

Niet-gemotiveerd voor onze hulp?

door H. R. Kraus

Het is de bedoeling wat meer inzicht te krijgen in het begrip 'niet-gemotiveerde patiënt'. Ik wil daaraan bijdragen vanuit de sociale psychiatrie. Daarvoor is het nuttig eerst iets te zeggen over de plaats van die discipline.

In het in 1970 voltooide Nederlands Handboek der Psychiatrie, geschreven door de toplui van onze universiteiten, komt het begrip sociale psychiatrie niet voor. In hoeverre dat iets te maken heeft met het feit dat onze grote Baan aanvankelijk in de lijst van medewerkers wordt genoemd, maar zich later terugtrok weet ik niet. In het spel van elkaar citeren en opnemen in het personenregister wordt hij buitengesloten. Speijer of Trimbos zoek je ook tevergeefs. Alleen Querido wordt eenmaal geciteerd, maar niet als sociaal-psychiater. Toch was er voor 1970 echt wel al veertig jaar een sociale psychiatrie.

Ik denk dat sociale psychiatrie de bijdrage is aan de psychiatrie vanuit de maatschappij, en vanuit de psychiatrie aan de oplossing van psycho-sociale problematiek. Er komt dus wel een beetje social psychiatry bij kijken, maar het gaat om community mental health, met de nadruk op een programma voor niet-opgenomenen, voor ambulante patiënten. Omdat men van alles aan de niet-opgenomenen kan bieden, inclusief een opname, kan ik als sociaal psychiater (bewust wat eenzijdig) dus stellen dat de klinische psychiatrie en zo'n nederlands handboek zich slechts bezig houden met één van de middelen, die de sociale psychiatrie, als deel van de ambulante geestelijke gezondheidszorg, ten dienste staan.

Na deze definities, die niet de enig echte zullen worden gevonden, voel ik mij verwant met Hofman en stel dat we hier geen antwoorden zullen krijgen en dat we slechts het probleemgebied markeren door het formuleren van nieuwe vragen. Bijvoorbeeld de misschien wat erg simpele vraag: wat kunnen we eraan doen? Ik zal proberen daar tenminste een half antwoord op te vinden in de trant van: als de hulpverlening niet is wat de patiënt kan accepteren, dan moeten wij nagaan wat er aan de hulpverlening ont-

Schrijver is sociaal psychiater te Oegstgeest, en directeur van de Stichting Geestelijke Gezondheid Zuid-Holland.

breekt. Je komt pas achter de tweede helft van het antwoord door invoeging in het geëchelonneerde systeem van een niet geëchelonneerde, interechelonnaire vorm van hulpverlening, die als wegwijzersysteem de kaart kent en de GGZ voortdurend opnieuw in kaart brengt. Dat systeem dient uit te gaan van het midden, van de AGGZ.

Dat het begrip motivatie complex is, wordt een feit als we dat be-
weren en accepteren. We spreken dan af dat we het ingewikkeld
willen maken, ook al omdat je er anders geen studiedag over zou
behoeven te houden. We hebben dan een aanleiding om zinvol te
praten over allerlei, dat met motivatie te maken heeft. Dat is wat
ons vandaag motiveert.

In een klinische les wordt vaak een patiënt gedemonstreerd of
(indirect) ten tonele gevoerd. Dat zou in een ambulante les ook
kunnen. Het probleem dat je je daarbij realiseren moet, omzeil ik
door mijzelf maar te demonstreren. Wat is bijvoorbeeld mijn mo-
tivatie om vandaag een inleiding te houden? Ik vind dat ik dat
weten moet om te kunnen achterhalen wat mijn boodschap is. Ik
loop daarbij het risico mijzelf zover bloot te geven dat ik daar later
in onderhandelingsposities spijt van krijg. Maar dan neem ik het
wel weer terug, voorzover nodig, want ik verfoei polarisatie en
streef naar het blootleggen van polariteit.

Motivatie is een beweging tussen twee polen: vanuit iets (ziekte
bijvoorbeeld) naar iets toe (beterschap in dat geval), tussen uit-
gangspunt en dat doel. Wat beweegt mij vandaag? Het zal blijken
dat de motivatie 'van waaruit' op zichzelf al stoelt op een polari-
teit. Toen mij gevraagd werd vandaag te spreken, was ik direct
verveerd. Dat heeft met ijdelheid te maken. Maar dat ik niet zoveel
optreedt heeft ook te maken met mijn zogenaamde bescheiden-
heid, zeg maar: spreekangst. Die kan ik dan weer een beetje over-
winnen.

Mijn tweede motivatie: sociale psychiatrie is per definitie een
doe-vak, soms echt wel teveel. Een aanzienlijk deel van mijn mo-
tivatie om nu hier te spreken komt voort uit de behoefte om wat
meer te 'denken over doen' en: er wordt te weinig, althans her-
kenbaar, over sociale psychiatrie gepubliceerd, zodat deze buiten
haar eigen terrein soms over het hoofd wordt gezien. Het is een
beetje de schuld van sociaal-psychiaters dat de sociale psychiatrie
niet in een nederlands handboek terecht komt. De tweede moti-
vatie is dus al even complex (heeft ook twee kanten) als de eerst-
genoemde.

De derde nu: dat juist Stolk mij vroeg, heeft voor mij veel te
maken met wat je een latent conflict kan noemen, over wat hij
en ik allebei wel psychiatrische patiënten durven te noemen, maar
die wij verschillend benaderen als consument van psychiatrische
hulpverlening. Ik zou het volgens Stolk gemakkelijk hebben, want
de voor sociaal-psychiatrische behandeling niet-gemotiveerde pa-
tiënt blijft bij mij vanzelf weg (dat is overigens mijn probleem
juist) en hij zou het moeilijk hebben, want die niet-gemotiveerde

consument van sociale psychiatrie komt soms, als zijn motivatie niet meer serieus wordt genomen, als niet-gemotiveerde klinische patiënt bij hem terecht. En het ergste is dat ik de hulpvrager soms slechts voor een ambulante behandeling kan motiveren onder gelijktijdige en bewuste demotivering voor andere oplossingen: ik moet de patiënt of cliënt dingen afraden, waaronder een opname. En als ik uiteindelijk faal, wat te vaak gebeurt, dan lever ik de psychotische patiënt bij Stolk af, met een dubbele boodschap: nu moet je naar het gesticht, wat ik je altijd heb aangeraden. En Stolk en de patiënt zitten met mijn brokken. Ja, ja, denkt Stolk. Nee, nee, zeg ik, zo eenvoudig ligt het niet, het is complex.

Mijn vierde motivatie: het begrip niet-gemotiveerde patiënt appelleert dusdanig aan mijn schuldgevoel dat ik direct gemotiveerd word om er iets over te zeggen. Ik schiet in de verdediging. Ik ben geboren op het terrein van psychiatrisch ziekenhuis en groeide op tussen gemotiveerde patiënten. Het valt mij niet moeilijk mij met hen te identificeren, noch ook met de intramurale psychiaters, want ik word diep ongelukkig als beide gediscrimineerd worden, de eersten als verworpen onaangepasten der maatschappij en de laatsten als kollega's, die leven van die verwerping en daarom alleen letten op de gebreken van de eersten. Ja, ja, zo eenvoudig wordt er wel gedacht. Maar nu, toevallig werkend buiten het psychiatrisch ziekenhuis, voel ik mij nog het meest aangevallen door eerstelijns hulpverleners, wanneer ik hun probleem niet kan oplossen en vooral als ik denk te weten dat het voor de patiënt soms beter is als hij pas bij mij in behandeling komt, nadat hij daartoe door die eerstelijners is gemotiveerd. Dan heb ik hetzelfde probleem als Stolk: ik kom in de negatieve publiciteit als ik voor niet-gemotiveerden niets kan doen.

Wat heb ik tot nu toe gezegd? Ik heb vier eigen 'motivaties' gegeven voor mijn bijdrage aan deze dag, in de verwachting dat daaruit mijn boodschap zou kunnen volgen. Elk der vier bleek te bestaan uit twee polaire onderdelen. Het ging nog slechts om de motivatie 'van waaruit'. Het vertrekpunt blijkt zeer complex.

Het 'waartoe' volgt nu. Vandaag behoeven wij ons niet druk te maken over de wel-gemotiveerde patiënt. Misschien is daar een andere keer gelegenheid voor. Wat dat betreft houd ik mij geheel aan de spelregels, zoals een wel-gemotiveerde patiënt dat doet. Hier komt, als vanzelf, weer een apodictische stelling. Zoals ook de wet bepaalt wie overtreders zijn en wie niet (daar is zij immers voor gemaakt) zo bepaalt het stelsel van geestelijke gezondheidszorg wie zich daarin als gemotiveerde cliënt zal gedragen en wie niet (daar is dat stelsel ook voor gemaakt). Men dient zich bewust te worden van de motieven van een samenleving die een rol hebben gespeeld bij de opstelling van de spelregels, in casu van het stelsel van geestelijke gezondheidszorg. Waar je nu aan denkt is te veel en te moeilijk voor de beperkte spreektijd of voor een beperkte voorbereidingstijd. Ik spring dus over een heel diepgaande en principiële bespreking heen en kom terecht op de vraag

of die niet-gemotiveerde patiënt eigenlijk wel zo belangrijk is. Het antwoord luidt, maar niet vanzelfsprekend, ja, want hij is ons probleem, niet alleen vandaag. Wij hebben last van dat probleem. Niet helemaal terzijde moet ik kwijt dat er voornamelijk in het stelsel van de somatische geneeskunde veel patiënten rondlopen of liggen, tegenover wier problemen wij ook machteloos staan. Wij spreken dan minder gauw over niet-gemotiveerden.

Er zijn teveel mensen, op wie het stelsel van geestelijke gezondheidszorg niet is berekend en van wie wij wel vinden dat zij psycho-sociale problemen hebben of geven. Zij kunnen voor het hulpaanbod dus niet gemotiveerd zijn, eigenlijk omdat het voor hen ontbreekt. Zij komen vanuit het conflict dat hen doet dysfunctioneren in de samenleving in een conflict met het hulpverleningsstelsel, dat immers door diezelfde samenleving wordt geleverd. Dit blijkt een treurige vaststelling, die ons zo zou kunnen ontmoedigen dat wij ons ontslagen achten van de zorg voor ongemotiveerde mensen in nood. In de geestelijke gezondheidszorg zeggen we dan dat het meer een zorg is voor huisvesting, sociale zaken of justitie. (Let wel: in het beste geval zijn wij daarover eensgezind.) Wij zeggen nogals eens: te moeilijk voor de eerste lijn, meer een kwestie voor de SPD of voor een MOB. Binnen de ambulante GGZ zeggen we soms: ja hoor eens, dan maar opname. In het psychiatrisch ziekenhuis is de conclusie van het maandagochtendrapport: hij heeft hier niets te zoeken, hij moet weg, of: hij is niet van weekend teruggekomen, eigenlijk maar goed ook. Het stelsel dat kennelijk hiaten vertoont blijkt dan in zichzelf ook nog verdeeld te zijn. Het is noch comprehensive, noch system.

Inherent aan de samenleving is, door betrokkenheid op anderen, het al of niet geëxpliciteerde geheel van uitgangspunten, via normen naar regels. In die regels zit het beperkende. Ook al zou het uitgangspunt zijn dat alles mag, dan nog bepalen de regels hoe. Wij moeten dus aanvaarden dat onze regels beperkingen vertonen, omdat zij die beogen. Het is goed om je te realiseren dat de wet en de maatstaven van de professional in de geestelijke gezondheidszorg wel verschillende lagen binnen het samenleven tot onderwerp van aandacht hebben, maar verder in wezen vergelijkbaar zijn. De overtreder begeeft zich buiten de grenzen van de wet van de samenleving en de niet-gemotiveerde patiënt plaatst zich of wordt geplaatst buiten het hulpverlenings-stelsel van die samenleving. Hij is hulpafwijzer in plaats van hulpvrager. Dit vraagt om voortdurende herbezinning op ons stelsel. Dat dit stelsel daarbij in zichzelf verdeeld is, is daarbij een belemmering, al vervang je het hoge hek door een gazon met een bordje waarmee wordt afgeraden op het gras te lopen.

Toch denk ik dat het niet uit regelzucht of uit een onredelijk instinct tot simplificeren voortkomt dat wij drie echelons kunnen onderscheiden binnen de GGZ, of meer, als je de preventie door sociale maatregelen daarbij betreft. Ik betrek die preventie er

juist bij, omdat die het middel is waarmee het ontstaan van de hulpvraag wordt tegengehouden. Evenzeer kun je als een opdracht van het eerste echelon beschouwen: ondermeer het tegenhouden van het ontstaan van vragers om tweede-echelonshulp, en deze weer als een dijk, die, selectief natuurlijk, het overstromen naar de polder van het derde echelon moet keren. Ik zei selectief, omdat een opname bij voorkeur op positieve indicatie zal moeten worden aangeboden. Daarmee geef ik tevens aan dat de hulp in de onderscheiden echelons ook wezenlijk verschillen moet, want dat alleen kan de ratio voor verwijzing zijn. Hier gaat het om verdeling, wat iets essentieel anders is dan de verdeeldheid, die nu soms onnodig de kop opsteekt en die een hoofdmotief voor mijn conclusie vormt.

Om een samenhang aan te brengen, zal er dwars op, dwars door de echelons iets moeten komen dat meer is dan afspraken of een beheersend bestuur en daarmee kan ook niet alleen maar een RIGG met een daarvoor functioneel beheerssysteem zijn bedoeld. Wat ik bedoel is een concreet stuk hulpverlening, loodrecht op de horizontale indeling, dat voor de cliënt het tastbare verbindende principe vormt en zelf dus niet is geëchelonned, maar dat door zijn aard als geheel, en het geheel bevorderend, functioneert in en door alle drie echelons, dus ook in het eerste. Het voert de interechelonnaire functie uit, niet van een RIGG alleen (tussen tweede en derde) maar van de gehele GGZ, inclusief het eerste echelon. Een deel van deze functie berust nu nog bij de SPD-en. Als bij de RIAGG en later ook bij de RIGG-vorming alle functies worden geherwaardeerd en herverdeeld, zal voor deze verbindende functie een naam moeten worden gevonden, die het liason- en spil karakter onderstreept. Het gaat voor de cliënt en voor alle hulpverleners om de wegwijzerfunctie, om iets centraals, herkenbaar als balie- en intake team, dat de eerste interventies biedt en als er meer en andere hulp nodig is daarheen begeleidt en daarvan te rugleidt ten behoeve van de continuïteit van de hulpverlening.

Ik recapituleer even. Wij constateren dat een groep mensen niet-gemotiveerde patiënt wordt genoemd. Wij merken dat deze groep aangeeft, dat er in de hulpverlening wat ontbreekt. Ik ben geneigd hier te benadrukken dat dit (onopzettelijk?) ontbreken bepaalt wie niet-gemotiveerd is. Ik stelde wel dat de noodzaak van regels leidt tot het laten ontstaan van beperkingen en ook dat deze een voortdurende herbezinning op die regels in de maatschappij en in de hulpverlening vereisen. Vervolgens signaleerde ik dat een te scherpe verdeling in echelons, over verdeling heen naar verdeeldheid voert, waardoor de beperkingen of hiaten niet gezamenlijk worden gekozen, maar op ongewenste plekken ontstaan, als een nadelige ontwikkeling, die zich voltrekt aan de te separaat werkende hulpverleners.

Een continuüm is nodig in de zin van een gezamenlijkheid om te beheersen wat we wel en wat we niet kunnen of zullen bieden, voor welke vormen van nood. Wij hebben het probleem dan in de

Niet-gemotiveerd voor onze hulp?

hand en behoeven de niet-gemotiveerde patiënt niet langer meer zo te noemen en slechts nog te spreken, niet van onvolkomenheden in de hulpverlening, maar van gekozen beperkingen en te zoeken alternatieven. Dat kunnen we niet elk vanuit ons eigen hokje, maar aan de andere kant leidt het slopen van zinvolle scheidingsmuren tot verlies van het preventieve principe in de hulpverlening. Ik pleit dus voor een verbindingsfunctie tussen de duidelijk onderscheiden echelons. Als die ergens van het centrum uitgaat, dan is het de interechelonnaire functie van de tweede echelons AGGZ, ten dienste van het psychiatrisch ziekenhuis, de specialistische buro's binnen de RIAGG en de eerste lijns gezondheidszorg en daardoor ten dienste van de duidelijkheid voor de cliënt.

Wanneer dat is gerealiseerd, zullen er drie dingen zijn gebeurd. Er zijn dan nog slechts gemotiveerde cliënten. Cliënten met een schijnmotivatie kunnen duidelijker hun motivatie vaststellen door onze hulp te kiezen of iets anders. En een bepaalde categorie, die wij nu soms de niet-gemotiveerde noemen, is verdwenen.

Misschien is dan ook wel verdwenen de o zo gemotiveerde patiënt, die wij o zo graag behandelen, omdat dat o zo goed voor ons zelfgevoel is.