

Sociaal-psychiatrische grondslagen voor het werken in de acute psychiatrie

Ben Venneman

NVSPV studiemiddag 6 november 2003.

Titel: Sociaal-psychiatrische grondslagen voor het werken in de acute psychiatrie

1. Inleiding

In deze aankondiging is er sprake van een tautologie, een herhaling van het gezegde. Het is in feite raar om nog eens duidelijk te maken dat acute psychiatrie sociale psychiatrische grondslagen heeft. Querido draait zich vermoedelijk ontmoedigd om in zijn graf. Is het anno 2003 nog nodig om een lezing te houden over wat de sociale psychiatrie verbindt met de acute psychiatrie. Later in mijn verhaal zal duidelijk worden dat Querido als vanzelfsprekend daarmee twee kanten van dezelfde medaille bedoelde.

Ik denk dat een consequente aandacht voor de sociale psychiatrie in ons vakgebied geboden is. In deze periode waarin vermaatschappelijking van zorg, vraagsturing en een meer op kosten en baten gebaseerde ggz hot items zijn staat het sociaal-psychiatrische vakgebied onder druk. Mijn indruk is dat instellingen het begrip sociale psychiatrie te pas en te onpas gebruiken voor zorgaanbod en missies terwijl de kern van de sociale psychiatrie niet herkenbaar is. Juist de klinische en biologische psychiatrie nemen het voortouw in de ontwikkelingen. Antwoorden op alle huidige problemen in de gezondheidszorg en de maatschappij worden gevoed vanuit klinisch denken.

Ik wil in deze bijdrage een pleidooi houden om sociale psychiatrie als grondslag voor vermaatschappelijking, het stimuleren van nieuwe omgangsvormen en methodiekontwikkeling in de acute psychiatrie te gaan gebruiken. Ik doe dit omdat ik vind dat jullie – sociaal psychiatrisch verpleegkundigen - de dragers zijn van de sociale psychiatrie. Een spv die anno 2003 werkzaam is in de acute psychiatrie denkt, regisseert, kijkt, spreekt, luistert, wikt en weegt, wacht en interenieert. Werken in de acute psychiatrie vraagt een eigen, zelfstandige mening over een crisis, het afwijkende gedrag, de agressieve houding, de samenwerking met instanties, hulpverleners, de eigen en omgevingsveiligheid etc.

Maar wat helpt jou als spv om uitspraken te doen, welke inhoudelijke bril zet je op, wat is je referentiekader, welke werkelijkheid creëer je voor jezelf om te snappen wat er gaande is in een crisissituatie?

Hoe maak je duidelijk wat de verpleegkundige inhoud is van jouw zorgaanbod in de acute psychiatrie. Waarin komt het sociaal-psychiatrisch tot uitdrukking.

Allemaal vragen, hopelijk geen retorische vragen die een nadere beschrijving van jullie vakgebied vragen.

Ik ben verheugd dat de werkgroep Acute Psychiatrie bezig is om het fundament van ons vakgebied te voorzien van een professionele body en een eigen kennisgeheel.

Degene die de activiteiten van deze werkgroep volgt weet dat er een onderzoek op stapel staat om de interventies en methodieken van de spv in de acute psychiatrie te gaan beschrijven. Een zeer belangrijke stap voorwaarts.

Mijn bijdrage van vanmiddag vormt ook een kleine opstap om de methodiek te gaan beschrijven. Via een terugblik naar de herkomst van de sociale psychiatrie, kom ik tot een definitie van sociale psychiatrie en maak ik een uitstapje naar de beschrijving van acute psychiatrie. Om daarna een regiemodel te presenteren waarbij sociale psychiatrie en verplegen de opmaat zijn voor een methodische werkwijze in de acute psychiatrie.

2. Waar begint de sociale psychiatrie; grondleggers van de sociale psychiatrie

Ik wil eerst maar de pijlen richten op een stukje geschiedenis: sociale psychiatrie.

Besef hebben van je sociaal-psychiatrische aanpak veronderstelt besef en inzicht in de eigen gang van de sociale psychiatrie.

Veelal wordt Querido als de grondlegger van de sociale psychiatrie aangemerkt. Echter een aantal andere belangrijke namen moet worden vermeld. De ontwikkeling van de sociale psychiatrie verloopt via twee lijnen.

1. preventie en therapie
 - Dr. F.S. Meyers: de preventieve opgave van de sociale psychiatrie (Rúmke, Trimbos, Van Londen, Gersons)
2. preventie en behandelopgave gericht op gezondheidsbevordering
 - A. Querido: naast preventie ook de behandelopgave van de sociale psychiatrie (Romme).

Ik ga hier nu niet in op de spanningen die beide opvattingen met zich meebrachten. In zijn algemeenheid geldt dus: vanaf 1948 is een aanvaard uitgangspunt dat psychosociale en culturele factoren een belangrijke rol spelen in het ontstaan en voortbestaan van psychische problematiek bij individuen.

Trimbos scherpte dit gegeven nog aan door te stellen dat er een verband bestaat tussen de individuele geestelijke gezondheid, het culturele patroon en de sociale groepering. Hij ging zo ver dat hij de ggz als belangrijkste taak gaf om ongezond makende invloeden in de samenleving aan te pakken. Door **sociale actie** dus.

Ook werd toen al duidelijk dat de taak van de ggz zich steeds meer ging richten op **het aanpassen van de cliënt met zijn problemen aan de situatie, niet hoe de omgeving beïnvloedt zou kunnen worden zodanig dat het mogelijk was om te kunnen leven in een omgeving.**

Querido heeft zich vooral ingezet voor een integratie van psychiatrische zorg in de algemene – somatische zorg die zich primair zou moeten richten op preventie en gezondheidsbevordering en niet op behandeling

Querido heeft het pleit verloren, Trimbos en de zijnen zetten in op een aparte, autonome GGZ waar ook therapie een belangrijke plek zou krijgen.

De spv-en onder u die de riaggvorming in begin jaren '80 hebben meegemaakt weten hoezeer de sociale psychiatrie veranderde in een bureaufunctie.

Spv-en kwamen steeds meer in een spagaat in het werk te staan. De verworvenheden van de RIAGG gaan omarmen of de eigenheid van de sociale psychiatrie in werkwijzen en visie te laten doorklinken.

Om te begrijpen waarin sociale psychiatrie zijn wortels heeft ga ik met jullie 80 jaar terug. In 1930 werd het eerste internationale congres geestelijke volksgezondheid in Washington gehouden. Querido was daar aanwezig als jong psychiater en toen al in de functie van tweede geneesheer van het apz Endegeest in Oegstgeest. Hij snapte als geen ander dat naast de fysiologische en psychologische dimensie de sociale kant van geestelijke gezondheidsproblemen toegevoegd moest worden. Hij was de eerste psychiater die mensen met een psychiatrisch probleem thuis opzocht.

Uit een aantal publicaties (zijn autobiografie "Doorgaand Verkeer" – 1981, interview in Vrij Nederland, 6 december 1980 nav zijn 80 jarige verjaardag (A.J. Heerma van Voss), en het artikel Querido's bijdrage aan de psychiatrie (Gersons, MGV 9/81) heb ik een aantal uitspraken gezocht die hem kenmerken, en anno 2003 nog altijd gelden voor het werk van de acute psychiatrie.

1. "Dan zag je iemand thuis, en je hoorde verhalen afrollen, en ja, dan was je dus veel meer gefascineerd door de vraag: hoe zijn de betrekkingen dan dat je dacht: wat hééft die vent?"
2. "Er waren wel gespannen situaties, maar daar krijg je ook routine in. Ik ben klein, en je moet bij voorbeeld altijd gaan zitten, hè: een zittende man krijgt veel minder gauw een klap dan een staande"
3. "Je komt altijd weer op het onoplosbare punt: hoe kun je mensen zo safe mogelijk van hun vrijheid beroven".

4. "Nieuwsgierigheid is zeker een van de dingen geweest die mij gedreven hebben. Kijken hoe het zit – hoe het echt zit! En ten tweede de behoefte om te ordenen".

Achter al deze uitspraken liggen de grondslagen van hetgeen Querido sociale psychiatrie is gaan noemen.

Het meest boeiende in Querido is zijn consequente speurzinn naar de werkelijkheid. Met een open vizier ging hij niet op zoek naar het **waarom** van die werkelijkheid, maar naar de levende werkelijkheid als gegeven op zichzelf. Hij is nooit echt geïnteresseerd geweest in de ziekte, maar wel in het gezonde leven en de hulpverleningsinspanning die geleverd moet worden om zieken weer gezond te maken. **Wat weinigen weten is dat hij gepromoveerd is op de werking van dwarsgestreept spierweefsel.**

Uitleg:Dwarsgestreept spierweefsel treffen we aan als skeletspieren, dat zijn de spieren die onze beenderen ten opzichte van elkaar bewegen en in de huidspieren (aangezicht) Het zijn allemaal willekeurige spieren, hetgeen alleen maar wil zeggen, dat men ze willekeurig tot samentrekking kan brengen.

De dwarsgestreepte spieren wordt heel vaak onwillekeurig gebruikt, maar het kan dus ook willekeurig, maw je kunt **invloed uitoefenen**. Dit feit moeten jullie even vast houden.

Zij zijn in staat tot zeer snelle, flietsende contracties als reactie op iets dat in de omgeving gebeurt. Merk ook op hoezeer dat bij jezelf kan uitwerken. Dergelijke spieren zijn vaak snel moe en hebben een uitgebreide bloedvaten voorziening.

Omgezet naar de acute psychiatrie gebruikte Querido deze inzichten de wijze waarop mensen in een crisissituaties onwillekeurig reageren, snel vermoeid raken en veelal afgesneden zijn van hulpbronnen (= bloedvatvoorziening). Maar ook dat je als mens de mogelijkheid hebt om willekeurig te reageren, min of meer bewust weer vat kunt krijgen op een stresserende situatie

Het willen en kunnen begrijpen van het hoe en waarom een spier werkt zijn kenmerkend voor zijn gerichtheid op de positieve krachten in het leven en hoe deze krachten een leven in stand houden. Al deze kennis en opvattingen zijn te herleiden naar zijn werk in de sociale psychiatrie. Een begrip dat niet onvermeld mag blijven is de term "sociale homeostasis".

Dit begrip is hij gaan gebruiken om aan te geven dat mensen leven in een omgeving (hij noemde het nauwere en wijdere omgeving) van krachten en tegenkrachten. Hij was er van overtuigd dat mensen over een groot repertoire tegenkrachten beschikken om op bedreigingen van buitenaf te reageren. Later in zijn leven en carrière werd hij steeds meer geïnteresseerd hoe maatschappelijke krachten inwerken op de geestelijke gezondheid van mensen.

Ook maakt hij duidelijk dat als je de betekenis van de krachten en tegenkrachten losmaakt van hun doel, je in principe ook de betekenis voor een mens wegneemt. En wat ook belangrijk is met betrekking tot de acute psychiatrie: Querido was er van overtuigd dat een crisis te begeleiden was als je vooral gebruik maakte van die krachten, het onderzoeken van die krachten, het spel tussen de krachten en mensen opsporen om betekenisvolle keuzes te maken in de crisis.

Querido:

“ De sociale psychiatrie tracht een beeld te ontwerpen van het samenspel van krachten en verhoudingen, waarin het individu een complex van factoren is, één knooppunt, niet meer en niet minder...”

Zie Sheet II

Querido heeft het ooit op de volgende wijze gezegd: “de sociale psychiatrie tracht een beeld te ontwerpen van het samenspel van krachten en verhoudingen, waarin het individu een complex van factoren is, één knooppunt, niet meer en niet minder”.

Wat hij dus stelt is dat een ziek persoon niet uit zijn/het krachtenspel gelicht moet worden en de gerichtheid moet zijn om het krachtenspel/homeostasis te leren kennen om beter te snappen wat nodig is of welke activiteiten er werkelijk te doen voor een ziek persoon.

Querido benaderde en behandelde de mensen met een psychiatrische ziekte als gewone mensen, die je moest helpen en steunen om in de eigen omgeving te blijven, op een zo gunstig mogelijk wijze. Met moderne begrippen noemen we dit: crisisinterventie, herstel en opbouw van het steunsysteem, sociale hulp, en daarnaast zo nodig specifieke hulp, zoals psychotherapie of een geïndiceerde klinische opname

Erg nieuw lijkt dit allemaal maar niet, maar als we bedenken dat alles wat nu wordt gepresteerd in de acute dienst zijn wortels heeft in het werk van deze man dan wordt de reikwijdte van het sociaal-psychiatrische kennis- en handelingsdomein kraakhelder.

Werkdefinitie sociale psychiatrie

Door de jaren heen is er veel ontwikkeld en zijn initiatieven ondernomen mbt het verankeren van sociale psychiatrie. Ik wil nu de stap zetten naar wat nu bruikbaar is voor de het onderbouwen van het vakgebied acute psychiatrie.

In de afgelopen jaren zijn er publicaties geweest om het sociaal psychiatrische vakgebied te beschrijven. Voor deze lezing beperk ik me tot de werkdefinitie zoals deze is geformuleerd door de Strategiegroep Sociale Psychiatrie

Hierbij mag de naam Marius Romme niet ontbreken. Hij is al heel wat jaren in de weer om de lijn van Querido te vervolgen en bijna puriteins te werkend aan het volgende basisaxioma van de sociale psychiatrie.

Sociaal-psychiatrisch basisaxioma:

“Er bestaat een fundamentele wisselwerking tussen maatschappelijke verhoudingen en geestelijke gezondheidsproblemen”

(Romme, Wat is sociale psychiatrie?, 1981)

Basisaxioma en wisselwerking

Ziekte

Deficiëntie in sociaal
functioneren

Verzwakking

Verzwakking

Onvermogen

Onvermogen

Handicap of gebrek

Handicap of
gebrek

Deficiëntie in sociaal
functioneren

Ziekte



Zie Sheet III basisaxioma

Er bestaat een fundamentele wisselwerking tussen maatschappelijke verhoudingen* en geestelijke gezondheidsproblemen.

basisaxioma en wisselwerking

De denkrichting die hier achter schuil gaat is de volgende: een geestelijk gezondheidsprobleem is een ziekte die maatschappelijke consequenties in het sociaal functioneren met zich mee brengt (de reguliere inzet van GGZ), anderzijds geldt ook dat deficiëntie in het sociaal functioneren ziekte tot gevolg kan hebben (inzet van sociale psychiatrie).

De sociaal-psychiatrische focus is dat geestelijke gezondheidsproblemen zowel veroorzaakt worden door sociale problemen als sociale problemen tot gevolg hebben.

Het aangrijpingspunt voor de zorg ligt niet bij de persoon met psychiatrische problemen, maar in de samenleving. Daarmee is niet gezegd dat sociale psychiatrie een antwoord geeft of heeft voor sociale problemen. Wel dat de SPV een pendelbeweging maakt tussen cliënt en omgeving/samenleving en tussen ontstaan geestelijke gezondheidsproblemen en maatschappelijke verhoudingen.

De SPV zorg wil ontwikkelen en aanbieden die het vermogen van de cliënt ondersteunt om als volwaardig burger in de samenleving een plaats in te nemen. Querido heeft het op deze wijze gezegd: **de ziekte genezen kunnen we niet, we kunnen wel de symptomen verminderen.**

Romme's bijdrage aan het terugkerende debat is het hameren op de mogelijkheid van het beïnvloeden van de sociale factoren en daarmee het stimuleren van de beschermende invloed ervan op het ziekteproces, de persoonlijke omstandigheden en de inbedding van de persoon in zijn omgeving.

Dit brengt me ook bij de gedachte dat we ons vaak afschilderen als verpleegkundigen die werken aan of met de gevolgen van een psychiatrische ziekte, beperking of handicap. Feitelijk ligt vanuit de geschiedenis en de kern van sociale psychiatrie de opdracht in het preventief handelen. Een heikel punt blijft dat in de huidige GGZ en de bekostigingssystematiek preventie geen hoge prioriteit heeft.

Werkdefinitie Sociale Psychiatrie

“Sociale psychiatrie is die vorm van psychiatrie die benadrukt dat geestelijke gezondheidsproblemen ontstaan in wisselwerking tussen het individu, de omgeving en de maatschappelijke verhoudingen.

De interactie en de onderlinge beïnvloeding geeft het geestelijke gezondheidsprobleem betekenis en maakt haar begrijpelijk. Het probleem op zichzelf hoeft niet pathologisch te zijn.

De persoonlijke kwetsbaarheid van de cliënt of het onvermogen van de cliënt en zijn omgeving ermee om te gaan, kunnen leiden tot disfunctie en pathologie.”

(Strategiegroep Sociale Psychiatrie, 2002)

Zie Sheet IV werkdefinitie sociale psychiatrie

Op basis van de historie, het onderzoek van Kok en Donker en het belang van het cliëntenperspectief komt de strategiegroep Sociale Psychiatrie tot de volgende werkdefinitie:

Sociale psychiatrie is die vorm van psychiatrie die benadrukt dat geestelijke gezondheidsproblemen ontstaan vanuit de wisselwerking tussen het individu, de omgeving en maatschappelijke verhoudingen.

***De interactie en de onderlinge beïnvloeding geeft het geestelijk gezondheidsprobleem betekenis en maakt haar begrijpelijk.
Het probleem op zichzelf hoeft niet pathologisch te zijn.***

***De persoonlijke kwetsbaarheid van de cliënt of het onvermogen van de cliënt en zijn omgeving er mee om te gaan kunnen leiden tot disfunctie en pathologie.
(Strategiegroep Sociale Psychiatrie, 2002)***

In deze definitie is het begrip sociale homeostasis herkenbaar. Niet de ziekte is uitgangspunt maar de gevolgen van het ziek-zijn, de maatschappelijke en persoonlijke betekenisgeving aan ziek gedrag, het belang van en onderkennen van krachten en tegenkrachten.
Hierin ligt dus ook het aangrijpingspunt voor het werken in de acute psychiatrie

3.2. Definitie acute psychiatrie

Opvallend is wel dat ik geen verpleegkundige definities/omschrijvingen ben tegengekomen in de literatuur. Als er mensen onder jullie zijn die vanuit het eigen werk wel omschrijvingen hebben, dan hou ik me aanbevolen.

Gersons heeft hieromtrent het nodige geschreven. Hij stelt dat een opvallend kenmerk van de acute psychiatrie blijikbaar is: een noodsituatie wordt door **anderen** als vermoedelijk van psychiatrische aard gekenmerkt.

Het betreft dan gewoonlijk *opvallend van de norm afwijkend gedrag*, dat bovendien niet goed begrepen kan worden. Het is daarom beter te spreken van **inadequaat gedrag!**

Noodsituaties kunnen dus gekenmerkt worden vanwege hun acuut psychiatrische betekenis. Daarnaast duidt de term *nood* aan, dat de situatie zodanig is dat zonder adequate hulp van buiten op korte termijn een ernstige verslechtering van de situatie gevreesd kan moet worden.

Romme (1981) benadrukt vanuit de crisistheorie de onderliggende boodschap van een crisis: zoeken naar evenwicht, cognitief, emotioneel en psychisch. Hij stelt dat een crisis twee wegen op kan gaan: de betrokkene (n) in kwestie kan zich creatief aanpassen aan de nieuwe omstandigheden en zijn/haar belevingswereld verrijken en het vermogen tot probleem oplossen vergroten. Of h/zij kan geen oplossing vinden met als gevolg een chronisch onbehagen of symptoomvorming, traumatische herinneringen, toegenomen afhankelijkheid van anderen en vergrote kans op een psychiatrisch carrière (vervangend sociaal functioneren).

Het zoeken naar evenwicht betekent voor de hulpverlening vooral het oplossende vermogen aanspreken en uitbreiden en samen met de betrokkenen zoeken naar de juiste aanpassingen in de veranderde situatie.

Jenner (1995) verwijst naar het spanningsveld tussen enerzijds de tijdsdruk en pressie vanuit de omgeving die uitnodigen tot intuïtief handelen en creativiteit en anderzijds de noodzaak om geordend en planmatig op verschillende niveaus van functioneren te handelen.

Hij legt – vanuit zijn directieve wijze van werken – de nadruk op allerhande interventies die ook in de diagnostieffase al bruikbaar zijn.

Definitie Acute Psychiatrie

“Acute psychiatrie is de vorm van hulpverlening die bestaat uit sociaal psychiatrische diagnostiek en interventies ten behoeve van mensen die door plotseling optredende gebeurtenissen in een crisis zijn geraakt.

Deze gaat gepaard met psychiatrische symptomen van het individu en een tijdelijke verstoring van het lichamelijke, emotioneel en sociaal evenwicht van de mensen die het betreft.

De hulpverlening is gericht op het zo spoedig mogelijk herstellen van dit evenwicht. Hierbij wordt de oplossende kracht van mens en omgeving aangesproken”.

(Gersons, 1987, bewerkt door B.Venneman, 2003)

Zie Sheet V definitie acute psychiatrie

Definitie:

“Acute psychiatrie is een vorm van hulpverlening, die bestaat uit sociaal-psychiatrische diagnostiek en interventies ten behoeve van mensen die door plotselinge gebeurtenissen in een crisis zijn geraakt.

Deze gepaard gaat met psychiatrische symptomen van het individu en een tijdelijke verstoring van het lichamelijk, emotioneel en sociaal evenwicht van de mensen die het betreft.

De hulpverlening is gericht op het zo spoedig mogelijk herstellen van het evenwicht. Daarbij wordt de oplossende kracht van mens en omgeving aangesproken”.

(Gersons, 1987; bewerkt door B. Venneman, 2003)

Met de uitwerking van sociale psychiatrie en acute psychiatrie in de hand kom ik uit bij mijn uitwerking van een begeleidingsmodel in de acute psychiatrie. Een model dat mijn inziens gebruikt kan worden om het werken van spv-en in de acute psychiatrie methodisch te verantwoorden

4. Acute psychiatrie begeleidingsmodel

Bovenstaande inzichten ga ik nu samenbrengen in een methodisch denkraam voor de acute psychiatrie:

Hierbij hanteer ik de volgende zaken;

1. vijf fasenmodel (fasen van herstel)
2. het verpleegkundig begeleidingsproces: in termen van diagnostiek, interventies, resultaten
3. de ordening van geestelijke gezondheidsproblematiek op vier niveaus van functioneren:
 - a. lichamelijk niveau
 - b. individueel niveau
 - c. sociaal niveau
 - d. maatschappelijk niveau

Regiemodel Acute Psychiatrie

B. Venneman (2003)

Regiemodel Acute Psychiatrie

	Verpleegkundig proces	Diagnostiek	Interventies	Resultaten
1. Contact zoeken	→			
2. Stabilisatie	↓			
3. Heroriëntatie	Lichamelijk niveau			
4. Integratie	Individueel niveau			
5. Beëindiging	Sociaal niveau			
	Maatschappelijk niveau			

Zie Sheet VI

Dit levert de volgende matrix op.

Regiemodel acute psychiatrie

Uitleg:

Vijf fasenmodel

Het dagelijkse werk van de crisisinterventor volgt vaak niet de logica van een systematische en methodische aanpak. Verschillende factoren beïnvloeden het werk: de cliënt zelf, de hoeveelheid en complexiteit aan problemen, belangen en vragen vanuit de omgeving, het type crisis, de mogelijkheden van instellingen en functionarissen, het juridisch kader, etc. Toch denk ik dat er een bepaalde fasegerichtheid is te herkennen. Ik ben gaan zoeken naar een model dat recht doet aan dit type werk. En terecht gekomen bij het 5 fasenmodel – een model dat veel wordt gebruikt in de herstelhulpverlening.

Het is een ideaaltypisch model van het begeleidingsproces in de acute psychiatrie, dat stappen aangeeft in de tijd en tegelijkertijd ruimte laat stappen terug te zetten als de hulpvraag daarom vraagt.

De fasenindeling is bedoeld als hulpmiddel voor de crisisinterventor om te kunnen verantwoorden in welke stap van het proces hij aan het werk is en wat hij daarin nastreeft. De stappen geeft ook de mogelijkheid om per stap te evalueren wat de opbrengst is en wat de doelen voor de volgende stap zijn.

Verpleegkundig begeleidingsproces

Er zijn verschillende manieren om het verpleegproces te beschrijven. In deze context wordt omwille van vereenvoudiging gekozen voor de drieslag: diagnostiek – interventies – resultaten.

Functioneren op vier niveaus

In de uitwerking naar vier niveaus van functioneren kan de spv verduidelijken in welke fase de spv zich bevindt, welke methodische stap wordt genomen in het verpleegkundigproces en wat dat betekent voor activiteiten op het gebied van diagnostiek, interventies en resultaten

Het model kan een kader zijn om het vakgebied te beschrijven. Invulling te geven aan het regiemodel (RAP-model)

5. epiloog

In mijn lezing heb ik aantal zaken aangestipt. Ter memorie geef ik jullie nog een paar overdenkingen mee:

Ter memorie

1. Focus op de sociale homeostatis
2. Ontdek en gebruik de krachten in en tussen mensen
3. Spreek het oplossend vermogen aan van mensen
4. Methodisch hanteren van de 4 niveaus van functioneren
5. Ontwikkel een eigen sociaal-psychiatrische verpleegkundige methodiek in de acute psychiatrie

Zie Sheet VII ter memorie

1. focus op de sociale homeostasis
2. ontdek en gebruik de krachten in en tussen mensen: het oplossend vermogen
3. hanteer de 4 niveaus van functioneren op een methodische en systematische wijze
4. ontwikkel een sociaal-psychiatrische verpleegkundige methodiek voor de acute psychiatrie

Enkele gedachten ter overweging

Ad 1 Richt je in je werk altijd op de sociale homeostasis: waar zitten de krachten die gericht zijn op het herstellen van het evenwicht, en welke bijdrage lever jij daarin?

Ad 2 Ga ervan uit dat de client en het systeem zelf een groot oplossend vermogen heeft

Ad 3 de 4 niveaus van functioneren is een hulpmiddel om de sociale homeostasis en oplossende vermogen te onderzoeken en te ontdekken en de wisselwerking ervan tussen de verschillende niveaus!

Ad 4 maak met elkaar werk van het beschrijven van je vakgebied

Tot slot

Ik ben mijn bijdrage begonnen met Querido en wil graag met hem afsluiten.

Hij heeft ooit eens gezegd: Geestelijke gezondheid is eigenlijk een wolk: hoe dichterbij je erbij komt, hoe vager hij wordt.

Trimbos had een andere uitspraak: geestelijke gezondheid is een toverbal.

Beide uitspraken staan voor de veelvormigheid, het onbestendige en de kleurigheid van sociale psychiatrie.

Ik hoop dat Querido voor de spv een voorbeeld blijft: een man van daden en denkbeelden, eigenzinnig, oorspronkelijk, soms impulsief en zonder pardon tot actie over gaand.

Ik wens daarbij dat de spv-en in de acute psychiatrie het adjectief sociaal-psychiatrisch blijvend omarmen als kern van het vakgebied. Veranderlijk en meegaand met alle weerstypen die er zijn, maar een constante in de ontwikkelingen die nog gaan komen.

Dit verhaal is nog niet af, het begint op stoom te komen. Ik hoop jullie over een paar jaar hier weer terug te zien. Laten we dan in een congres spreken over de vooruitgang die geboekt is in het beschrijven van het vakgebied Acute psychiatrie en de plaats van de SPV daarbinnen.

Ben Venneman

Warnsveld, 6 november 2003

Studiedag NVSPV

Gebruikte bronnen:

- Gersons, B.P.R., 1987, Acute psychiatrie, Van Loghum Slaterus, Deventer
- Gersons, B.P.R., 1981, Querido's bijdrage aan de psychiatrie, MGV, 9/81, p. 780-793
- Goei de, L., 2001, De psychohygiënist; psychiatrie, cultuurkritiek en de beweging van geestelijke volksgezondheid in Nederland, 1924 –1970, Sun, Nijmegen
- Heerma van Voss, A.J., 1980, Over het ontstaan van de sociale psychiatrie in Nederland, artikel in Vrij Nederland, 6 december 1980
- Jenner, J.A., 1995, Directieve interventies in de acute en sociale psychiatrie, Van Gorcum, Assen, 2^e herziene druk
- Londen van, J., 2001, Opkomst en neergang van de sociale psychiatrie; kan het boek van de sociale psychiatrie al worden gesloten en terzijde gelegd?, Trimbos-instituut, Utrecht
- Londen van, J., 2002, Over vraaggestuurde zorg in de GGZ; over beïnvloedbaarheid van de samenleving met betrekking tot preventie van geestelijk lijden en de nieuwe rol van de sociale psychiatrie, lezing tbv werkconferentie Strategiegroep Sociale Psychiatrie, Utrecht
- Padt van der, I., 1999, Hoovol bezorgd, sociaal-psychiatrische verpleegkunde van de 20^e naar de 21^e eeuw. Uitgave NVSPV, Eindhoven

- Romme, M.A.J., Kraan, H., Rotteveel, R., 1981, Wat is sociale psychiatrie? een inleiding, Alphen aan den Rijn/Brussel, Samson uitgeverij
- Romme, M.A.J., 2002, Het sociale in de sociale psychiatrie, lezing tbv werkconferentie Strategiegroep Sociale Psychiatrie, Utrecht
- Strategiegroep Sociale Psychiatrie, 2002, Strategienota Sociale Psychiatrie, Amstelveen
- Venneman B.J.M., Padt van der, I, 2001, Sociale psychiatrie als referentiekader voor de sociaal psychiatrische verpleegkunde, In: Sociale Psychiatrie, 20 jaargang, nr 61, p. 7 - 15
- Querido, A., 1980, Doorgaand Verkeer, De Tijdstroom, Lochem