

## **Lezing NVSPV : 15 mei 2003 Sociale psychiatrie en middelen gebruik**

Gea Bloksma: sociaal psychiatrisch verpleegkundige en werkzaam als casemanager bij de

### **Psychiatrische Thuiszorg voor verslaafden**

In het kader van deze studiemiddag is er aan mijn collega Jurry Brands gevraagd een lezing te geven over de PTZ-V. Helaas is hij wegens privé omstandigheden verhinderd en heb ik aangeboden over dit over te nemen. Daarbij wil ik zeggen dat voor mij geheel nieuwe om een dergelijke lezing te geven voor een groot publiek. Tevens is het voor mij de eerste keer dat ik werk met power point.

Mijn naam is Gea Bloksma en ik werk vanaf 1996 bij de PTZ-V, als ambulante verpleegkundige, of te wel als casemanager. Drie jaar geleden ben ik begonnen met de opleiding tot sociaal psychiatrisch verpleegkundige en heb de opleiding in juli 2002 met goed gevolg afgerond.

Aan het eind van mijn opleiding heb ik een artikel geschreven over hoe cliënten met een dubbele diagnose doelmatiger kunnen worden begeleid door de spv vanuit de psychosociale rehabilitatie. Een deel van dit artikel heb ik verwerkt in deze lezing.

### **Dan nu de Psychiatrische Thuiszorg voor Verslaafden (PTZ-V)**

De PTZ-V is in 1996 begonnen als project in Noord Drenthe. Deze vorm van begeleiding en behandeling is opgezet nadat bleek dat deze cliënten tussen wal en schip verzeild raken. In de verslavingszorg weet men niet altijd om te gaan met een cliënt met een psychiatrische aandoening en in de psychiatrie weet men vaak niet hoe men om moet gaan met een cliënt met een verslaving. Na een jaar had het project zich bewezen en kon het overgaan in een gewone afdeling.

Sinds september 2003 is er ook een PTZ-V in Zuidoost Drenthe van start gegaan en op het moment dat er een psychiater beschikbaar is kan er ook gestart worden in Zuidwest Drenthe.

De PTZ-V is een samenwerkingsverband tussen het CAD en GGZ-Drenthe. Het gebouw en het meubilair wordt door het CAD geleverd. Vanuit de GGZ worden de volgende disciplines geleverd:

De casemanagers, dit zijn verpleegkundigen, zij volgen het totale zorgproces van de cliënt. Ze hebben een eigen caseload, maar elke cliënt is bekend bij alle casemanagers. De psychiater, voor acht uur per week, is eindverantwoordelijke voor het behandelbeleid binnen de PTZ-V.

De huisartsen van de betreffende cliënt worden door de psychiater op de hoogte gebracht over de betreffende behandeling door middel van een brief en/ of telefonisch consult.

De trajectbegeleidster, vier uur per week, houdt zich bezig met de dagbesteding in overleg met de cliënt en diens casemanager. Voor vier uur per week is er een secretaresse aanwezig.

Het CAD levert een coördinator voor 12 uur per week. De rol van de coördinator is vooral een aansturende en voorwaarden scheppende rol. De spv, Jurry Brands is in dienst van CAD-Drenthe en verricht acht uur per week werk voor de PTZ-V.

### **Doelgroep:**

Dubbele diagnose; enerzijds is er sprake van een psychiatrische aandoening en anderzijds is er sprake van een of soms meerdere vormen van verslaving. Het betreft

verslaafden in de breedste zin van het woord, Zij kunnen verslaafd zijn aan de volgende middelen: harddrugs, softdrugs en dan met name cannabis, medicijnen, vooral benzodiazepines, alcohol en er kan sprake zijn van een gokverslaving. De meeste cliënten hebben een behandeling ondergaan voor hun verslaving. Deze is dan in vroege remissie en wordt soms onderbroken door een terugval in hun verslavingsgedrag. Een andere bijkomstigheid, die nog al eens voor komt is dat cliënten in aanraking zijn geweest met justitie en ten gevolge daarvan zijn er soms ook contacten met de reclassering. De psychiatrische aandoeningen als schizofrenie, bipolaire stoornis, stemmingstoornissen als wel persoonlijkheidstoornissen komen veelvuldig voor, met name de borderline. Het betreft veelal alleenstaanden, zowel mannen als vrouwen, maar ook vrouwen met kinderen. Er is in dat geval ook veel overleg met de jeugdzorg. Het betreft ook echtparen, waarvan de partner in zorg is. Het is een doelgroep met een grote diversiteit en onvoorspelbaarheid in gedrag.

- Tussen de 18 en 65 jaar. Zo staat het er officieel, maar in de praktijk is er veel te overleggen en is het ook voor gekomen dat er cliënten van 70 jaar en ouder in zorg zijn gekomen.
- Client moet eigen huisvesting hebben. Dit is een streng criterium. Men kan anders niet in zorg komen.
- Client is niet in staat om gebruik te maken van het bestaande aanbod. Dit betekent dat de begeleiding vanuit bijvoorbeeld de GGZ of CAD niet toereikend is. Men heeft meer nodig.
- Veiligheid; De veiligheid van de medewerkers moet gewaarborgd zijn. Het moet veilig zijn om alleen op huisbezoek te gaan. Binnen de zorginventarisatie wordt hier duidelijk aandacht aan besteed. Indien het als onveilig wordt ervaren, dan komt degene niet in zorg. Mocht het zich voordoen dat een client al in zorg is en er doet zich een onveilige situatie voor, dan wordt gekeken naar tijdelijke oplossingen.
- Verloop; een bepaalde cliëntengroep voelt zich op zijn plaats binnen de PTZ-V en krijgt al enige jaren deze vorm van hulpverlening en geven aan, niet te willen worden door verwezen naar een andere vorm van hulpverlening. Daarnaast is er een groep, die na enige periode van begeleiding aangeeft, verder te willen gaan zonder hulpverlening. Er worden elk jaar enkele cliënten doorverwezen naar het CAD, RIBW of GGZ. Inmiddels zijn er helaas ook cliënten overleden, al dan niet op natuurlijke wijze.

### **Doel:**

- Zelfstandigheid zo mogelijk handhaven of vergroten. Veel cliënten hebben problemen op het gebied financiën, dag en vrije tijd besteding.
- Geen of een stabiel middelen gebruik; Een kleine groep gebruikt geen middelen meer. Er is een groep, die geregeld een terugval hebben, maar door het contact kan een totale terugval worden voorkomen. Een andere groep stopt niet met gebruik en hierover zijn ook geen afspraken te maken. Met deze groep heb je dan vooral als doel het voorkomen van overlast.
- Overlast; Af en toe is er een client, die veelvuldig bij verschillende instanties aanklopt, er wordt dan op indicatie een zorgconferentie georganiseerd om de verschillende zorg op elkaar af te stemmen.
- Voorkomen om in een isolement te komen. Het grootste gedeelte van de cliënten heeft problemen met het aangaan en vasthouden van sociale contacten. Er is sprake van veel eenzaamheid. Ook zie je cliënten, waarbij er een intensief contact is met bijvoorbeeld familie of vrienden, maar waarbij door de grote druk, die het geeft er zelf aan onderdoor dreigen te gaan.

- Het voorkomen van een opname; Dit wordt veelal ondervangen door een bed op recept voor vijf nachten of een eventuele korte opname.

### **De Procedure:**

- Verwijzing; De client moet verwezen worden en kan zichzelf niet aanmelden. Dit gebeurt een enkele keer. De client wordt aangeraden om contact op te nemen met de huisarts, zodat die kan verwijzen. Verwijzers zijn; huisarts, GGZ en Verslavingszorg.
- Zorginventarisatie; deze bestaat uit twee gedeeltes. De client krijgt zelf een vragenlijst, waarvan verwacht wordt dat hij deze invult en opstuurt of komt brengen. Deze lijst is bedoeld als extra. Het omvat dezelfde gebieden, die tijdens dit eerste gesprek gesteld worden. Het geeft de mogelijkheid om nog wat langer na te kunnen denken over mogelijke verwachtingen en wensen. Tijdens de zorginventarisatie komen de volgende gebieden aan bod: dagbesteding/ vrije tijd, financiën, sociale contacten, zelfzorg/ zelfredzaamheid, middelengebruik, hulpvraag, veiligheid en overige hulpverleningscontacten. Op deze manier wordt er een beeld gekregen van de huidige situatie en wensen op dit gebied. Deze inventarisatie gebeurt door twee casemanagers bij de client op zijn woonadres.
- Bespreking in multidisciplinair team. Het besluit of iemand wel dan niet in zorg komt, wordt daar genomen. Indien de client in zorg komt, wordt hem een casemanager toegewezen.
- Evaluatie; deze vindt eenmaal per half jaar plaats. Van tevoren wordt de bestaande samenwerkingsovereenkomst(SWO ) geëvalueerd met de client. Er wordt een halfjaarlijks verslag geschreven, waarin iedere discipline zijn of haar stuk dient weer te geven. Van hieruit wordt er een nieuwe SWO geschreven of de oude wordt geactualiseerd.

**Casemanagement** vanuit het coördinerende en/ of begeleidingsmodel. De casemanager is de persoonlijk begeleider van de client. De casemanager vervult de rol van noodzakelijke schakel in het zorgsysteem en is het centrale aanspreekpunt voor de client.

De casemanagers hebben veelal een vertrouwensband met de client. In de ambulante begeleiding onderhouden zij het directe contact met de client en gaan vrijwel wekelijks bij de client op huisbezoek. Zij zijn aanspreekpunt voor de client wat betreft zijn behandeling en begeleiding en tevens zijn zij veelal aanspreekpunt voor de overige teamleden.

### **Functies casemanager:**

- Belangenbehartiger
- Directe werkzaamheden voor of aan de client. Op het gebied van de dagelijkse levensbehoeften.
- Decompensatiemanagement. Signaleren van lacunes en knelpunten in de hulpverlening en het adviseren over mogelijk oplossingsstrategieën
- Ontwikkelen van ondersteuningssystemen
- Opnieuw inschatten van behoeften van de client
- Aanspreekpunt voor de overige teamleden.

### **Samenwerkingsovereenkomst**

De casemanager maakt in samenwerking met de client een samenwerkingsovereenkomst (SWO). Een SWO begint met een algemeen stukje, namelijk dat er verwacht wordt dat er afspraken nagekomen worden, daar anders

geen contact mogelijk is. Mocht dit problemen geven, dan is er al een eerste punt van gespreksonderwerp. Het nakomen van afspraken is namelijk een probleem die bij de doelgroep hoort en je kunt dus niet na een paar keer niet na komen van afspraken het contact afsluiten. Tevens wordt de psychiatrische aandoening genoemd, hetgeen ook veel discussie oplevert. Hierna komen de vaste gebieden aan de orde die ook genoemd staan in de zorginventarisatie, daarnaast wordt per onderdeel afspraken hier over gemaakt op de lange of korte termijn. Het is ook mogelijk dat de standpunten van de beide partijen of een van de beide vermeld staan. Bijvoorbeeld het opstellen van een signaleringsplan, kan een doel zijn voor de client om dit op te stellen al dan niet in samenwerking met zijn of haar casemanager. De eerste periode dat iemand in zorg komt, is voornamelijk gericht op contact maken en houden. Daarna wordt de swo opgesteld. De swo wordt uiteindelijk ondertekend door de psychiater en de client.

**De sociaal psychiatrisch verpleegkundige** houdt zich bezig met de begeleiding en/of verwijzing naar andere instanties toe. Dat kan zijn; jeugdzorg, Sociale Dienst, Gemeentelijke kredietbank, aanvraag voor bewindvoering.

Als de ambulante begeleiding vanuit de PTZ-V kan worden afgerond, wordt de client veelal door de spv verwezen naar het CAD, GGZ of RIBW. Anderzijds is de spv ook degene die de verwijzing, vanuit het CAD uitvoert, als de begeleiding daar onvoldoende toereikend blijkt te zijn. Verder houdt hij familie en relatie gesprekken, vaak in nauw overleg met de andere teamleden en dan met name de casemanager, Verder neemt de spv deel aan het overleg met de politie. Hij onderhoudt regelmatig contact met de woningbouwvereniging.

### **Samenwerking**

Ten eerste wil ik de belangrijke en noodzakelijke samenwerking benoemen in het team zelf en dan met name de casemanager, die veelal het leeuwendeel van de begeleiding van de clienten voor hun rekening nemen. Met name de moeilijke clienten worden vaak "verdund". Daarmee bedoel ik dat dergelijke clienten afwisselend worden gezien door verschillende casemanagers. Dit vermindert de draaglast en vergroot de draagkracht. Soms is het functioneel om een client door meerdere teamleden vanuit verschillende rollen te begeleiden. Het werken met een dubbele diagnose client is in de praktijk vaak veeleisend en vereist een lange adem. Een goede ondersteuning binnen het team zelf, een goede samenwerking, deskundigheidsbevordering, intervisie en thema besprekingen zijn belangrijk om dit werk goed te kunnen volbrengen.

Op dit moment werken er in Noord Drenthe vijf casemanagers, met verschillende percentages met een totale caseload van rondom de veertig clienten. In Emmen is er inmiddels ook al sprake van een caseload van zo rondom de veertig clienten.

**Netwerken** zijn erg belangrijk om de doelstelling van de PTZ-V te kunnen realiseren. Er wordt samengewerkt met verschillende hulp- en dienstverlenende instanties. Met de ene instantie is de samenwerking intensiever dan met de ander. Een erg belangrijke samenwerking is er met de afdeling "de Stap" voor de klinische behandeling van de dubbele diagnose clienten binnen de GGZ. Binnen deze afdeling zijn twee crisisbedden gereserveerd voor de clienten van de PTZ-V. De client kan hier maximaal vijf nachten gebruik van maken. De verantwoordelijkheid voor de begeleiding van de client blijft gedurende deze periode bij de PTZ-V.

De PTZ-V biedt in samenwerking met “de Stap”, een 24-uurs telefonische bereikbaarheid. De PTZ-V is door de week bereikbaar van 8.30 tot 16.30. Buiten de bereikbaarheidsuren van de PTZ wordt de telefoon door geschakeld en krijgt men een verpleegkundige van de stap aan de lijn. Deze is van de actuele zaken van de cliënten van de PTZ-V op de hoogte. Het contact met deze afdeling is dagelijks. Vanuit deze afdeling worden ook regelmatig cliënten doorverwezen naar de PTZ-V. De samenwerking met het CAD heeft vooral betrekking op de verwijzingen en een enkele keer wordt een cliënt ook gezien door het CAD. Indien PTZ-V begeleiding niet echt meer noodzakelijk is, wordt verwezen naar het CAD of de GGZ. Over de medicatie wordt veelal afgesproken dat de somatische medicatie bij de huisarts blijft en de dat de psychofarmaca bij de psychiater van de PTZ-V.

### **De dienstverlenende instanties**

Op dit moment is er een goede samenwerking met de wijkagenten in Assen. Er is ieder kwartaal overleg, waarin “probleemgevallen” door gesproken worden. Onder deze “probleemgevallen” bedoel ik de mensen, die aangesloten zijn bij de PTZ-V en overlast veroorzaken. Overlast waarbij de politie betrokken is. Het kan hierbij gaan om telefoonterreur van 112 of om dreigende situaties in een woonwijk. Het delen van onmacht is ook voldoende om te kunnen spreken van een goede samenwerking. Wat betreft privacy regelgeving en wettelijk mogelijkheden is het overleg wel eens op het randje of er over heen.

Vanuit de PTZ-V is er destijds contact gezocht met de politie. In eerste instantie werd dit wantrouwend ontvangen. De angst was dat er van alles werd gevraagd en verlangd en dat er geen vervolg zou komen. Het contact tussen de wijkagenten en de PTZ-V wordt door beide partijen als zinvol ervaren. Terwijl er soms weinig of geen afspraken uit voortvloeien. Maar mocht er wel iets nodig zijn, dan is er de bereidheid. Tussendoor worden wel zo nu en dan ook wel eens gebeld of wij een bepaalde persoon kennen, of we enig idee hebben, welke instantie aan die cliënt hulp verleent. Veel cliënten hebben problemen met financiën in de vorm van schulden en/ of budgetteren.

Er is daarom veel contact met de gemeentelijke kredietbank, de samenwerking is echter wisselend.. Met andere instanties zoals de sociale dienst en de woningbouwvereniging is er incidenteel contact. Met de woningbouwstichting wordt getracht een structureel contact op te bouwen. Er is veel achterdocht op het gebied van samenwerking met de hulpverlening. “Je gaat met de hulpverlening in zee en in geval van nood zijn ze nergens te bekennen”.

Soms is het niet mogelijk om gebruik te maken van instanties die er voor een ieder zijn, daar de cliënt zich overal al onmogelijk heeft gemaakt.

### **Onderzoeken.**

In afgelopen jaren heeft er viermaal een onderzoek plaats gevonden, uitgevoerd door studenten van Windesheim, een HBO opleiding te Zwolle.

Driemaal ging het om een tevredenheidsonderzoek, tweemaal over tevredenheid van personeel en cliënten en eenmaal over de tevredenheid van de verwijzers. Het laatste onderzoek hield zich bezig met de vraag of er een zorgcircuit bestond, rondom de dubbele diagnose cliënt. Dit onderzoek vond niet plaats vanuit de PTZ-V, maar er werd in geparticipeerd.

Onderzoek in 97/98; tevredenheid en resultaat. De situatie is stabiel of verbeterd. Cliënten ervaren afname van verslaving- en psychiatrische problemen. De inzet van de casemanagers is vaak er hoog, soms hoger dan de behaalde resultaten. Dit

vraagt veel overleg binnen het team, een goede samenwerking, en ruimte en tijd voor intervisie, het bespreken van bepaalde thema's en een goede team building. De beide tevredenheidsonderzoeken leverden een positief beeld op, waarbij door de cliënten het aan huis bezoeken als positief werd ervaren. Het eerst onderzoek vond plaats toen de PTZ-V net was gestart. De tevredenheid van de cliënten scoorde 66%. In het tweede onderzoek was dit verhoogd naar 88%. Waar deze verhoging uit voort komt is niet geheel duidelijk. Wel waren bij het eerst onderzoek "slechts zes cliënten betrokken.

De cliënten beleefden een afname van verslavings- en psychiatrische problemen. Ook was de rol van de casemanager ten op zichte van de overige teamleden, niet altijd geheel duidelijk.

In het onderzoek naar tevredenheid van de verwijzers was het resultaat positief. Men gaf aan dat de bereidheid om verder te gaan met de cliënt, niet moeizaam verliep. Men vond dat de PTZ-V actief was in het krijgen van contact met de cliënt en dat er een vangnet aanwezig is. De tevredenheid haalde een score van 80%. Van de verwijzers waren de huisartsen het minst tevreden. De "ontevredenheid" zat vooral in zaken als, geen terugrapportage, gebrekkige overdracht en welke cliënten er in aanmerking komen voor de PTZ-V. DE suggesties waren dan ook om meer en vaker informatie te verstrekken aan mogelijke verwijzers, een betere terugkoppeling naar met name huisartsen en dat de PTZ-V toch als een belangrijke aanvulling gezien wordt en het naar meerdere regio's uitgebreid zou moeten worden.

Het laatste onderzoek hield zich bezig met het zorgcircuit rondom de dubbele diagnose cliënt. Hierin kwam naar voren dat er geen eenduidig beeld bestaat over het bestaan van een zorgcircuit. Elf respondenten gaven aan dat er wel een vorm van circuit was. Dit waren de PTZ-V, de wijkagenten, een huisarts en de Forensische Psychiatrische Kliniek. Vanuit de ambulante GGZ werd genoemd dat niet zo'n circuit was en ook de RIBW. Het circuit is klein, de samenwerking is vaak gekoppeld aan personen.

### **Methodieken**

Als casemanager bij de PTZ-V kom ik veel cliënten tegen, die ondanks hun vele beperkingen nog vele mogelijkheden hebben. In het kader van mijn opleiding tot Sociaal psychiatrisch verpleegkundige aan de Hogeschool van Utrecht heb ik de psychosociale rehabilitatie benadering uitvoerig bestudeerd. In deze benadering staat de cliënt centraal en wordt hij positief benaderd met zijn mogelijkheden en beperkingen.

**Psychosociale rehabilitatie** is een benadering om een cliënt met psychosociale beperkingen te helpen zijn levenskwaliteit en zelfzorgvermogen te vergroten op het gebied van wonen, werken, leren en recreëren. In dit model worden de volgende drie sturingsprincipes gecombineerd: de probleemgerichte benadering, de ontwikkelingsgerichte benadering en de milieugerichte benadering. De uitgangspunten daarbij zijn: cliënt, omgeving en maatschappij.

Een cliënt met een dubbele diagnose heeft psychosociale beperkingen als gevolg van zijn psychiatrische aandoening, die soms versterkt wordt door zijn verslaving. Mijns inziens is deze methodiek goed toepasbaar binnen de PTZ-V en wordt hier in de praktijk ook al grotendeels vorm aan gegeven.

Daarnaast wordt er ook gebruik gemaakt van **de narratieve zorg**;

Door goed te luisteren naar het levensverhaal van de cliënt zelf wordt duidelijke welke copingmechanismen iemand heeft ontwikkeld en hoe dit is ontstaan. Hiermee

kun je makkelijker voorkomen dat je aan symptoombestrijding gaat doen. Door er samen met de client over te hebben krijg je een verbinding met verleden, heden en toekomst.

**Vraaggerichte zorg;** uitgaande van de vraag van de client. Je past je aan wat de client kan en wil op dat moment en sluit je aan bij zijn waarden en normen, binnen de mogelijkheden en beperkingen, die je hebt als hulpverlener en bespreekt dit met de client.

### **Laatste ontwikkelingen en de toekomst**

Vanaf januari 2003 is een van de casemanagers voor acht uur per week bezig met het opstarten van de openbare geestelijke gezondheidszorg( OGGZ).

Hij doet dit in overleg met een collega van het Dak en Thuislozen Team van de RIBW.

Deze vorm van zorg is met name gericht op de zorgwekkende zorgmijder. Hierbij wordt veelal op twee sporen gewerkt. Veel overleg met instanties; woningbouwvereniging, politie, CAD waaronder reclassering, onder andere de afdeling van de taakstraffen.

Anderzijds wordt er contact gelegd met de zorgwekkende zorgmijder. Nu al zijn van daaruit enige clienten doorgestroomd voor verdere continue begeleiding en behandeling vanuit de PTZ-V.

Binnenkort gaat de PTZ-V in Assen verhuizen en gaat dan een pand delen met het inloophuis van het CAD en met het dak en thuislozenteam van de RIBW. Binnen dit pand zal dan ook de nachtopvang plaatsvinden. Het grote voordeel hiervan is dat de laagdrempelige opvang dicht bij elkaar zit en dat men zaken onderling snel kan overleggen.

Ik dank u voor u aandacht.