

familieleden overtuigd zijn van het nut van medicatie en hun familielid daar mee kunnen in steunen, dan zal die medicatie beter genomen worden en zal de prognose ook veel beter zijn. Ook daar is familie zeer cruciaal.

Het gebruik van medicatie zorgt soms voor spanning tussen patiënt en familie.

Ja, natuurlijk. Het is dan aan de psychiater om die mensen samen te zetten en te zeggen: We zitten hier met een probleem. Dat gebeurt jammer genoeg niet zo veel. In die acute diensten heeft men ook zeer weinig tijd. Er zijn allerlei noodsituaties. Men moet al een behoorlijk gemotiveerd familiegericht psychiater zijn om daar aandacht voor te hebben. Maar dat wint terrein. In Campus Kortenberg heeft mijn collega daar nu wel aandacht voor en dat blijkt ook te lukken. Psychotische mensen hebben vanuit hun ziekte meestal weinig ziekte-inzicht. Zij weigeren dus medicatie omdat ze vinden dat ze niet ziek zijn. Dan kunnen wij met de familie als bondgenoot samen zoeken om die patiënt te motiveren. Ik zeg natuurlijk niet dat dit altijd werkt. Maar het zal beter gaan als je de familie mee hebt dan wanneer je ze niet mee hebt. Ik zie geen argumenten om de familie niet te betrekken.

Eerst moet er op korte termijn in familie geïnvesteerd worden.

Gebrek aan tijd en nomenclatuur zijn dus de boosdoeners?

Neen, het voornaamste probleem is visie. Hoe meer psychiaters, psychologen, therapeuten en ook verpleegkundigen opgeleid worden in systemisch denken, hoe minder weerstanden we daartegen gaan hebben. Tijd is een tweede probleem, waarbij ik pleit voor een nomenclatuurnummer en meer personeelsomkadering in de psychiatrie. Neem een acute somatische dienst, een cardiologische dienst bijvoorbeeld, waar mensen worden opgenomen met een acuut infarct. De personeelsomkadering daar is een veelvoud van een acute psychiatrische dienst. Terwijl de ernst van die problematiek hetzelfde is. Ik pleit dus voor veel meer personeel.

Visie en tijd, dat zijn de twee belangrijkste dingen. Het is ook aan de patiënten- en familieverenigingen om dit probleem te signaleren, zowel naar de media als naar de overheid toe. Naar de publieke opinie en naar de ministeries is Similes een heel belangrijke hefboom. Veel belangrijker dan de artsen of de therapeuten. Want de overheid die zegt natuurlijk: Jullie willen altijd meer, maar wij moeten bezuinigen, want het geld van de belastingbetalers moet gaan naar de beleggers die gedupeerd zijn. Wij hebben geen centen meer over. Het is aan Similes en dergelijke organisaties om te zeggen: Dit is zeer cruciaal. Ik zal dat mee ondersteunen, maar het zijn de familieleden zelf die in de huidige politieke context veel meer op de agenda kunnen wegen. Dat zijn veel meer stemmen, veel meer dan van één of andere idealistische arts, die pleit voor één of andere visie. Dat werkt niet. Similes werkt. Ik ben daar echt van overtuigd dat ze zich naar de overheid assertief moeten opstellen.

Is de situatie bij chronische patiënten dezelfde?

Ik ben zeer veel met chronische patiënten bezig. Daar is de personeelsomkadering nog minder goed, diensten worden afgebouwd onder het mom van resocialisering, rehabilitatie en vermaatschappelijking van de zorg, wat ik alleen maar toejuich. Maar diensten worden dus gesloten en de alternatieven worden stiefmoederlijk behandeld. Ik ben eigenlijk blij dat een dienst kan gesloten worden, een klassieke psychiatrische dienst met bedden waar mensen twintig jaar in verblijven. Maar ik vind het niet goed dat de alternatieven goedkoper worden ontwikkeld en eigenlijk een vermorde bezuiniging zijn. Er moet veel meer geld gepompt worden in allerlei structuren van rehabilitatie, beschut wonen, psychiatrische thuiszorg, dagactiviteitencentra, enz. Het probleem is dat ziekenhuizen relatief sterk staan in de dialoog met de overheid, maar dat de andere initiatieven erg verdeeld en versnipperd zijn. Ideologisch gesproken is dat goed. Ik heb graag een dokter die minder aanwezig is als het gaat over chronische patiënten. Ik de-psychiatiseer graag.

Maar ik zie, dat wanneer de arts met zijn autoriteit als geneesheer een stap terug doet, dat het moeilijker wordt voor andere figuren om iets op te zetten. Het is allemaal verspreid over verschillende spelers met verschillende belangen en in België zelfs over verschillende ministeries. Dat raakt heel erg versnipperd en daardoor ook conjunctuurgevoelig. Van zodra het financieel wat minder gaat, worden dergelijke projecten die tijdelijk zijn, afgeschaft. Een bed is veel vaster. Daarom zou ik dan toch pleiten om terug meer bedden te maken voor chronische patiënten. Het is in ieder geval beter dat ze in een bed liggen dan dat ze in een kartonnen doos aan het centraal station moeten liggen. Dat is een tendens in de Verenigde Staten en als het daar regent dan druppelt het hier.

Maar ook daar is familie belangrijk.

Ja, maar dat is toch een ander verhaal. Het is veel moeilijker. Heel dikwijls, en ik spreek hier over mensen die al 20-30 jaar in de psychiatrie zitten, is de familie niet meer aanwezig. De banden zijn verwaterd, verbroken, en daar zitten we met de eenzaamheid van mensen. Vandaar mijn uitspraak: zie de families in het begin en hou ze vast. Na 20-30 jaar zijn we voorbij de familie. Nogal wat patiënten in mijn populatie hebben niet veel familie meer om op terug te vallen. En dan maken wij constructen zoals sociale opvangcentra, beschut wonen en al die dingen om toch systemen te maken, maar die zijn altijd tweede keus. Uiteraard is een geconstrueerd systeem onder patiënten niet hetzelfde als een familiegeschiedenis en bloedverwantschap. Dat kan nooit die kracht hebben. Het is dan dikwijls al te laat. Niet altijd, maar je moet het dan vooral niet forceren. Het is niet goed om na 20 jaar als familietherapeut opeens de familie op te bellen om ze uit te nodigen om op therapie te komen. Dat kun je niet doen. Wat we wel doen en wat op mijn afdeling heel veel gebeurt,



dat zijn allerlei vrijetijdsinitiatieven zoals een rommelmarkt, een pannekoekennamiddag, waar familie met nadruk op uitgenodigd wordt, maar niet onder het mom van therapie of gesprek. Op deze zeer laagdrempelige manier met patiënten, verpleging en familie onderling, kan er terug wat contact hersteld worden. Maar therapeutische bemoeienissen werken in dit geval meestal contraproductief. Er is teveel gebeurd en mensen willen gerust gelaten worden. En dat wil ik dan ook respecteren. Patiënten zelf willen dat ook niet meer. Dat is dus een heel ander verhaal en daar moet je veel omzichtiger mee omspringen. Maar in de acute fase pleit ik voor active outreach: de familie zelf opbellen. Als ze niet komen, nog eens bellen. Als je ze 2-3 keer belt zullen ze wel komen. Ik pleit voor een actieve familiepolitiek.

Toch blijft het gebrek aan tijd.

Op lange termijn zul je tijd winnen. Daar ben ik zeker van. Als je de familie mee hebt en ze worden een partner in het hele gebeuren, dan win je. Je zult een minder lange opnametijd hebben, minder medicatie nodig hebben, een vluggere resocialisatie, enz. Dit zijn allerlei dingen die op lange termijn zeer bezuinigend zullen zijn. Maar eerst moet er op korte termijn in familie geïnvesteerd worden, bijvoorbeeld door een nomenclatuurnummer te voorzien voor familiewerking bij opname. Het zou zelfs verplicht moeten zijn!

Het systeemdenken krijgt toegang in de opleiding van psychiaters, hoopvol voor de toekomst?

Ja! Het moeten niet allemaal gezinstherapeuten zijn, maar ze zouden toch op zijn minst die visie moeten delen. Als er op een PAAZ-dienst 2 tot 3 psychiaters zijn, zou er toch één een familievisie moeten hebben. We zijn nog niet zo ver, maar dat komt wel.

Onze sterkte: samen met mensen praten over het feit dat het niet gemakkelijk is.

Wat heeft jouw familieperspectief geïnspireerd?

De realiteit van de kliniek, en ik ben ook een gedreven mens. Als assistent zag ik reeds dat dit een tekort was. Ik vond het nogal onbegrijpelijk dat iemand drie weken wordt opgenomen, medicatie krijgt en dan naar huis gaat en dat de familie eigenlijk niet gesproken is. Ik begreep dat niet. Zelfs in de kinderpsychiatrie was dat één generatie geleden ook zo. In mijn stagetijd toen, werden de kinderen gezien door de psychiater. De ouders die lastig deden werden apart gezien door de sociaal werker, die hen eigenlijk een beetje moest weghouden van de belangrijke individuele therapie, die de psychiater met dat kind had. De kinderpsychiatrie is daar echt helemaal in veranderd. Ik geloof dat er bijna geen kinderpsychiatrische diensten meer zijn die zo werken. De volwassenpsychiatrie is wat trager. We hebben wat dat betreft veel geleerd van onze collega's kinderpsychiaters, daar is veel meer een systemische visie. Dat heeft ook een educatief aspect: ouders worden uitgenodigd om informatie te geven, maar ook om informatie te krijgen.

Wij zien de ouders echt als co-therapeut en de gezinstherapeut gaat in de not knowing positie (niet weten positie). De therapeut weet het niet en hij vraagt bijvoorbeeld aan de ouders: Wat is er allemaal gebeurd? Als therapeut weet je dat toch ook niet, dus je vraagt hen om het te vertellen. Ik kan het mij niet anders voorstellen. Zo doe ik het.

René Kahn beschrijft in zijn laatste boek hoe nuttig het is om familie te zien en te horen.

Als hij als sterk biologisch georiënteerde psychiater en hoogleraar het al zegt, dan moet het toch echt zo zijn.

Maar hij beschrijft ook hoe moeilijk dat soms is, bijvoorbeeld met een alcoholverslaafde man die zich tegen verdere behandeling verzet.

Dat gaat soms ook zo. Het is niet altijd gemakkelijk. Het is niet door de familie te zien dat je alles oplost natuurlijk. Maar het is wel door de familie te zien dat je meer informatie krijgt, meer instrumenten in handen krijgt en ook als het allemaal niet werkt, de familie het gevoel geeft die mens heeft zijn best gedaan, wat ook belangrijk is. Het systeemdenken kan niet alle leed uit de wereld bannen. Maar als je families ziet en ook zegt dat het moeilijk gaat als het zo is: Uw broer wil u niet zien. Ik zit hier met een probleem, dan zullen die mensen toch zien dat ik het goed voor heb en blij zijn dat zij ook hun verhaal kwijt kunnen. Ik zie dus geen nadelen.

Maar jij bent de psychiater, jij moet dat oplossen.

Natuurlijk. Maar als je de familie ziet, kun je hen misschien ook duidelijk maken dat je het niet altijd kunt en dat we samen in die hulpeloze, machteloze positie zitten. Als je daar samen in zit, lijkt mij dat beter dan wanneer je daar alleen in zit, zowel voor de familie als voor de therapeut. Het is voor de therapeut