als je die verhalen hoort, dakloze psychiatrische patiënten zijn een makkelijke prooi, hun geld wordt afgepakt, ze worden bedreigd, en ze worden altijd belazerd met de aanschaf van drugs. Het leeuwendeel komt er slecht vanaf.

Jullie proberen in dit project ook de familieleden erbij te betrekken, levert dat rendement op?

Ja, normaal gesproken wel. Don Linszen van het AMC heeft een project met beginnende psychotische mensen en daar levert het absoluut rendement op.

En wat is dat rendement?

Dat de familie er beter mee om kan gaan, dat het begrijpelijker wordt, dat de patiënt daarna wat beter in te passen is, dat de verwachtingen over de patiënt realistischer worden, dat de schuldgevoelens binnen het gezin wat verzacht worden. Dat heeft allemaal zin denk ik. Maar in ons project merken we heel goed dat zowel de patiënten als de familie al een heel stuk verder zijn op het traject. Wij zitten bijvoorbeeld met de ambivalentie van ouders over de vraag of ze hun kind dat schizofreen is en toevallig ook nog een lastpak, in hun huis moeten laten. Want als je hem binnenlaat, gedraagt hij zich onbehouden, hij staat 's nachts eieren te bakken met Pink Floyd keihard aan. Je krijgt dan toch heel andere gesprekken met familieleden, je hoeft ze niet meer voor te lichten over wat het betekent als iemand last van stemmen heeft, maar het gesprek gaat veel meer over de vraag wat voor hen nu een acceptabele methode is om zich er doorheen te slaan. En dat kan bijvoorbeeld ook zijn dat ze stringenter gaan optreden tegen de patiënt: een keer weg laten halen door de politie, of aan de deur laten staan en niet binnenlaten. Dat is dan het rendement, maar dat is natuurlijk niet iets waarmee je de Nobelprijs wint. Het is erg nuttig, maar het is geen gezondheidswinst of iets dergelijks.

Het is iets dat voortdurend weer ondernomen moet worden. Het is niet iets wat algemeen aanvaard zal zijn over enige tijd, dus je bent voortdurend bezig met opnieuw mensen op te leiden in de ziekte van hun familieleden. Wat wilt u ermee bereiken? Meer geluk voor de patiënt of meer geluk voor de maatschappij, die op deze manier enigszins verlost raakt van die lastpakken?

Nou, nee, de maatschappij kan me niet zoveel schelen, mijn loyaliteit ligt in de eerste plaats bij de patiënt en bij de familie. Het leven met veel pech toch een beetje fatsoenlijk maken, daar komt het op neer.

Pappen en nathouden...

Als je het zo noemt, aarzel ik, want pappen en nathouden is de inferieure aanduiding van het vak, terwijl ik denk dat het er best mag zijn. Kijk, als je alle psychiatrie op een schaal van 1 tot 10 zet, dan helpt psychotherapie mensen met een 5 of een 6 naar een 7; of mensen met een 8 naar 9 en een enkele keer mensen met een 4 naar een 5, maar onder die 4 houdt psychotherapie zich niet bezig. Wij helpen mensen van 3 naar 4 en van 2 naar 3. De winst is dus hetzelfde, maar wel op een andere plaats op de schaal. #