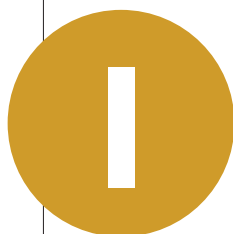


# Benen redden

door  
Klaas Mulder

In november publiceerde Klaas Mulder een essay over de hulpverlening aan mensen met inzichtsstoornissen. In de sociale sector werd het gezien als – weer – een kanttekening bij het regeringsbeleid, maar Mulder richt zijn kritiek ook op sociale professionals zelf. Die zijn te weinig op zoek naar methodieken die werken voor mensen die het zelf niet meer snappen. Blijven we praten, of gaan we benen redden?



In Voorbij de grenzen van zelfredzaamheid. Hulpverlening aan mensen die het niet snappen laat ik mijn gedachten gaan over manieren om effectieve ondersteuning te bieden aan mensen zonder inzicht in hun

situatie, hun innerlijk of hun toekomst. Bij deze groep, die uit vele honderdduizenden cliënten moet bestaan, is het vaak niet mogelijk om de klassieke 'regulatieve cyclus' te volgen.

Volgens het boekje moeten hulpverleners samen met de cliënt in beeld brengen welke knelpunten het functioneren belemmeren. Daarna moet de cliënt de regie nemen over de uitvoering van oplossingen. Voor een flinke groep cliënten is dit een prima benadering, die recht doet aan hun autonomie en goede resultaten sorteert omdat ze eigenaar zijn van hun probleem. Er is in het verleden hard gevochten om een eind te maken aan het paternalisme van professionals in zorg en welzijn. De voorvechters van een meer humanistische stijl van hulpverlening – zoals Marie Muller-Lulofs of Carel Müller – zouden er beretrots op zijn dat het ministerie van Welzijn haar beleid in 2016 fundeerde op de overtuiging dat 'mensen zelf het beste weten welke zorg ze nodig hebben.' Dat is wel eens anders geweest.

## De derde groep

Mijn doel is dan ook niet om nog maar eens een academische discussie te voeren over zelfregie en zelfredzaamheid. Het ideaal van autonomie is een waardevol ideaal. Er is alleen een enorme groep cliënten – ik noem ze de 'derde groep' – die niet de competenties heeft die nodig zijn voor zelfregie (dat noem ik even groep 1), maar die (nog) 'te goed' is voor het juridische traject van wilsonbekwaamheid en gedwongen kader (groep 2). In de derde groep cliënten vinden we zeer verschillende problematieken: persoonlijkheidsstoornissen, zwakbegaafdheid, verslavingsproblematiek, eetstoornissen en zelfdestructief gedrag. Mijn drijfveer om dit aan te zwengelen was de wijze waarop mijn ouders werden ondersteund toen zich bij beiden een vorm van dementie manifesteerde. Uit de reacties werd me duidelijk dat een heel grote groep naasten van cliënten vergelijkbare twijfels heeft bij de begeleiding van hun zorgenkinderen, ook als er andere problemen spelen. Bovendien hebben veel hulpverleners er last van dat ze zich moeten beperken tot hulpverleningstechnieken waarvan ze op voorhand al weten dat de cliënt er niet mee uit de voeten kan. 'Waarom praten we zoveel in de ggz?', vroeg een lezer zich af. Met studenten besprak ik de vraag of het logisch is om mensen met mentale problemen zoveel te laten nadenken over wat ze



willen. 'Je laat iemand met een gebroken been toch ook de marathon niet lopen?'

### Oogsten

Ik wil dus niet opnieuw de discussie voeren over het ideaal van zelfredzaamheid, en helemaal niet meedoen aan de neiging van veel sociale deskundigen om te doen alsof de overheid ons dit om bezuinigingsredenen heeft opgedrongen. Wie zicht heeft op de ontwikkeling van het sociaal werk in Nederland, weet dat kopstukken uit onze sector al sinds de jaren zestig aansturen op het verminderen van de professionele aanwezigheid in het sociale domein (zie bijvoorbeeld de uitzending van Andre Tijden over de Dennendalaffaire).

Hoe bizar de versnelde afbouw van capaciteit in verzorgingshuizen en psychiatrische instellingen in de ogen van veel burgers ook mag zijn, het is de praktische vertaling van de jarenlange roep om vermaatschappelijking van de zorg. Deze politiek werd vormgegeven door mensen uit onze eigen kring. Zo was voormalig onderwijsminister Jet Bussemaker jarenlang voorzitter van de MO-groep, de branche-organisatie van sociaal werkers. Het was ons idee, en we oogsten nu wat we gezaaid hebben.

Dezelfde beroepsgroep die eerst zo zeker wist dat het 'medische model' te weinig oog had voor

de eigen kracht van mensen, klaagt nu over een overheid die de kwaliteiten van kwetsbare mensen overschat. Beide klachten worden onderbouwd met een selectieve generalisatie. Eerst deden we jarenlang of er in de geestelijke gezondheidszorg alleen maar miskende talenten rondliepen – à la het personage van Jack Nickolson in *One flew over the cuckoo's nest* als icoon van de humanistische psychiatrie; en nu doen we of de overheid niets begrijpt van die weerloze sukkels met schulden en een laag IQ. Terwijl we gewoon met een heel gemengde populatie te maken hebben, waarin er altijd wel- en niet-kunners waren. En dat blijft zo.

### Bang voor diagnoses

De zelfredzaamheidsideologie ontstond in de jaren zestig, toen er terechte twijfels rezen over de instrumenteel-technologische logica van de psychiatrie. Ook nu nog staan de studieboeken voor sociaal werk vol waarschuwingen tegen evidence based werken, tegen medicalisering van afwijkend gedrag ('Wacht u voor de DSM') en, in zekere zin, tegen het hele idee van 'diagnostiek'. De angst voor het labelen van unieke persoonlijkheden is zo groot, dat we liever helemaal niet meer spreken over 'stoornissen'. We zijn zo bang om te oordelen over een cliënt dat we hem zelf maar vragen wat er aan de hand is, zelfs als we weten dat het antwoord >>

vertekend kan zijn door falend inzicht of vormen van fabulatie. Goede hulpverleners en naasten van cliënten weten het, als het slecht zal aflopen met de cliënt, maar denken dat ze geen andere keus hebben dan mee te gaan in de zelfgekozen neergang van de cliënt.

In onze afkeer van het 'medisch model' hebben we het kind met het badwater weggegooid. Diagnostiek is *risky business*, maar non-diagnostiek is geen alternatief. Als we over onze koudwatervrees heen kunnen stappen hebben sociaal werkers heel veel te bieden in aanvulling op medische professionals. Maar dan moeten we wel durven kijken 'wat er aan de hand is' en niet bang zijn om te kiezen voor het juiste medicijn tegen de kwaal. Sociaal werkers moeten ophouden met zorgmijndend gedrag.

### **Florence Nightingale-complex**

In mijn werkomgeving hoor ik regelmatig geschamper over studenten die zo nodig mensen willen helpen ('Dat leren we ze wel af'). In de landelijk ingezette vernieuwing van de Hogere Sociale Studies is het woord *hulpverlening* taboe verklaard. Wie meer wil doen dan ondersteunen en begeleiden heeft last van het *Florence Nightingale-complex* of gedraagt zich als Moeder Theresa.

Ik snap best waar de afkeer van reddende engelen vandaan komt. Maar ook dat moeten we in perspectief zien. In de hele discussie over zelfredzaamheid wordt zo weinig de vraag gesteld, wat er dan gered moet worden. Het lijkt er vaak op, dat we vooral denken aan mensen die zich moeten redden in hun alledaags functioneren. Eigenlijk zouden we het dan over 'zelfredderend' vermogen moeten hebben. Onder het mom van, 'Je slaat je er wel doorheen', en als dat niet helemaal lukt, dan praat ik met je en krijg je er wel weer zin in.

Maar wat, als er veel meer op het spel staat? Eén van mijn lezers vertelde me, dat ze werkt met mensen die ondanks diabetes niet te motiveren zijn tot een gezondere leefstijl. Hulpverleners, artsen en naasten weten welke ellende er in het verschiet ligt: straks moeten ze een been afzetten. Even zorgelijk zijn de prognoses voor kinderen met een eetstoornis of voor zelfstandig levende ouderen met dementie. Wat doe je als jij weet dat het fout gaat, maar de cliënt dat niet kan zien?

### **Een paar goede schaatsen**

Ik realiseer me goed, op welk glad ijs je terecht komt als je vaststelt dat de cliënt niet weet wat hij of zij wil (of zou moeten willen). Hoe help je iemand in die tussencategorie tussen 'wilsbekwaam' en 'wilsonbekwaam'? Bij die middengroep is het zelfsturend vermogen zo laag, dat vormen van hulpverlening nodig zijn waarbij professionals

het stuur kunnen overnemen. Maar dat zou geen reden moeten zijn om terug te deinzen. Je kunt afwachten en hopen op het beste (tegen beter weten in) of je kunt op zoek gaan naar een paar goede schaatsen.

In mijn boekje geef ik handvatten voor vernieuwing van onze diagnostische vaardigheden. In het 'medische model' worden er dan gestandaardiseerde vragenlijsten gebruikt; sociaal werkers kiezen meestal voor een vraagverhelderend gesprek.

Maar in beide gevallen komen we dan alleen te weten hoe de cliënt het zelf ziet. Dat levert niet altijd zo'n betrouwbare analyse op, zeker niet in situaties waarbij de cliënt het gesprek beleeft als een verplichting tot verantwoording. Vaak leren we veel meer als de 'diagnost' samen met de cliënt kookt, knutselt of tuiniet. De professional zou hulp kunnen vragen aan de cliënt en kijken of het de cliënt lukt om een ander de weg te wijzen. Welk beeld heeft de cliënt van zijn of haar omgeving, en klopt dat beeld met wat je uit andere bronnen weet? Is wat de cliënt (of eigenlijk, diens mondige ik) je vertelt ook wat hij diep van binnen wil? Of zit er achter dat dominante 'mannetje' dat zich in de spreekkamer laat zien nog een lief 'vrouwtje' verstopt dat van heel andere dingen droomt?

Als dat beeld overduidelijk vertekend is – bijvoorbeeld in het geval van fabuleren – moeten we onder ogen durven zien dat de cliënt ook niet kan weten wat nodig is. Dat kan één hulpverlener nooit zelfstandig beslissen, maar soms is het nodig dat een groep (emotioneel en professioneel) betrokkenen durft te benoemen waar de cliënt terecht komt als-ie-zo-doorgaat. Je moet met andere woorden durven 'moederen'.

Wellicht is daar ook nieuwe wetgeving voor nodig, zoals een verruiming van het medisch beroepsgeheim. In bepaalde gevallen zou een huisarts net zo open moeten kunnen spreken met een (zorgvuldig benoemde) navigator als met de cliënt zelf. In de intramurale geestelijke gezondheidszorg doen we dat al, maar als we kiezen voor extramuralisering moet het ook 'buiten de muren' mogelijk zijn om informatie te delen met verstandige en zorgzame betrokkenen in de omgeving van de cliënt.

### **Mensen beter maken**

Sociaal werkstudenten leren om zeer terughoudend te zijn in hun therapeutische ambities: medische professionals maken mensen beter, sociaal werkers leren ze te leven met hun beperkingen. Het is mooi dat dat laatste vaak goed lukt. De zogenaamde herstelbenadering heeft een goede *track record*, maar waarom zo bescheiden? Ik mocht van dichtbij meemaken hoe psychologisch geschoolde experts de behandeling van een depressie aanvielen (met

stapels gestandaardiseerde vragenlijsten en de disclaimer 'dat we je alleen kunnen helpen als je dat zelf wilt'). Dat kunnen sociaal werkers echt beter! Ik heb een propedeusestudente geobserveerd die in het voortgezet speciaal onderwijs precies de goede dingen deed om kinderen met angststoornissen weer tot rust te brengen. Een andere studente werd in vertrouwen genomen door een cliënt met verzaamelwoede en ruimde samen met haar het huis op. De methodiekkoffer van sociaal werkers zit vol instrumenten die werkzaam kunnen zijn als je mensen wilt helpen om te stoppen met roken, met piekeren of met agressief gedrag (tegen zichzelf of hun omgeving). Dat is niet alleen 'leren leven met problemen', maar ook het zorgen voor oplossingen waardoor nieuwe problemen uitblijven.

Het professionele verzet tegen zelfredzaamheid lijkt te veel ingegeven door onze wens om banen te redden. Laten we om te beginnen tonen hoe wij verschil kunnen maken in het leven van mensen die de lichamelijke gevolgen ondervinden van hun mentale onvermogen. Laten we, metaforisch maar ook letterlijk bij Diabetes-patiënten, geen banen, maar benen redden! ●

**Klaas Mulder studeerde filosofie, werkt zelfstandig als adviseur in de sociale sector en als docent social work aan de Hogeschool Utrecht. Hij schreef *Voorbij de grenzen aan zelfredzaamheid. Hulpverlening aan mensen die het niet snappen, gratis te downloaden via: [www.kijkopkansen.nl/grenzen-aan-zelfredzaamheid](http://www.kijkopkansen.nl/grenzen-aan-zelfredzaamheid)***