

Als helpen niet helpt



Jonge verpleegkundigen leren van alles om zieke mensen beter te maken. Maar ze leren niet hoe te handelen als het niet lukt, schrijft Bauke Koekkoek, onderzoeker en verpleegkundige.

BAUKE KOEKKOEK

Begin jaren negentig zat ik in een collegezaal, vol verwachting. Nu zou het echt gaan gebeuren, ik zou een vak leren. Na twee jaar zwerven door landen, langs universiteiten, via studies, baantjes en beroepstesten was ik eindelijk waar ik moest zijn: op de beroepsopleiding tot verpleegkundige.

Als je zegt dat je verpleegkundige bent, dan beginnen mensen al snel bepaalde woorden te prevelen: 'zwaar', 'mooi beroep' of 'roeping'. Nog voor ik met de opleiding begon, was die heldenstatus me al een beetje naar het hoofd gestegen. Ik dacht dat iedereen het ontzettend mooi en belangrijk vond dat ik verpleegkundige werd.

Maar op één van de eerste schooldagen vroeg een docent zich hardop af waarom wij verpleegkundigen wilden worden. Een buitengewoon ongepaste vraag, vond iedereen. Er werd getwijfeld aan onze goede bedoelingen, alsof iemand helpen in een winkel hetzelfde zou zijn als iemand écht helpen.

Het was natuurlijk geen ongepaste, maar een goede vraag. Waarom zou je kiezen voor een carrière in het helpen van andere mensen? Mensen die oud, ziek, vervelend of vies zijn. Mensen die zeiken, claimen of niet beter worden. Mensen die je uitschelden, aanklagen of aanvallen. Iedere docent zou moeten doorvragen bij 18-jarige studenten die dat ambiëren.

Zelf was ik vooral op zoek naar waarheid en waarachtigheid, in plaats van naar meningen, theorieën en abstracties. In de gezondheidszorg dacht ik die te vinden: ziekte is nu eenmaal iets waarover niet valt te twisten. Ziek ben je (of ben je niet) en als je ziek bent, krijg je zorg – van een verpleegkundige. Kraakhelder en boven alle twijfel verheven. Dacht ik.

De werkelijkheid bleek anders. Gelijk tijdens mijn eerste lange stage, op een



afdeling neurologie in een algemeen ziekenhuis, werd me duidelijk dat ziekte en gezondheid niet absoluut zijn. Sommige patiënten deden alles om snel te herstellen, anderen genoten van het in bed liggen. Sommigen stonden stiekem te roken op het balkon, anderen hielden zich keurig aan gedragsvoorschriften. De een schreeuwde moord en brand bij de minste aanraking, de ander toonde geen enkele pijn of emotie.

Aan de verpleegkundigen de schone taak om hun tijd en aandacht te verdelen over al deze mensen, zonder aanzien des persoons.

In de daaropvolgende stages werd het niet eenvoudiger: in de psychische zorg bleken ziek en gezond nog veel diffuser begrippen, en een eerlijke verdeling van schaarse middelen nog ingewikkelder. In de psychische zorg, net als in de sociale of jeugdzorg, ben je als hulpverlener zagezegd 'je eigen instrument'. Dat klinkt mooi, maar komt erop neer dat je weinig hebt om je aan vast te houden.

op magische wijze

In de lichamelijke zorg kun je mensen wassen, tillen en ondersteunen – dat is 'iets'. En er zijn instrumenten: injectiespuiten, katheters, verbanden, steunkousen, medicijnen en meer dingen waarachter je je eigen ongemak kan verbergen en die je een gevoel van competentie geven. Instrumenten die er – op haast magische wijze – voor zorgen dat het beter gaat met de ander, dat leed wordt weggenomen of op zijn minst verzacht.

In de psychische zorg zijn die instrumenten er nauwelijks, of je moet pillen en protocollen als zodanig willen zien. Maar als de problemen wat complexer zijn dan helpen die twee meestal niet of niet genoeg. En als een hulpverlener niet kan helpen ontstaat kortsluiting. Bij degene die hulp vraagt maar niet beter wordt: "

" teleurstelling over de tekortschietende zorg. Bij naasten, vrienden, burens, collega's en soms de hele samenleving: verontwaardiging over het niet (genoeg) helpen.

En bij de hulpverlener zelf: iemand willen, maar niet kúnnen helpen is pijnlijk. Je beroep blijkt niet zo mooi, je twijfelt aan je roeping, je blijkt niet de held die je dacht te zijn en het blijkt inderdaad vooral zwaar.

Van dat akelige gevoel over jezelf, de teleurstelling van de cliënt of de verwijten van naasten, wil je als hulpverlener zo snel mogelijk weg. Er zijn dan grofweg twee routes die je kunt kiezen: vechten of vluchten.

De vlucht ziet eruit als een ziekmelding, een overstap naar een andere afdeling of het helemaal verlaten van de zorg. Vechten ziet er anders uit: je gaat harder lopen, op zoek naar 'aanvullende diagnostiek', een collega die het 'beter kan' of een 'nieuwe behandeling'. Op teamniveau kun je vechten voor een gespecialiseerde collega die erbij moet om te doen wat jullie nu niet kunnen, of voor een nieuwe therapie die de afdeling nodig heeft. Of tegen de registratiedruk die ervoor zorgt dat je je werk niet kan doen.

En als ook die strijd niet genoeg oplevert, kun je de publiciteit zoeken: meer geld voor de zorg, minder macht voor de zorgverzekeraars, een ander zorgstelsel, een betere samenleving – en liefst ook wereldvrede.

Gevorderde hulpverleners combineren vechten en vluchten ingenieus. Ze knokken keihard voor een verwijzing van hun cliënt naar elders. Als blijkt dat collega's hem of haar niet willen hebben, omdat ze al voorzien dat het moeilijk wordt, zetten zij alles op alles, zodat ze zelf met opgeheven hoofd kunnen vluchten.

Of ze beginnen een eigen praktijk of instelling alleen voor mensen waar ze 'wat mee kunnen'. Aan de voordeur worden degenen met een hoog machteloosheids-risico tegengehouden met hetzelfde soort onzinnige argumenten als die portiers hanteren bij uitgaansgelegenheden.

Onmacht is geen thema

Niet kunnen helpen maakt machteloos. Nieuwe collega's zijn daar vaak niet op voorbereid: op school leren ze over interventies, behandelmethodes, technieken en andere machtsmiddelen om mensen beter te maken, niet over hoe te handelen als het niet lukt.

Ook in het werkveld is machteloosheid nauwelijks een thema, eerder een taboe. Tijd en ruimte om onmacht te bespreken, bijvoorbeeld in een reflectiegroep, is er weinig. En als die er al is, wordt die vaak niet echt benut door hulpverleners. Het is makkelijker om te praten over het rooster, de cliënten of de koffie dan over jezelf.

De mate van onmacht varieert: de gipsmeester in het ziekenhuis weet meestal wel iets in elkaar te knutselen. De verpleegkundige die voor iemand zorgt die niet beter wordt maar zich daardoor wel beter voelt, redt zich ook best. Maar de huisarts ervaart ongeneeslijke ziekte van dichtbij en ziet ook in welke belabberde omstandigheden sommige mensen (daarmee) leven. De sociaal werker die een ouder helpt om bijzondere bijstand aan te vragen boekt succes, iets waar een collega die ouders begeleidt bij ingewikkelde opvoedingsproblemen niet zo snel op hoeft te hopen.

Hoe minder er te knutselen, zorgen, regelen en op te lossen valt, hoe dichterbij de machteloosheid is. Hoe minder 'machtsmiddelen', des te meer onmacht. Het zou logisch zijn om onmacht serieus te nemen. Maar we doen het tegendeel.

Pers en politici verwachten van professionals vooral perfect uitgevoerde oplossingen. Bestuurders voeren onbegrijpelijke reorganisaties door omdat dit de voorkeursmanier van de top is om met onmacht om te gaan. Familieleden en naasten eisen van de zorg het resultaat dat ze zelf niet voor elkaar krijgen. Leidinggevendenden tellen bestede minuten en gescoorde contacten, geven zelden een compliment en weten nauwelijks wat hun medewerkers doen of ervaren. Collega's hebben de handen vol aan zichzelf, omdat het werk in werkelijkheid vaak solistisch is en het woord team wel gezamenlijk klinkt, maar dat niet echt is.

Onvrede over deze dingen uit zich vaak in gemopper op het systeem en geroep om meer collega's en salaris, maar de vraag is of dat is waar het echt om gaat.

Na die vroege vraag van onze docent heb ik weinig van zulke fundamentele vragen meer gekregen tijdens mijn opleiding. Of ik er wat mee had gekund is ook twijfelachtig: ik was op zoek naar dingen kunnen, handelingen leren, ofwel 'macht' krijgen over ziekte en ellende. Onmacht paste niet in mijn

denkraam, ondanks tegenslagen in mijn persoonlijke leven.

Pas een aantal jaren later, in individuele gesprekken met een werkbegeleider die de diepte zocht, begon ik mijn eigen machteloosheid te herkennen en mijn neiging om naar almacht te zoeken door vooral heel veel te doen en te denken, en zo min mogelijk te voelen.

Machteloosheid toelaten is lastig: voor je het weet verval je in hopeloosheid en doemdenken, en daarmee is de ander niet geholpen. Maar een hulpverlener die geen oplossing heeft, maar toch volhardt in machtig helpen, is ook niks. En eentje die jouw probleem wel even gaat fiksen, maar na een tijdje met een rotsmoes afhaakt is nog erger.

Maar wat dan? Verzuchten dat het moeilijk is, mee-leven en weer opbreken na elkaar een half uur zorgelijk te hebben aangekeken? Ik denk het niet. Onmacht is niet iets waar je iets aan kunt doen, wat door een bepaalde aanpak en procedure op te lossen is.

wijze hulpverleners

Maar je kunt er wel iets mee. Onmacht kun je laten zijn, durven voelen, net als verdriet en rouw in het gewone leven. Als het je lukt, kun je er als hulpverlener voorzichtig langs, omheen of doorheen en toch de dingen doen, vragen of zeggen die ertoe doen.

Maar alleen onderzoekend en verkennend, niet (al-)wetend. Het vakmanschap van de hulpverlener bestaat niet (alleen) uit interventies en procedures maar ook, of juist, uit de vaardigheid om te blijven zoeken waar anderen afhaken. Samen met de ander.

Van de 75 studenten in de eerste schoolweek zijn er dertig jaar later niet zo veel meer voltijds werkzaam in de directe zorg. Is dat een geslaagde carrière of kapitaalvernietiging? Want bijna iedere cliënt, patiënt of burger wil graag een ervaren, wijze hulpverlener, maar die zijn er niet zo veel. De uitval en het verloop in zowel studies als banen is enorm.

In de media lezen we over te lage salarissen, werkdruk en mismanagement, maar zelden over hoe moeilijk het is om mensen echt te helpen, jezelf te blijven in een weinig ondersteunend systeem en structureel en constructief te reflecteren op alles wat je meemaakt.

Het serieus nemen van de hulpverlener, of die nu in de medische, psychische, sociale of jeugdzorg werkt, is iets anders dan klappen op een balkon of een bonus uitdelen. Het is vooral erkennen dat hulpverleners primair het begeleiden van een ander mens is bij pijn, ziekte en problemen zonder garanties op oplossing, herstel of genezing.

Die erkenning is nodig op alle niveaus: door de hulpverlener zelf, door docenten, managers, supervisors, bestuurders en de vele, vele anderen die zich met zorg bezighouden. Helpen is moeilijk. Dat had mijn docent goed begrepen. "

Bauke Koekkoek (1973) is verpleegkundige en epidemioloog. Hij werkt bij de crisisdienst, als lector onbegrepen gedrag en samenleving aan de Hogeschool Arnhem Nijmegen en aan de Politieacademie. Dit essay is gebaseerd op zijn nieuwste boek *Helpen is moeilijk*.
