

## Safety First: De psyché in het overbeschermd lichaam

“When the body escaped mutilation,  
seldom did the heart go to the grave unscarred.”

Ik heb er bijna mijn eerste jaar als hulpverlener in de psychiatrie op zitten. Een goed moment dus om even stil te staan en te schrijven over hoe dit jaar is verlopen. Met het thema ‘psyche & soma’ als kapstok wil ik vertellen over hoe in mijn ogen de kwaliteitszorg zich vooral richt op de lichamelijke veiligheid en in zijn angst misschien wel voorbijgaat aan de psychische noden waarmee mensen zich tot ons richten.

Ik werk in Albe, een woonvoorziening voor mensen met een mentale handicap en een psychiatrisch verleden. In het merendeel van de gevallen gaat dit om mensen met een psychotische problematiek. We vangen mensen op die door hun handicap niet welkom zijn in de klassieke psychiatrie en vanwege hun psychiatrische problemen niet terecht kunnen in woongelegenheden voor mensen met een handicap. Hier werk ik als ‘opvoeder’, een woord waar ik een gruwelijke hekel aan heb, aangezien ik met volwassenen werk die nagenoeg ook nog eens allemaal ouder zijn dan mij (het woord ‘snotneus’ wordt af en toe gebruikt om dit duidelijk te maken). Ik heb dan ook niet gestudeerd voor opvoeder, maar ben vorig jaar afgestudeerd als klinisch psycholoog. Een studie die je eigenlijk niet genoeg voorbereid op de confrontatie met de lichamen van de mensen waarmee je verondersteld wordt te kunnen werken. De psyché waar wij mee verondersteld worden te werken zit namelijk in een lichaam gepropt of er toch minstens ergens in verstrengeld. Ik denk niet dat deze lacune me nu enkel stoort vanwege mijn werk als opvoedster, maar dat dit in het werk in de functie van psycholoog ook naar voren had gekomen. Een psycholoog focust zich niet op het werken met het lichaam, al neemt dit niet weg dat de persoon tegenover ons een lichaam heeft en dat we ons daar tegenover moeten gaan verhouden.

Want het lichaam is niet uit de geestelijke gezondheidszorg weg te denken. Niet alleen is er de tendens om oorzaken van psychiatrische stoornissen in het biologische lichaam te gaan zoeken, maar ook de behandeling van deze stoornissen richt zich steeds meer op het onder controle houden van dat lichaam, de zichtbare symptomen en signalen van abnormaliteit moeten onder controle gehouden worden. Van de psychiatrie wordt verwacht dat ze mensen die overlast veroorzaken uit de maatschappij wegneemt en heropvoedt. Over iemand die uit het zicht in een tentje wegwijnt, maken we ons minder druk.

De verhouding van lichaam en psyché is er een waarover men zich zou kunnen blijven verwonderen. Deze twee kunnen op de meest bizarre manieren met elkaar verknoot zijn en het vergt een zekere flexibiliteit in denken en handelen om iets van zorg te kunnen bieden. We hebben het geluk dat we in Albe de ruimte krijgen om dit te doen, al wil dit niet zeggen dat we het gevaar niet lopen om in de valkuil te trappen die ontstaat vanuit een veronderstelling dat psyché en soma van elkaar gescheiden zijn en apart verzorgd dienen te worden. Door de steeds talrijker wordende kwaliteitsregels wordt het duidelijk dat we in instellingen niet alleen voor de psyché instaan, maar dat we ook verantwoordelijk gesteld worden voor het lichamelijk welbevinden van de mensen die bij ons komen.

## Kwaliteitszorg: veiligheid als behandeling

Onder het label van 'kwaliteitszorg' worden er voor hulpverleners regels en doelstellingen opgesteld die deze kwaliteitszorg zouden moeten garanderen. Nu ben ik hier zeker niet tegen, maar ik stel mij er wel de vraag bij of deze regels in het teken staan van hun veronderstelde doel. Het lijkt er steeds meer op dat deze regels vooral dienen om risico's in te perken en niet om een goede zorg te garanderen. Ze staan beschreven op een manier die de hulpverlening indekt op momenten dat er iets fout zou kunnen gaan. Zolang we dan als hulpverlener naar deze regels kunnen verwijzen, kunnen we niet aansprakelijk gesteld worden. Ons geweten wordt gesust: we hebben iemand geholpen naar het beste van onze mogelijkheden, m.a.w. volgens de opgelegde regels.

Ik wil deze regels voor het gemak even opdelen in twee categorieën, zoals deze in mijn beleving voorkomen. Aan de ene kant heb je de regels 'van bovenaf' waar je als instelling niet omheen kunt als je wilt slagen voor een eventuele inspectie. Deze lijken zich vooral te richten op het intact en gezond houden van de lichamen van de patiënten die ons worden toevertrouwd. Zo zijn er de HACCP regels die de hygiëne reguleren op plaatsen waar kwetsbare mensen samenkomen. Regels die een zeker nut hebben en zich op een letterlijke manier richten op het garanderen van een gezonde omgeving, maar deze zijn op sommige momenten zo verregaand dat ze grenzen aan het absurde. Er zijn regels die het verbieden om huisdieren toe te laten op de slaapkamers, regels die stellen dat soep geen tweede keer opgewarmd mag worden, regels die het verbieden om de eieren van eigen kippen te eten, regels die bepalen op welke manier keukenmateriaal opgeborgen moet worden,... Ik kan zo nog wel een tijdje doorgaan.

Binnen de muren van een instelling lijken er plotseling gevaren te ontstaan die daarbuiten niet lijken voor te komen. Mijn kat slaapt soms op mijn bed, het komt regelmatig voor dat ik soep van de vorige dag eet, ik eet verse eieren en er zit absoluut geen logica in de organisatie van mijn keuken, maar ik heb niet het gevoel dat ik hiermee grote gezondheidsrisico's loop.

Deze regels roepen niet alleen een gevoel van absurditeit op, maar ik heb het gevoel dat mijn werk soms wat makkelijker zou zijn zonder al die regels. Daarom breek ik er af en toe ééntje en smokkel ik een kat naar een slaapkamer, omdat ik weet dat die de troost gaat kunnen bieden die nergens anders gevonden kan worden. Of ik warm een kom pompoensoep op voor iemand die gevraagd heeft om wat over te laten, want deze persoon heeft de pompoenen mee helpen kweken en wil graag proeven van zijn arbeid. Je stelt als instelling alles in het werk om mensen terug het gevoel te geven dat ze ergens verantwoordelijk voor zijn en hun bestaan kunnen gronden. Wanneer de regels dit proces dan gaan blokkeren, dan valt de hele bedoeling van het teruggeven van verantwoordelijkheid weg. Op deze manier gaat de overbescherming van het lichaam primeren op de psychische zorg waarvoor de mensen in de eerste plaats komen aankloppen bij ons. Het verzorgen van het dagelijkse leven is iets waar veel belang aan gehecht moet worden, maar het lijkt op dit moment te worden gereduceerd tot het ontwijken van elk mogelijk gevaar.

Naast de regels die zich rechtstreeks op het lichaam richten, zijn er een heel aantal regels die worden opgesteld om het veronderstelde gebrek aan noodzakelijke structuur te

waarborgen. Deze worden in het leven geroepen om de werking en het samenleven in de instelling te reguleren, maar er wordt ook van verwacht dat ze al een helend effect zullen hebben op de psyché. Op een meer persoonlijk niveau komen deze structurerende regels tot uiting in de vorm van behandelprogramma's. Mensen die in opname of naar een dagwerking komen, worden verondersteld zich hier aan te houden en als hulpverlener hoor je er op toe te zien dat dit effectief gebeurt. Er wordt een zeer groot belang gehecht aan aanwezigheid en participatie. Patiënten die niet (actief) willen deelnemen aan de therapeutische activiteiten, worden er van verdacht zich te verzetten tegen de behandeling. Onder de behandeling wordt dan verstaan dat de persoon lijfelijk aanwezig is, maar of de aanwezige persoon in kwestie daadwerkelijk iets heeft aan het voor hem opgestelde programma is dan bijzaak. Kortom, een reductie van het therapeutische proces tot een lichaam dat door de vooropgestelde stappen moet gaan.

Het succes van behandelplannen wordt dan ook niet geëvalueerd door te kijken naar het therapeutisch effect, maar naar de mate waarin iemand zich aan het plan heeft kunnen houden. De mate waarin we dus iemands lichaam onder controle hebben kunnen houden.

De angst voor aansprakelijkheid speelt hier opnieuw een rol. Het behandelprogramma is opgesteld om de best mogelijke zorg te garanderen en als deze niet zou werken, dan kunnen we toch nog zeggen dat we onze capaciteiten ten volle hebben aangesproken.

### Het lichaam gegrepen door regels

Het is op dit punt dat ik een koppeling zou willen maken tussen de hedendaagse regelgeving in instellingen en een thema dat het afgelopen jaar wel vaker naar voren is gekomen in de media dat sterk de nadruk legt op het onder controle houden van het lichaam. Het isoleren en fixeren in de geestelijke gezondheidszorg wordt tegenwoordig steeds vaker aangeklaagd, iets wat naar mijn mening een positieve tendens is, maar het is altijd makkelijk om met de vinger te wijzen. De reactie op deze aanklacht langs de kant van de hulpverleners is er vaak een van machteloosheid: "We kunnen niet anders".

De maatregelen die genomen worden moeten het personeel en andere patiënten beschermen tegen agressieve personen. Ik zal zeker niet beweren dat er zich nooit situaties voordoen waaruit agressie uit het niets kan komen, maar het kan eens interessant zijn om op de omgekeerde manier over de situatie na te denken. Er wordt gesteld dat de agressie en het machtsvertoon van de hulpverleners reacties zijn op de agressie van de patiënten, maar zou de agressie van de patiënten ook geen reactie kunnen zijn op vormen van agressie van de hulpverlener? Een agressie die niet onmiddellijk vertrekt vanuit een lichamelijke dreiging, maar een die op een meer subtiele en structurele manier aanwezig is. Tijdens personeelsvergaderingen in Albe wordt er in kleinere groepjes tijd gemaakt om ons te buigen over verschillende thema's die betrekking hebben op het verzorgen van het dagelijkse leven. Een vraag die ons daar niet lang geleden werd gesteld: "Op welke momenten is er het meeste kans op agressie van het personeel naar de bewoners toe?" De eerste reactie hierop was bijna triomfantelijk: "Dat gebeurt bij ons niet!" En er wordt bij ons inderdaad niet gefixeerd of geïsoleerd, maar dit reduceert het begrip agressie te veel naar iets dat zich op een directe manier tegen het lichaam van een ander richt. Met er wat langer over te spreken kwamen we voor onszelf tot de conclusie dat de kans op agressie hoger werd op drie welbepaalde momenten. Het uitdelen van eten/koffie, het uitdelen van sigaretten en tijdens het wassen van mensen. Hierbij neemt men zeer veel controle over

het lichaam van de bewoner over, al hoeft dit niet te betekenen dat er dan direct sprake is van agressie. De vraag om de controle op zich te nemen kan hier van de bewoner zelf komen (vb. hulp om ongecontroleerd eten tegen te gaan) of kan ontstaan uit noodzaak (vb. al het geld aan sigaretten besteden). Het overnemen van de controle op het lichaam maakt deel uit van het werk, het is de positie van waaruit men deze controle gaat overnemen die beslissend wordt in de vraag of het hier gaat om een agressieve act. Het kan een zeer genotsvolle positie worden als jij als hulpverlener kunt gaan bepalen wat iemand wel of niet met zijn of haar lichaam kan doen.

Ik wil hulpverleners hier niet gaan beschuldigen van een inherent sadistische houding tegenover de mensen van wie ze de zorg op zich hebben genomen. Integendeel, de kans lijkt me groter dat net iemand met de beste bedoelingen in de hulpverlening stapt. Het probleem hierbij is (en dit is een probleem dat ik zelf ook heb kunnen ervaren) dat er geen pasklaar traject is om een goede zorg te garanderen, ook al geven de regels rond kwaliteitszorg wel deze illusie. We moeten ons ervan bewust zijn dat handelingen gericht op het lichaam van een persoon een sterkte invloed kunnen hebben op het psychisch welzijn (wat zeker het geval is bij isoleren en fixeren) en dat bepaalde regels in een instelling bijgevolg als zeer insluitend en bedreigend kunnen worden ervaren. Dit zal dan alleen nog maar versterkt worden door de logische ijver van de hulpverlener om deze regels nageleefd te zien. Het hardnekkig blijven vasthouden aan en afdwingen van deze regels kan echter meer dan eens een agressieve act tot gevolg hebben, wat dan de beweegreden wordt om het lichaam nog meer vast te gaan zetten.

### **Aansprakelijkheid doodt de creativiteit**

Het begrip aansprakelijkheid lijkt me heel bepalend te zijn voor de invulling van onze rol als hulpverlener. Immers, ons doen en laten wordt voor een groot stuk gedirigeerd door de angst om aangeklaagd te kunnen worden. Deze angst is ondertussen deel gaan uitmaken van onze job, waardoor er nog weinig ruimte overblijft voor het zoeken naar creatieve oplossingen die buiten de voorgeschreven procedures liggen. Ik weet niet of we ons nog kunnen ontdoen van deze angst, maar ik kan wel getuigen over hoe er gebalanceerd kan worden tussen het volgen van de opgelegde regels en openstaan voor minder conventionele manieren om iemand bij te staan.

In mijn ervaring springt er een situatie bovenuit waarin de aansprakelijkheid voor het lichamelijk welzijn zeer voelbaar was, maar waarin de onmogelijkheid om hier aan te voldoen zich sterker liet opdringen. De situatie waarover ik spreek heeft betrekking op een psychotische man die met spoed opgenomen moest worden voor een longontsteking en rokerslong. Toen hij zo goed mogelijk was opgelapt, mocht hij terug naar ons komen, maar we moesten ervoor zorgen dat hij niet meer zou roken. Mission impossible. In het ziekenhuis hadden ze zijn medicatie verhoogd om de paranoia tegen te gaan die gepaard ging met de weigering om hem sigaretten te geven, maar dit was voor ons geen optie, omdat hij dan te gedrogeerd was om nog iets anders te kunnen doen dan slapen. Ook bij ons sloeg de paranoia toe vanaf het moment dat we nog maar spraken over stoppen met roken, het idee alleen al was ondraaglijk voor hem. We hebben hem laten roken met het logische gevolg dat hij terug opgenomen moest worden. De schuld die je voelt over het feit dat iemand onder jouw zorg schade aan zichzelf heeft kunnen toebrengen is enorm.

Zijn toestand is vanaf toen zienderogen achteruit gegaan, maar het bleek dat het niet meer zijn longen waren die hem kritiek maakten, maar dat al zijn andere organen een voor een begonnen uit te vallen. De verklaring hiervoor was het jarenlang slikken van antipsychotica.

De eerstvolgende vergadering ging het onmiddellijk over het uitzoeken van de aansprakelijkheid: zelfs wanneer het roken de oorzaak was geweest van de dood van deze man, dan zouden we niet aansprakelijk gesteld zijn. De keuze om te roken bevindt zich namelijk in de persoonlijke levenssfeer en zolang wij als goede huismoeders en -vaders de juiste raad en hulp om te stoppen aanbieden, kan er ons niets gebeuren. Deze manier van denken maakt deel uit van de job als hulpverlener, maar botst met de invulling die ik aan de job zou willen geven. We zijn misschien niet tot het uiterste gegaan om hem te doen stoppen met roken, maar ik betwijfel sterk dat het beperken van onze aansprakelijkheid parallel had gelopen met het bieden van de best mogelijke zorg. We staan in voor de totaalverzorging van lichaam en psyché, maar kunnen we het verdragen om geen 100% lichamelijk gezonde mensen te hebben die zich desondanks toch beter kunnen voelen, omdat er in hun logica aan een aantal voorwaarden is voldaan?

Regels en procedures kunnen een houvast bieden, al blijf ik ijveren voor een ruimte voor creatieve oplossingen die kunnen komen van hulpverleners en bovenal van hulpvragers. Niet dat er in het wilde weg geëxperimenteerd moet worden, maar dat er op basis van dialoog gezocht kan worden naar wat meer persoonlijkere manieren om lijden tegen te gaan die misschien niet altijd in lijn liggen met de meest beproefde en veilig bevonden methodes. De meest gebruikelijke oplossing voor psychisch lijden komt tegenwoordig in pilvorm en begrijp me niet verkeerd, ik ben erg blij dat er medicatie bestaat. De medicatie is in sommige gevallen een voorwaarde waaraan voldaan moet zijn voordat er enige andere vorm van hulp geboden kan worden. Het is vooral jammer dat er naast het geven van medicatie vaak niet meer verder wordt gezocht naar manieren die iemand iets van stabiliteit kunnen teruggeven, terwijl mensen soms zelf al kunnen aangeven wat voor hen wel of niet werkt. We moeten mensen kunnen geloven als zij aangeven dat de conventionele behandeling niet voor hen is weggelegd, we kunnen hen hooguit aanmoedigen om het eens te proberen, maar waarom zouden we blijven aandringen of zelfs overgaan tot dwang?

Wanneer een geagiteerd persoon aangeeft meer te kalmeren van een sigaretje dan van extra medicatie, wie zijn wij dan om dit te gaan tegenspreken? En we gaan dit ook niet tegenspreken vanuit onszelf, maar verwijzen naar de regels uit angst voor de agressie die mogelijks vanuit de te bestrijden agitatie zou kunnen voortvloeien. Om dan soms alsnog een agressieve tegenreactie op onze dwang te mogen ontvangen.

Er verblijft bij ons een man die wij extra noodmedicatie mogen geven als hij last heeft van de stemmen in zijn hoofd, maar hij heeft hiervoor in het verleden zelf al oplossingen aangedragen. Hij komt ons dan vragen om zijn mp3-speler aan te zetten, zodat hij muziek over de stemmen heen kan spelen. Als dat niet werkt, dan komt hij suggereren dat een extra sigaretje misschien ook wel zou kunnen helpen. Er zijn dan nog momenten waarop zelfs een extra sigaretje niet werkt (al zijn deze zeldzaam) en waar we dan de noodmedicatie geven. In dit voorbeeld doen we in principe niets verkeerd, maar er zal wel een schuldige aangeduid moeten worden als er iets verkeerd loopt. Muziek en sigaretten zijn geen wetenschappelijk getoetste oplossingen tegen stemmen en daarom

zou het toedienen van medicatie verkozen moeten worden boven de menselijke logica. Daarnaast zijn we ingegaan tegen het opgestelde gezondheidsplan van deze man, want om zijn levenskwaliteit te verhogen werd er ons aangeraden om hem te doen stoppen met roken. Zijn lichamelijk welzijn komt door onze actie meer in het gedrang, maar daar tegenover staat dat hij na zijn sigaret nog wel in staat is een invulling te geven aan de rest van zijn dag. Iets dat veel moeilijker is in een door medicatie benevelde toestand.

## Nabedenking

De grote focus op veiligheid in de regelgeving van de geestelijke gezondheidszorg lijkt op sommige momenten haar doel voorbij te streven. Niet alleen kan het de situaties uitlokken die we angstvallig proberen te vermijden (zoals agressie), maar het laten primeren van het lichamelijke welzijn laat weinig ruimte voor de psychologische zorg.

Hoewel je me nooit zal horen zeggen dat het leed in de psychiatrie niet groot genoeg is, zou ik er toch voor willen pleiten dat we mensen terug wat meer de vrijheid geven om slechte keuzes te maken in de mate dat u en ik deze ook mogen maken. Daarmee bedoel ik niet dat we uit onze rol als hulpverlener moeten stappen en mensen met schadelijk gedrag hun gang moeten laten gaan, maar dat we toch een ruimte moeten kunnen laten waarin dingen kunnen misgaan, met het oog op het creëren van meer ruimte waarin mensen tot zichzelf kunnen komen. Daarom wil ik zowel hulpvragers als hulpverleners oproepen tot kleine acts van ongehoorzaamheid waarin beide partijen samen in de band staan en zoeken naar een oplossing die het overspoelende lijden moet tegengaan.

Ik zou willen voorstellen om regels wat meer in vraag te stellen, om kwaliteitszorg niet te zien als een bestaand en vaststaand gegeven. Want er lijkt me duidelijk iets mis te zijn met de inhoud van deze kwaliteitszorg als deze toestaat dat mensen tegen hun wil vastgebonden worden en gedwongen medicatie toegediend krijgen, maar het mij verbieden om soep nog eens op te warmen. Kunnen we ons dan niet beter focussen op wat we gaan doen in het geval dat er iets misloopt in plaats van dit steeds krampachtig te proberen voorkomen? Moest mijn soep ooit iemand een voedselvergiftiging bezorgen, dan zou dit niet gezien moeten worden als een effect van slechte zorg, maar als een moment waarop ik als hulpverlener net extra zorgzaam zal moeten zijn.

We zullen het als hulpverlener moeten kunnen verdragen dat we niet met pasklare antwoorden voor elke persoon in het werkveld stappen. Aan de kant van de patiënten zou ik dan willen vragen dat zij ons ook tijd willen geven om hen te leren kennen. Mensen komen naar de hulpverlening omdat ze het even niet meer weten, maar als we eerlijk mogen zijn: wij weten het ook niet. Het enige waar we wel de garantie voor kunnen geven is onze eigen bereidheid om telkens weer opnieuw op zoek te willen gaan naar wat iemand nodig heeft om zich (letterlijk of figuurlijk) terug beter in zijn vel te doen voelen.

Joyce van der Heijden