

SYLLABUS

HET SOCIALE IN DE SOCIALE PSYCHIATRIE

Netwerkbeïnvloeding

Inleiding door Willy Spijkerman.

Welkom op de studiemiddag van de Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen.

Ik ben Willy Spijkerman, sociaal psychiatrisch verpleegkundige en heb samen met Kees Onderwater ook sociaal psychiatrisch verpleegkundige deze studiemiddag georganiseerd.

Naar onze mening is chronisch psychiatrische problematiek niet alleen het gevolg van een individuele psychische stoornis. Er is tevens sprake van een algemeen proces, waarin de interacties tussen patient en zijn omgeving - inclusief de hulpverlening - een belangrijke rol spelen.

In dit proces - dat begint met het niet kunnen voldoen aan verwachtingen die gesteld worden - komt de betreffende steeds meer los te staan van zijn maatschappelijke rollen, gaat zich in toenemende mate identificeren met de rol van de patient. Om vervolgens te eindigen in een toestand van sociaal dysfunctloneren.

Behandeling, enkel gericht op de psychopathologie van de chronische (individuele) patienten, blijkt vaak niet erg succesvol.

Wij zijn van mening dat de beïnvloeding van sociale factoren erg belangrijk is. Centraal in ons beroep als sociaal psychiatrisch verpleegkundige zien wij het bevorderen van sociale factoren.

Het doel van deze middag is tweeledig, te weten:

1. Het belang van sociale relaties van de chronisch psychiatrische patient aan te geven.
2. De ontwikkeling van de methodiek om hierop in te spelen.

We hebben vijf personen uitgenodigd die deze onderwerpen aan de hand van wetenschappelijk onderzoek en door middel van dagelijkse praktijk ervaringen zullen presenteren.

* Steve Rose,

Docent social welfare aan de State University of New York, die zal spreken over case management (belangenbehartiging).

* Herman Baars,

Medewerker van de capaciteitsgroep sociale psychiatrie van de Faculteit der geneeskunde R.U. te Maastricht, met als thema: 'De sociale situatie is zo gek nog niet', over het benutten van de sociale situatie.

* Marjon Arends,

Sociaal psychiatrisch verpleegkundige bij de Riagg Amsterdam-Oost, die zal spreken over het betrekken van familie bij de behandeling van psychiatrische klienten.

* Tom Siersma,

Sociaal psychiatrisch verpleegkundige bij de Riagg Rotterdam Centrum, die zal spreken over het betrekken van de buurt bij de behandeling.

* Hans de Vos,

Sociaal psychiatrisch verpleegkundige bij de Riagg Roosendaal, die zal spreken over netwerkbeïnvloeding.

Na deze sprekers zal Egbert van de Poel een forum discussie leiden.

Wij hopen dat u een leerzame en betrokken middag zult hebben.

Nadenken over ons werk. Over de aksentuering van het sociale in de sociale psychiatrie.

Door Stephen M. Rose, Ph. D.
Docent social welfare aan de State
University of New York.
(Vertaling: Egbert van der Poel)

Zoals u wellicht weet heb ik het genoegen gehad bijna een jaar lang in Nederland te kunnen zijn. Gedurende dit jaar heb ik onderzoek gedaan naar het beleid dat ontwikkeld wordt om de geestelijke gezondheidszorg hier te reorganiseren. Deze activiteit volgt op de vele jaren dat ik in de Verenigde Staten heb gewerkt met mensen die ontslagen werden uit grote publieke psychiatrische ziekenhuizen op een manier waarin geprobeerd wordt het sociale aspect een belangrijker plaats te geven dan het psychiatrische. Ik ben ervan overtuigd dat we in ons werk enkele bruikbare ideeën hebben ontwikkeld, waarvan ik u vandaag deelgenoot wil maken. Ik wil proberen mijn opvattingen zo helder mogelijk uiteen te zetten en ik hoop daarmee een bijdrage te leveren aan een voorgaande discussie.

Centraal in mijn denken staat dat ik begin met een onderscheid te maken tussen 'psychiatrische patiënten' en 'individueën'. Mensen krijgen de identiteit van psychiatrische patiënt door het ingrijpen van de geestelijke gezondheidszorg. Dit laat zich het best illustreren voor het psychiatrische ziekenhuis. Je zou kunnen zeggen dat het psychiatrisch ziekenhuis psychiatrische patiënten produceert, terwijl op hun beurt de betrokkenen zichzelf opvatten als zodanig omdat ze de ideologie van hun producenten incorporeren in hun persoonlijke identiteit om te kunnen overleven in hun institutionele bestaan.

Psychiatrische patiënten die in een ziekenhuis verblijven zijn per definitie afgesneden van het in beweging zijnde sociale leven. Ze ontberen macht en de mogelijkheid om actief te participeren in cruciale beslissingen aangaande hun eigen leven. De betrokkenen worden met andere woorden tot passieve objecten gemaakt van een medisch paradigma, een medische manier van kijken naar mensen en naar de sociale werkelijkheid. Ik ben van mening dat het een ernstige fout is om het gemedicaliseerde zorgmodel anders te omschrijven dan als een vorm van beheersing en controle.

Ik vertrek vanuit een ander gezichtspunt: psychiatrische patiënten zijn onderdrukte mensen. Ze lijden niet alleen aan hun ondergeschikte positie, zoals die gemakkelijk is waar te nemen in psychiatrische ziekenhuizen. Maar ze lijden ook door hun subjectieve ervaring van een diep gewortelde twijfel aan zichzelf of een gebrek aan vertrouwen dat niet genoeg benadrukt kan worden hoe negatief de uitwerking is voor mensen om benaderd te worden als 'psychiatrische patiënt'.

Daarom zie ik, als belangrijkste taak in mijn werk, met uit de inrichting ontslagen patiënten hun sociale essentie te herstellen. Dat wil zeggen dat alles erop gericht is mensen zichzelf weer te laten opvatten als mensen met een eigen geschiedenis, als sociale wezens, en niet op het verbeteren van hun functionele gedrag binnen de psychiatrische patiëntenrol. Want als je dat laatste doet dan ga je door met hun onderdrukking, dan houdt je ze vast in een ondergeschikte rol waarin ze zicht passief aanpassen aan de opdrachten die hun vanuit een gemedicaliseerde houding worden gegeven.

Als je wilt herstellen dat mensen zich weer opvatten als sociaal functionerende individuen vereist dat een taakstelling en een procesmatige aanpak van je werk, die niet past binnen het medische paradigma.

Op de eerste plaats is vereist dat mensen die ontslagen zijn uit de inrichting leren om weer het bewustzijn te ontwikkelen dat ze zich in een sociale realiteit bevinden en niet in de realiteit van een medisch instituut. Ze moeten zichzelf weer gaan herkennen als sociaal levendige mensen.

Hiermee wil ik aangeven dat het proces dat je in je werk met hun aanvangt moet beginnen met met de concrete materiele dingen in hun leven: huisvesting, geld, adequate eerstelijnszorg, zinvolle activiteiten en sociale relaties. Al die dingen van het sociale bestaan die voor onszelf net zo goed van belang zijn om sociaal te kunnen functioneren. De taak die je jezelf stelt is om een proces op gang te brengen, waarin de ex-patiënt zich bewust wordt van de materiele zaken die het leven van elke dag vormgeven, net als dat in ons eigen leven geldt.

Bewustzijn van onze eigen band met de sociaal historische context en bewustzijn over de levensvoorwaarden voor onze eigen handelmogelijkheden en die dingen die ons in staat stellen om te bedenken dat we in ons eigen belang kunnen doen, is essentieel voor de ontwikkeling van de mens. Een dergelijke bewustzijn is niet relevant als je je alleen afvraagt hoe je mensen als psychiatrische patiënten moet begeleiden en het is evenmin relevant als je je ten doel stelt om psychische problematiek te benaderen met de hoogst mogelijk ontwikkelde medische technologie.

De vraag is natuurlijk hoe we verder kunnen met dit 'sociale ontwikkelingsconcept' en het voor de praktijk invloedrijker te maken dan het 'medicaliseringsconcept'?

Zoals eerder gezegd betekent sociale ontwikkeling het herstellen van onze verbinding met onze sociale, politieke, economische context als de objectieve, in onze eigen geschiedenis aanwezige basis van ons leven van dag tot dag. Daaraan voeg ik nu toe dat er een groeiende bekwaamheid om relaties met anderen aan te gaan moet worden bewerkstelligd. Relaties die gebaseerd moeten zijn op respect, op de noodzaak van wederzijdse steun. Daarvoor is het noodzakelijk om een mogelijkheid te organiseren voor het bespreken van pijnlijke ervaringen uit het verleden en heden met het doel te leren omgaan met zulke beschadigde aspecten van het leven.

De hiergenoemde kwalitatieve aspecten van de sociale ontwikkelingsopvatting maken geen deel uit van psychotherapeutische praktijkopvattingen, omdat deze er juist toe neigen om een onderscheid aan te brengen tussen objectieve en subjectieve vormen van onderdrukking, net als gemedicaliseerde praktijk (zij het al veel langer) de objectieve vormen van sociale, politieke, economische, culturele en sexe onderdrukking heeft losgesneden van de subjectieve ervaring.

Hier tegenover stel ik een type praktijk voor waarin getracht wordt altijd de relatie te blijven zien en zoeken tussen subjectieve pijn angst en eenzaamheid en objectieve factoren in de context waarin mensen leven, om de dynamische interactie te identificeren tussen sociale context en persoonlijke ervaring. Je zou deze zienswijze kunnen vergelijken met zoals de vrouwenbeweging 'het persoonlijke is politiek' klaimt.

Hoe kunnen we manieren vinden om onze klanten te helpen hun huidige leven sociaal op te vatten in plaats van 'medisch'? En wat betekenen dergelijke pogingen voor u persoonlijk als sociaal psychiatrisch verpleegkundigen?

Deze vragen leg ik u graag voor.

We weten dat het simpelweg ontslaan van mensen uit inrichtingen en het vervolgens aanbieden van psychiatrische vormen van nazorg een goede voorspelling biedt dat de betrokkenen een zeer grote kans lopen levenslange carrières als psychiatrische patienten te ontwikkelen. We weten ook dat psychiatrische of gemedicaliseerde vormen van nazorg recidivisme of herhaalde opnames tot gevolg hebben. De zgn. 'draaideurpatient' is het nieuwe produkt van een beleid dat in de psychiatrische praktijk de nadruk legt op het voorkomen van vooreen gebruikelijk langdurige opnames. Onderzoek heeft uitgewezen dat mensen die het lukt zich voor langere tijd buiten de inrichting te handhaven, dit danken aan de gelegenheid om te participeren in een netwerk van sociale steun, netwerken waarbinnen ook steun van de GGZ een rol kan spelen mits die rol niet het gehele leven van de betrokkenen bepaalt.

Ik weet ook van mijn onderzoek hier in Nederland dat het reorganisatiebeleid het aantal bedden verkleint, maar dat tegelijkertijd het aantal opnames en heropnames stijgt. Dat houdt in dat het aantal ontslagen patienten onvermijdelijk stijgt. En dat roept de vraag op hoe zij begeleidt zullen worden.

De eerste vraag daarbij is welke van de Nederlandse instellingen met succes deze begeleiding zal klaimen. De instelling die dat doet zal economisch overleven en haar medewerkers zullen verzekerd zijn van hun banen.

Op grond van wat ik heb gezien is het voor mij sterk de vraag of de ambulante sektor deze begeleiding op een 'sociaal psychiatrische' manier, zoals ik hiervoor heb getypeerd ter hand zal nemen. De ambulante sektor maakt op mij een sterk gemedicaliseerde indruk, doordat ze er in haar aanpak veelal vanuit gaat dat de behoeften van mensen na ontslag dezelfde zijn als tijdens de opname.

Toch denk ik dat het de tijd is die nu de gelegenheid biedt om een sociale vorm van sociale psychiatrie te creëren. Dat vereist echter wel dat zowel de problemen waarvoor klanten zich gesteld zien als de opvatting over professionele identiteiten van de meerderheid van de GGZ-hulpverleners worden geherformuleerd.

Daarom besluit ik met 2 vragen:

- Bent u bereid om na te denken over een herformulering van de problemen zoals die u door klanten worden voorgelegd, die recht doet aan de dynamische interactie van sociale kontekst en subjectieve beleving?
- wat zou een dergelijke stap voor ieder van u betekenen voor uw professionele identiteit als sociaal psychiatrisch verpleegkundigen?

Tot slot wil ik u kennis laten nemen van de konkrete manier waarop in het rehabilitatieproject, waar ik verantwoordelijk voor ben, in de staat New York invulling wordt gegeven aan de begeleiding van klanten en sociale netwerkstrategieën.

Het Sayville Project.

Door Stephen M. Rose, Ph. D.

(Vertaald en bewerkt door Nellie D. Stephens)

Het SP is een extramurale nazorg-instelling in Long Island, New York. Het wordt gefinancierd door NY State Office of Mental Health (OMH), in het kader van de CCS financiering. Sayville bestaat sinds 1976. Het begon als opleidingsinstelling met stageplaatsen voor sociaal werkers, maar werd groter en in 1979 een erkende hulpverleningsinstelling, met de bevoegdheid, toegekend door OMH, om case-management voorzieningen aan te bieden aan ex-psychiatrische patienten. Met een viermaal groter budget dan in de begintijd en met de aanvulling van de meer individu-gerichte case-management functies, samen met het 'psychosocial club' gedeelte, is het SP nu een voorbeeld van enerzijds de ontwikkeling van interactie tussen organisaties en anderzijds van strategie ontwikkelingen tussen buurt en organisaties, overeenkomend met de visie van de instelling m.b.t. probleem-definitie en interventie.

De probleem-definitie zoals gebruikt in het SP wordt omschreven met 'advocacy/empowerment'-oriëntatie, en is gericht op de realiteit van de klient. Deze aanpak komt voort uit een concept waarin het begrip in de verhouding tussen kontekst, geschiedenis en identiteit van een persoon centraal staat. In het geval van ontslagen psychiatrische patienten ligt de nadruk/fokus op de wisselwerking tussen de ervaringen die een persoon heeft opgedaan in de 'totale institutie' van een psychiatrisch ziekenhuis, en de vorming van een identiteit als psychiatrische patient; op de alledaagse problemen waar tegen zo'n iemand opgewassen moet zijn wil hij buiten de wereld van de inrichting overleven; en op de alom tegenwoordige medische aanpak die de meeste nazorg-instellingen bepaalt.

In veel publikaties over de 'deinstitutionalisering' wordt uitgebreid beschreven hoe Amerikaanse State Hospitals in de periode van 1955 tot 1975 hun bedden in snel tempo afbouwden zonder dat er tegelijkertijd een verschuiving van de gelden voor de intramurale sektor naar de extramurale zorg plaatsvond. Ontslagen patienten werden het slachtoffer van de partikuliere woningbouw-sektor. Stijgende heropname-cijfers en klachten en protest vanuit de gemeenten, noopte de overheid uiteindelijk de aanzet te geven om een nieuw nazorg-systeem te ontwikkelen.

De verschillende staten begonnen geld te investeren in de ontwikkeling van voorzieningen die zouden helpen om patienten in de eigen omgeving te laten funktioneren en hun daar ook blijvend buiten het ziekenhuis te laten leven. De hoeksteen van de nieuwe nazorg waren de case-management voorzieningen. De bedoeling was dat deze voorzieningen d.m.v. outreaching (buitenhulp) voor continuïteit van de zorg zouden zorgen en een juiste verwijzing naar extramurale voorzieningen. Ze zouden de belangen van klienten behartigen.

In de realiteit waren de veranderingen meer van kosmetische aard dan van inhoudelijke; een reallokatie van het medisch model, nu in de buurt, in plaats van een sociaal model dat beter zou aansluiten bij de veranderde behoeften van een klient, welke de verplaatsing van een intramurale setting naar de buurt met zich meebracht. Nieuwe voorzieningen werden vaak ingekapseld door bestaande lokale hulpverlenende instellingen en de poging tot inhoudelijke vernieuwing werd door de heersende structurele en ideologische belangen teniet gedaan.

Dit kon gebeuren omdat duidelijk werd dat de financieringsbevoegden van plan waren grotendeels de bestaande traditioneel werkende GGZ-instellingen met de uitvoering van de nieuwe plannen te belasten en ze daarvoor dan ook de financiële middelen ter beschikking te stellen.

Uitgaande van de vooronderstelling dat het leven buiten de inrichting de ontslagen patient blootstelt aan diverse vormen van onderdrukking, zoals afhankelijk zijn van de partikuliere woningbouwsektor, armoede, medisch bepaalde hulp, werd besloten dat het SP zich vooral moest richten op de verandering van deze onderdrukkende aspecten van de situatie van klient, en de invloed die deze aspecten hebben op de reeds verminkte identiteit van hem of haar. Het SP zag zijn taak in het duidelijk maken van de objektieve realiteit waar de ziekenhuizen kwetsbare mensen onvoorbereid naartoe stuurden. Bij het SP werden deze mensen als onderdrukte groep beschouwd, als mensen die in het ziekenhuis aan jarenlange onderdrukking waren blootgesteld.

Dit leidde tot grote conflicten met alle GGZ-instellingen in de omgeving. De visie van het SP was tegenstrijdig met de visie van deze instellingen. De gebruikelijke, onaangetaste uitgangspunten waarop zij hun zorg baseerden, het konsept van het individuele defekt van iedere klient, was volgens de ideologie van het SP juist een deel van het op te lossen probleem.

Aanvallen vanuit de andere organisaties waren voorspelbaar, vandaar dat het SP een strategie ontwikkelde om te overleven en zijn doelstellingen te bereiken. Van begin af aan was duidelijk dat deze strategie niet van andere organisaties in het lokale GGZ-veld afhankelijk mocht zijn. Zo'n afhankelijkheid zou zelfmoord voor het SP betekenen. Tegenstrijdige ideologische modellen kunnen niet samenwerken, de macht van bestaande organisaties leidt ertoe dat elke strategie die kooperatie of coordinatie nastreeft, ingekapseld of uitgeschakeld wordt.

Daarom moest naar andere steun-mogelijkheden gezocht worden. Wie waren er nog meer tegen de gebruikelijke beleids- en praktijkmodellen in bestaande GGZ-instellingen en om welke redenen hadden zij er kritiek op?

Toen we begonnen met het potentieel voor coalities in onze omgeving te onderzoeken, moesten wij een evaluatie maken van de politieke situatie van de gemeente waar Sayville deel uitmaakt en van de diverse samenhangen en partijdigheden van individuele personen, organisaties en verenigingen.

Een achterban te organiseren vergt tijd en outreach-inspanningen, zeker als het gaat om een in de buurt gevestigde instelling voor maatschappelijk gestigmatiseerde mensen. Onder de mensen in de omgeving van het SP heerste veelal de mening dat ex-patienten zelf verantwoordelijk zijn voor hun situatie, de problemen werden niet als teken van onderdrukkingsstructuren gezien; de mensen verweten de State Hospitals dat zij patienten zomaar in de gemeente loslieten; en er was helemaal geen besef van de samenhang tussen overheidsbezuinigingen, deinstitutionalisering en de partikuliere woonafspraken die voor iedere ontslagen patient gemaakt werden.

Een actieve informatieve campagne lag daarom voor de hand om de mensen in de buurt voor te lichten over de geschiedenis en resultaten van de deinstitutionalisering als ook om systematisch te analyseren wie er al dan niet van geprofiteerd hadden.

Gemeentelijke voorlichtingsprogramma's werden gemaakt met als thema de rol van de staat bij de bepaling van het GGZ-beleid, de rol van de partikuliere woningbouw-sektor en de verwaarlozing van belangen van zowel de ex-patienten als ook de buurtbewoners. Er werd aangetoond hoe ex-patienten het slachtoffer van bezuinigingsbeleid worden en hoe problemen in de buurt over het hoofd gezien worden. De ex-patienten noch de buurtbewoners hebben controle over wat er door de deinstitutionalisering met hun gebeurde, zij konden allemaal niet meepraten bij het besluit van overplaatsing. Voor geen van beiden was deze overplaatsing een voordeel, terwijl de staat, de pharma-industrie en de partikuliere verhuurders er wel van profiteerden.

Voor het organiseren van een achterban in de buurt en gemeente was het noodzakelijk om bij de probleem-definitie het aksent te leggen: van een definitie waarin de ex-patienten gestigmatiseerd werden gingen wij over tot een definitie die de situatie struktureel benaderd.

Daarbij werd met de vijandige gevoelens van buurtbewoners rekening gehouden, deze gevoelens werden als legitiem beschouwd, maar er werd geprobeerd deze een andere richting in te sturen. Er werd getracht duidelijk te maken dat de gevoelens van woede niet op individuele ex-patienten gericht zouden moeten worden maar op een regressief sociaal beleid, op medische definitieën voor de behoeften van ex-patienten en op de uitbuiting van ex-patienten door partikuliere verhuurders.

De kwaadheid van buurtbewoners in eerste instantie te legitimeren was nieuw en werkte veel beter dan wat zij bij eerdere kontakten met extramurale instellingen hadden meegemaakt, waar alleen op hun schuldgevoelens gewerkt was en werd gezegd dat zij zich tegenover de 'zwakke' en 'kwetsbare' medemensen niet kwaad moesten opstellen.

Bij het SP werd een kommissie ingesteld die het kontakt tussen de instelling en de buurt en gemeente zou onderhouden. Zij zouden werken aan wederzijdse probleem-oplossingen, voorlichting geven, en gezamenlijk onderzoek doen naar de gehele situatie. Deze kontakt-kommissie werd enthousiast opgenomen en werkte met veel succes. Zo'n kontakt-groep waarin ook vertegenwoordigers zitting kunnen nemen van andere instellingen richt zich op dezelfde doelgroep en regio, diskussieert over problemen in de buurt of de gemeente. Zij kan inspanningen doen om een individueel probleem van iemand op te lossen, zij kan dienen om informatie uit te wisselen, zij kan aanstaan de beleidskwesties oppakken en in diskussie brengen. Zij kan beleidsstukken en ander materiaal van tevoren (bij burokratische instanties) opvragen (die anders niet zo gemakkelijk ter inzage of beschikbaar zijn voor buurtbewoners) en aan de hand daarvan thema's bestuderen die relevant zijn voor de praktijk van de instelling en of het leven van de klienten. De kontakt kommissie kan vertegenwoordigers van bv. de verzekeringsorganisaties uitnodigen om werkwijze en rol van de organisatie toe te lichten; zij kan buurtbewoners informeren over de conflicten waarmee instellingen regelmatig gekonfronteerd worden etc.

Een instelling die zo'n kontaktgroep opricht moet de verantwoordelijkheid nemen voor het praktisch funktionieren daarvan (maken en bijhouden van adreslijsten, organiseren van vergaderingen en diskussiemiddagen, vervoer regelen voor wie aan de vergaderingen wil deelnemen, etc). Ten minste in het begin is het ook de taak van de instelling thema's te introduceren en actie-strategieën te ontwikkelen.

Thema's m.b.t. het leven van ex-patienten dienen aan bod te komen en indien wenselijk of noodzakelijk in een aparte subgroep, onder leiding van personeelsleden, nader bediscussieerd te worden. De konklusies kunnen op papier gezet worden, weer bij de contactgroep terugkomen, besproken worden en tot aktie leiden.

Bij het SP heeft de contactgroep een beleidsnota (policy paper) uitgewerkt: 'Nazorg: recht en verantwoordelijkheden'. Deze nota is voortgekomen uit een discussie over de alledaagse problemen en kwesties waarmee ex-patienten geconfronteerd worden. Een subgroep werd gevormd die op dit thema doorwerkte en hun konklusies en standpunten op schrift stelde. Op grond van deze notitie werden er verdere discussies in de grotere contactgroep gevoerd, hetgeen leidde tot beter begrip/besef van de rol van partikuliere verhuurders, verzekerings instituten, medicijnen, sociale dienst, uitkeringsprocedures, etc. Vervolgens werden aktie-strategieën ontwikkeld die in dit geval uiteindelijk leidden tot diverse demonstratieve hearings en voorstellen tot wetsveranderingen. Ex-patienten en buurtbewoners konden politieke aktie gaan zien als een proces van kritische analyse en kregen besef van de structurele kenmerken van hun situatie, die eerder verborgen waren gebleven.

Met hetzelfde doel voor ogen werden de thema's 'institutionele denk structuren' en 'interorganisationele kontekst' geïntroduceerd. We wilden dat de buurtbewoners en ex-patienten beter zouden begrijpen hoe organisaties 'denken', funktioneren en welke vormen van inter-akties er tussen organisaties bestaan, c.q. welke invloed deze hebben op ex-patienten. Buurtbewoners werden uitgenodigd om deel te nemen aan vergaderingen waarbij meerdere instellingen rond de tafel zaten, met name wanneer er kontroversiele punten op de agenda stonden.

Met name in het begin waren er binnen de contactgroep zorgvuldige nabesprekingen van zulke vergaderingen om de voor buitenstaanders vaak ondoorzichtige botsingen en tegenstellingen tussen verschillende instellingen te verhelderen. In het begin begrepen buurtbewoners bv. niet waarom er zo'n fel meningsverschil bestond tussen SP-staf enerzijds en PZ-staf en kliniek-staf anderzijds, over de uitwisseling van patienten-gegevens. Tussen klinieken onderling, klinieken en andere gezondheids instellingen en de partikuliere woningbouw-sektor ging de informatie altijd heen en weer. Wij weigerden ronduit aan deze uitwisseling mee te doen en bleven volhouden dat het om een schending van grondrechten ging. We trokken een verbindingslijn tussen deze schending van grondrechten en de personen/instellingen die er een voordeel van hadden, namelijk de partikuliere woningmarkt. Voor de buurtbewoners werden langzamerhand de factoren duidelijker die het dagelijkse bestaan van de ex-patienten beïnvloeden.

Naast een steunende achterban in de buurt moet men de steun van gemeentelijke ambtenaren zien te verkrijgen. Zij moeten op de hoogte worden gehouden van aktiviteiten en inhoud van de instelling en van de samenwerking met de buurt. Men moet hun bij bijzondere evenementen, zoals demonstratieve hearings of gerechtelijke procedures mbt. konflikten tussen ex-patienten en verhuurders, betrekken.

Het contact van buurtbewoners met ex-patienten kan heel concreet van belang zijn als verhuurders, bv. in de een of andere voor hun problematische situatie, de toegang tot hun huizen, d.w.z. tot de ex-patienten, weigeren.

Zo'n verbod kunnen zij zich alleen t.o.v. de instellingen veroorloven; persoonlijke vrienden van de bewoners van hun huizen mogen zij de toegang niet verbieden. In zo'n geval is niet alleen de steun die buurtbewoners aan ex-patienten kunnen geven essentieel, maar ook de rol die buurtbewoners dan spelen als intermediair tussen ex-patienten en de instelling, waar officieel het verband door de huurbaas verbroken is.

Een goed contact met het gemeentelijke bestuur is natuurlijk ook zinvol waar het om (landelijke) financiering gaat. Als het lukt om de financieringsinstelling, buurtbewoners en leden van het gemeentelijke bestuur bij elkaar te krijgen, kan dat van grote invloed zijn. De financier is in de meeste gevallen gewend om alleen weerstandreakties vanuit de omgeving van overgeplaatste ex-patienten tegen te komen. Het zal een nieuwe ervaring voor hun zijn om buurtbewoners te ontmoeten die het welzijn en de belangen van ex-patienten behartigen. Dit kan de financiering van de 'advocacy/empowerment' instelling positief beïnvloeden. We hebben bij het SP zelf ondervonden hoe belangrijk de steun en het uitoefenen van politieke druk door de buurt/omgeving kan zijn als het gaat om de voortgang van de financiering.

Konklusies

De opbouw van steun in de omgeving van een 'advocacy/empowerment'-instelling is een proces van politieke vorming die veel tijd en inzet vergt. Maar deze inspanning is noodzakelijk wil de instelling overleven in een omgeving waarin onvoorbereid een aantal ontslagen psychiatrische patienten worden geplaatst. Door andere instellingen, met een medische aanpak, gewoon af te wijzen en belachelijk te maken zou een alternatief projekt zoals Sayville nog geen steun van buurtbewoners geven. Men moet de buurtbewoners en hun gevoelens van woede, angst en afwijzing serieus nemen. Men moet trachten duidelijk te maken dat noch zij, noch de ex-patienten mee hebben kunnen praten bij de beslissing over hun overplaatsing. Achtergronden, structuren en handelwijzen van overheidsorganen en de verschillende GGZ- en welzijns-instellingen moeten doorzichtig gemaakt worden.

In het geval van het SP heeft dit proces van betrokkenheid via politieke vorming geleid tot een begrips- en vertrouwensvolle relatie tussen het SP en de omgeving. Buurtbewoners in Sayville zien ex-patienten niet langer als deviante, gevaarlijke, storende, medicijn-behoevende elementen, maar als burgers en medebewoners met sterk ingekrompen rechten t.a.v. de partikuliere verhuurders. Samen met de SP-staf en klienten zijn zij overgegaan tot politieke aktie.

Het sociale milieu, organisatiepunt van behandeling.

Door H.M.J. Baars
 Capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie
 Faculteit der Geneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg
 Maastricht

Dames en heren,

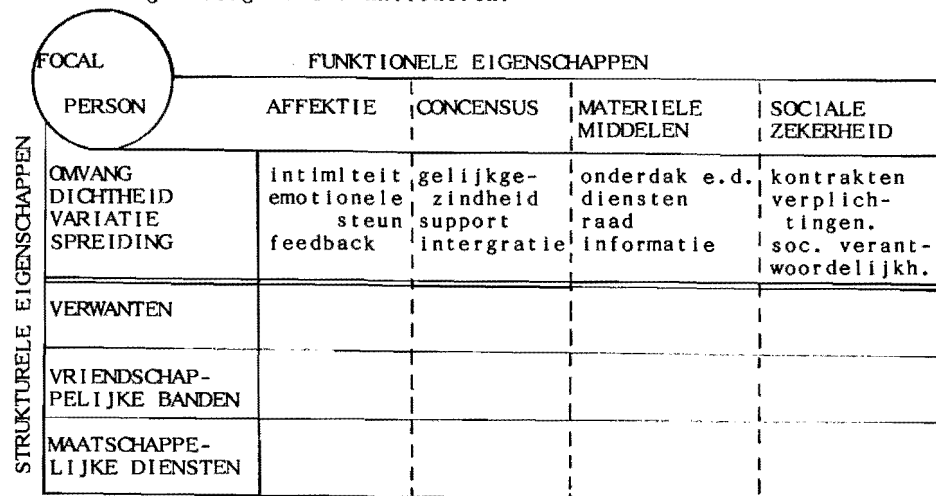
In een brief die u wellicht ook gekregen hebt, lees ik dat u sinds jaar en dag bezig bent uw beroep van sociaal psychiatrisch verpleegkundige te profileren; een moeilijkheid is, zo staat in die brief geschreven, dat het allesbehalve gemakkelijk is uw praktische werkzaamheden te verwoorden naar theoretische kaders. De vraag die ik me naar aanleiding van deze aanhef stel luidt: hoe vatten we sociale psychiatrie op en hoe kunt u die opvatting in uw dagelijkse werk profileren. We stellen ons de vraag in een situatie waarin u de wind mee heeft: de psychiatrische patient, m.n. degene die er op de een of andere manier in slaagt langdurig, c.q. chronisch een doelgroep van de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg te zijn, staat momenteel weer midden in de belangstelling.

De sociale psychiatrie ondersteunt de belangstelling vanuit de opvatting dat mensen elkaar nodig hebben om te kunnen functioneren; het functioneren van de patient wordt beïnvloed door de mensen om hem heen en de maatschappelijke structuur die eveneens door mensen inhoud en vorm krijgt. Nu wil het zo zijn, tenminste daar heeft het alle schijn van, dat u als hulpverlening de mensen bent die op de een of andere manier langdurig om de patient heen staan, ingebed in een bepaalde structuur van geestelijke gezondheidszorg. In zekere zin heeft het er veel van weg dat de patient voor de kwaliteit van zijn bestaan aangewezen is op de kwaliteit van de steun die u hem heeft te bieden. U ondervindt dan ook de moeilijkheid dat de patient zich socialiseert aan het functioneren van de hulpverlening. Anders gezegd: u loopt het gevaar dat, niet de eigen oorspronkelijke en actuele omgeving, maar u, danig in de weer bent voor de vervulling van de meest noodzakelijke bestaansbehoeften, zoals emotionele ondersteuning, sociale integratie, de noodzakelijke materiele middelen en het scheppen van sociale zekerheid. De vraag luidt dus vooral: hoe re-socialiseert u de patient dat hij als ieder ander voor de kwaliteit van zijn bestaan kan deelnemen aan een - wat Querido noemt - geïntegreerd sociaal functioneren. Hoe kan de psychiatrische patient weer ingebed zijn in een maatschappelijk netwerk van intermenselijke betrekkingen, waarmee de noodzakelijke bestaansvoorwaarden vervuld kunnen worden.

Daar ligt uw werkveld terwijl u weet en achterhaalt dat het juist de sociale integratie is, die zo verstoord lijkt. Toch is het verstoord raken van integratie in de intermenselijke betrekkingen een gewoon gegeven dat er bij hoort; bijvoorbeeld in de psycho-sociale ontwikkeling in de stadia naar de volwassenheid is die verstoring een noodzakelijk en wenselijk gegeven. Soms, is die verstoring onvermijdelijk en ongewenst, bijvoorbeeld bij verlies van een baan vanwege bedrijfssluiting, bij het overlijden van een belangrijke naaste; onvermijdelijk en gewenst kan een verhuizing zijn. In verreweg de meeste gevallen vindt men een nieuw bevredigend evenwicht terug. En dat kan, daar in de gewone intermenselijke betrekkingen een probleemoplossend vermogen aanwezig is gericht op aanpassing, op het vinden van sociaal geïntegreerd functioneren.

Het zal ook u ervaring zijn dat niemand de aanpassingen die worden gevraagd op zijn eentje kan opbrengen en verrichten; voor de uitkomst van uw heraanpassing is men van andere mensen en de kwaliteit van de steun die zij op kunnen brengen afhankelijk. Als u geen sociaal netwerk hebt dat u mobiliseert tot re-integratie in het sociale functioneren, dan is de kans groot dat u de vernieling ingaat. De psychiatrische patient kenmerkt zich door zo een vernieling in het geïntegreerd sociaal functioneren. Wat we een ziekte als depressies etc. noemen, is in deze sociaal psychiatrische optiek op te vatten als een vervangend sociaal functioneren.

Ik noem de depressie omdat u daar wellicht vaak mee geconfronteerd wordt; ze is in ieder geval de messt gebruikelijke manier van vervangend sociaal functioneren om het ondragelijke - het niet sociaal geïntegreerd zijn en raken, draaglijk te maken. Niemand kan echter ook die vervanging op zijn eentje volhouden zonder dat andere mensen daarin meespelen. Ik geef u een voorbeeld van vervangend sociaal functioneren en de werking van het sociale netwerk zodra deze gemobiliseerd wordt tot sociaal geïntegreerd functioneren.



HET SOCIALE NETWERK MODEL

figuur 1

Het voorbeeld is van een van de pioniers C. Attneave; het gaat over een meisje dat gediagnosticeerd is als schizofreen.

Vanuit het oogpunt van vervangend sociaal functioneren kan men zeggen dat dit meisje het sociale functioneren opvat als een toestand van verdeeldheid en verscheurdheid. Die opvatting huldigt ook haar milieu: ze noemen haar vreemd en in de war. Wat doet Attneave als een psychiatrisch ziekenhuis dit meisje om een aantal redenen niet opneemt.

Wel Attneave besluit het sociale netwerk van dit meisje te zien als haar behandelingsmilieu; zij vraagt alle mensen die voor haar belangrijk zijn dit meisje te helpen in hun midden te leven.

Dat zijn verwanten: familieleden, dat zijn vriendschappelijke betrekkingen zoals burens, vriendinnen, klasgenoten en leraren van de school e.d.

Dat zijn de gewone maatschappelijke diensten, zoals de gezondheidszorg in de persoon van de huisarts, het kerkgenootschap in de persoon van een dominee, etc.

Zij laat zien hoe omvangrijk eigenlijk haar hulpbronnen zijn. Deze hulpbronnen zijn er ten behoeve van:

- de vervulling van de affectieve behoeften
- de vervulling van de behoefte erbij te horen
- de vervulling van materiele behoeften en
- de behoefte aan sociale zekerheid.

Door deze mensen, deze hulpbronnen te verzamelen, krijgt het sociale netwerk weer een zekere dichtheid, een noodzakelijke voorwaarde voor het netwerk om doelgericht hulp te kunnen bieden.

Als de omvang van fde hulpbronnen goed verspreid is over de verschillende sectoren, dan is er de garantie voor een gevarieerdheid van gedragsalternatieven en bestaansprikkels.

Tenslotte is het sociale netwerk weer bereikbaar eveneens een voorwaarde om hulp te aktualiseren.

In wezen wordt het sociale milieu weer nieuw leven ingeblazen; door weer structuur in het sociale milieu te brengen (de omvang, dichtheid, gevarieerdheid en spreiding zichtbaar te maken) is het gewone sociaal probleemoplossend vermogen opnieuw present.

De hulpvraag vindt weer een bodem van concrete mensen, precies die mensen tot wie iemand met vervangend gedrag zegt dat dit alleen maar gaat als de andere mensen om haar heen met haar een coalitie willen vormen, een verbinding aangaan, waardoor meerderen met de patient de situatie willen veranderen.

Daarmee hebben we de twee elementen in de sociale homeostasis theorie van Querido bijeen:

ENERZIJD: iemand wordt ziek als hij zich niet kan aanpassen; dit ziek zijn vatten we op als sociaal vervangend gedrag.

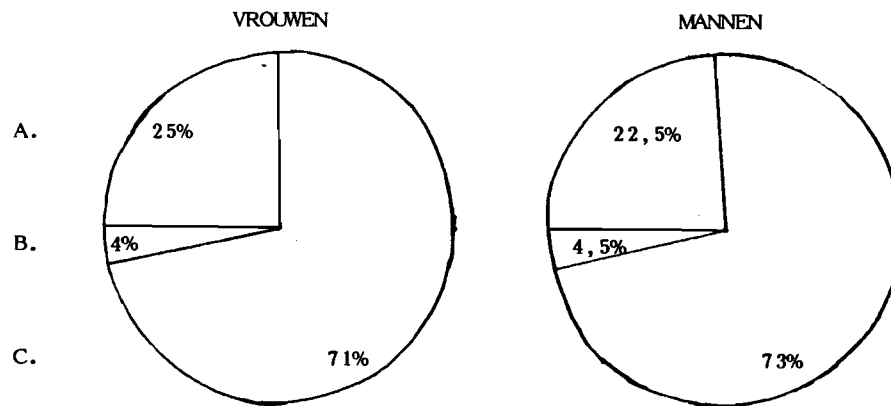
ANDERZIJD: hij kan alleen zijn sociale situatie veranderen als de andere mensen, zijn sociale netwerk, bereid zijn een coalitie aan te gaan en aldus meerdere mensen de sociale situatie willen veranderen.

Resocialisatie betekent dus het sociale milieu van de patient mobiliseren een coalitie aan te gaan met de patient ten gunste van sociaal geïntegreerd functioneren zowel van de patient alsook van de medespelers: niemand gaat op zijn eentje de vernieling in, niemand komt er op zijn eentje weer bovenop.

De belangrijkste les is echter dat de hulpverlening, u als sociaal psychiatisch werkenden, zich resocialiseert; niet als Attneave in het begin noodgedwongen, maar dat u als vanzelfsprekend het probleemoplossend vermogen in het sociale milieu reorganiseert.

Op dit punt aangekomen wil ik, aan de hand van een eigen studie over de wijze waarop een Sociaal Psychiatrische Dienst de sociale situatie van de psychiatrische patient vastlegt, laten zien welke traditie en gewoonten vermoedelijk een rol spelen waardoor de hulpverlening zo'n discrepantie ervaart tussen bovengenoemde visie en haar dagelijkse praktijk.

We leggen het sociale netwerkmodel op wat naar mijn mening niet alleen in dat SPD-team, maar gewoonlijk geregistreerd wordt van de sociale kontekst. Dat zien we in deze studie dat:



VERDELING OMVANG SOCIALE NETWERK BIJ 50 S.P.D. KLIENTEN.

- A. = sektor verwanten
- B. = sektor vriendschappelijke betrekkingen
- C. = sektor maatschappelijke diensten.

- de omvang van het sociale netwerk van de chronisch-psychiatrische patient bestaat voor bijna 75% uit personen in relatie tot een professionele maatschappelijke dienst, m.n. mensen in de (geestelijke) en algemene gezondheidszorg. Bijna een kwart van de hulpbronnen vindt hij bij zijn verwanten en nauwelijks 4% bestaat uit vriendschappelijke betrekkingen.

Kijken we nader naar bijvoorbeeld de sektor verwanten, dan zien we

- dat het overzicht dat de hulpverlening heeft gemaakt, veel weg heeft van een rekonstruktie van bloedverwanten. Anders gezegd binnen de hulpbronnen van de verwanten lijkt men gericht op een gezinsmodel.

Welke hulp ofwel welke vervulling van behoeften heeft de patient binnen deze gezinskontekst te verwachten; wanneer we naar de inhoud van de vervulling van behoeften aan bijvoorbeeld emotionele steun, erbij horen etc. kijken, dan vinden we dat hulpverleners vooral aangeven dat binnen de gezinssituatie de gewenste behoeften juist niet vervuld worden: er is overbescherming, negatieve feedback, strijd die leidt tot uitstoting etc.

Geinventariseerd wordt vooral een gezinsmilieu dat de noodzakelijke behoeften juist niet vervult. We inventariseren in de sektor verwantschap en sektor vriendschappelijke betrekkingen een sociaal milieu waarin de patient welnig of niets te halen heeft en waarbij hij slechts oogst wat hij niet wenst. In wezen zeggen we dat de patient voor zijn bestaan is aangewezen op de sektor maatschappelijke diensten.

Met deze benadering, die op zich veel verklaart en voor de hulpverlening respectabele beschouwingen oplevert, hoeft de hulpverlening - zulk een kansarm milieu lijkt immers onbegonnen werk - zich niet te resocialiseren.

De patient wordt gevraagd zich te socialiseren aan de hulpverlening en hij krijgt nieuwe vormen van vervangend, compenserend sociaal functioneren aangeboden, los van zijn eigen sociale werkelijkheid. Onderzoek geeft echter aan dat naarmate men meer investariseert konform het hele sociale netwerkmodel er echter naast de pathologie een rijker en gevarieerder aanbod van hulpbronnen in het eigen milieu te voorschijn komt.

De diskrepantie tussen visie en praktijk ligt in het feit dat we vervangend sociaal functioneren in termen van ziekte behandelen, het sociale milieu retrospectief inpassen, hetgeen wel de hulpverlening maar niet de patient echt houvast geeft. Zolang we traditioneel de sociale werkelijkheid in kaart brengen bevestigen we de gedachte dat de patient inklusief zijn funktioneren ziek is en hij nergens steun kan putten.

In het andere geval, uitgaande van vervangend funktioneren, zeggen we dat de patient zolang dit gedrag zal vertonen als het sociale milieu niet actief een verbond aangaat met de patient verandering in deze situatie te brengen. U bent dan in feite de mobilisator van het gewone probleemoplossend vermogen, waarover mensen onderling beschikken als die integratie gestokt is, ook als deze langdurig niet aangewend is mede ten gevolge van onze eigen opstelling.

Dames en heren, kollega's,

Samenvattend kom ik tot een volgende stellingname voor een sociaal psychiatrisch profiel van hulpverlening:

- De sociale homeostasis theorie is een sociaal-psychiatrische benadering bij ultstek. Het sociale netwerkmodel biedt u op deze visie een praktische profilering de sociale werkelijkheid te doorzien en aan te pakken.
- Voor resocialisatie, dit is sociaal geïntegreerd funktioneren hebt u de konkrete samenleving van meerdere mensen van de patient nodig.
- Uw interventiestrategieën zijn gericht op mobilisatie van het normale probleemoplossend vermogen van het sociale netwerk waarin de patient ingebed is.
- U resocialiseert zichzelf als u in die koalitie slechts die verantwoordelijkheden neemt die hier nog niet opgebracht kunnen worden. U stimuleert het sociale netwerk tot gedragsvariatie en bestaansprikkels.

Ik wens u, zoals Konopka dat zegt, een handelend optimisme.

TOELICHTING

Een sociaal netwerk (zie schema) bestaat uit al die mensen met wie iemand (de focal person, FP) in zijn dagelijks leven contact onderhoudt.

De focal person betekent hier de cliënt of het cliëntsysteem.

In dat totaal van contacten vindt men de sektor verwanten, zowel bloed- als aanverwanten (A); de sektor vriendschappelijke betrekkingen, zoals vrienden, kennissen, burens, kollega's op werk en school etc. (B); tenslotte de sektor maatschappelijke diensten, gekoncretiseerd aan personen, b.v. de huisarts, onderwijzer, pastor e.d. (C).

Kontakt "onderhouden" wil zeggen dat een bepaald persoon belangrijk is, een functie vervult. Mensen in genoemde sectoren kunnen de affektieve behoeften (1) vervullen, zoals intimiteit, lief-gevonden te worden, emotionele steun, feedback, vertrouwen te krijgen.

Mensen kunnen ook voorzien in de behoefte aan overeenstemming (2): aansluiting met gelijkgezinden (b.v. leeftijdgenoten, geloofsgenoten, peergroup) in waarden, interesses en houding; het kan om een gemeenschappelijke voorgeschiedenis gaan, zoals hetzelfde land van herkomst, zelfde opleiding, scholen, werkkring, e.d.; gemeenschappelijke ervaringen, b.v. qua gezondheid, oorlog, scheiding etc. Die aansluiting vervult de behoefte aan steun en uitwisseling en geeft nieuwe sociale contacten.

Er wordt ook voorzien in de materiële behoeften (3), zoals onderdak, voedsel, geld en informatie (b.v. onderwijs); men krijgt uit het sociaal netwerk: hulp, advies, uitwisseling van diensten e.d. Tenslotte geeft het sociaal netwerk sociale verplichtingen (4): via regelingen is men vrijwillig of verplicht in kontakt met andere mensen zoals alimentatie, lidmaatschappen, controleverplichtingen, b.v. kontakten met justitie; ook kunnen kontakten tegemoetkomen aan de behoefte aan sociale verantwoordelijkheid, b.v. als men maatschappelijke taken op zich neemt. Ook bezoek aan familielid, buur kan slechts het karakter van verplichting hebben.

h.m.j. baars
cap gr. sociale psychiatrie
RL. Maastricht
okt. 1984

FP	1	2	3	4
A				
B				
C				

KWANTITEIT EN KWALITEIT SOCIAAL NETWERK

- De kwantiteit, het aantal kontakten, achterhaalt men door na te gaan wie de FP een verhuisbericht stuurt in de sectoren A, B en C én door nog eens na te vragen met wie in de laatste 2 à 3 weken kontakt is geweest. De betrokkene, met wie kontakt wordt onderhouden, moet wel reëel bestaan.

- De kwaliteit, ofwel de inhoud van het kontakt gaat men na door te vragen wat de FP gewoonlijk aan de genoemde mensen heeft, wat hij/zij van hen krijgt, c.q. welke behoeften uit 1, 2, 3 en 4 worden vervuld. Deze inhoud moet aan de hand van een voorbeeld gekoncretiseerd kunnen worden.

VERANDERINGEN IN HET SOCIAAL NETWERK

Neem in de inventarisatie ook op de mensen die uit het kontakt verdwenen zijn, b.v. vanwege scheiding; welke functie vervulden zij, hoe zijn die opnieuw opgevuld en al of niet verschoven naar de hulpverlening.

Aldus verkrijgt men een overzicht van de sociale kontekst waarin iemand zich bevindt, d.w.z. de mensen en waartoe ze dienen om kontakt te onderhouden. Men kan er tevens uit afleiden welke verschuivingen er van de sectoren A en B naar C hebben plaatsgevonden en welke functies in de afzonderlijke sectoren ontbreken. Dit laatste is belangrijk voor het benutten en scheppen van vervangende kontakten, zoals kontaktgezinnen/personen, services als tafeltje dekje e.a.

Literatuur over de toepassing van de sociale netwerk benadering.

H.M.J. Baars, februari 1986.

- Attneave, C.L. Therapy in tribal settings and urban network interventions. In: Fam. Process, 8, 1969, 192-216.
- Attneave, C.L. Social networks and clinical practice: a logical extension of family therapy. In: Freeman, D.S., ed.: Perspectives on family therapy, Vancouver, Batterworth & Co, 1980.
- Baars, H.M.J. Sociale netwerkbenadering in de gezondheidszorg, geïllustreerd aan praktijkvoorbeelden. In: Metamedica, 63 (1984), 68-77.
- Baars, H.M.J. De registratie van het sociale netwerk bij 50 klienten in de GGZ, die langdurig structurende begeleiding behoeven. In: De chronische psychiatrische patient, Romme, M.A.J. et al. cap. groep sociale psychiatrie, 1985.
- Cohen, C.I. & M.A. Sokolovsky Clinical use of network analysis for psychiatric and aged populations. In: Comm. Mental Health Journal. 15 (3), 1979, 203-213.
- Curtis, W.R. Community human service networks, new roles for mental health workers. In: Psychiatric Annals, 3 (1973), 23-42.
- Erickson, G.D. The concept of personal networks in clinical practice. In: Fam. Process, 14 (4), 1975, 487-496.
- Erickson, G.D. A framework and themes for social network intervention. In: Family Process, 23 (1984), 187-204.
- Froland, C.; G. Brodsky, Gatti, F. & C. Coldman Social support and social Community network therapy: an approach to aiding families with troubled children. In: Am.J. of Orthopsychiatry, 40 (1976), 608-617.
- M. Olson & L. Stewart adjustment: Implications for mental health professionals. In: Comm. Mental Health Journ., 15 (2), 1979, 82-93.
- Querido, A. Multiple Equilibria. O.a. in: A. Querido : Werk in uitvoering; Leiden, 1970.
- Ruevini, U. & R.V. Speck Using encounter group techniques in the treatment of the social network of the schizophrenic. In: Int. J. Group Psychotherapy, 4 (1969), 459-500.
- Ruevini, U. Network intervention with a family in crisis. In: Fam. Process, 14 (1975), 193-203.
- Ruevini, U. Family network intervention: healing families in crisis. In: Intellect, 1976, 508-582.

- Ruevini, U. & M. Wiener Network intervention of disturbed families: the key role of network activists. In: Psychotherapy: theory, research and practice, 13 (1976), 173-176.
- Ruevini, U. Family network intervention: mobilizing support for families in crisis. In: Int.J. of Fam. Counseling, 5 (1977), 79-83.
- Ruevini, U. Networking families in crisis: Intervention strategies with families and social networks. Human Sciences Press, New York, 1979.
- Ruevini, U. The family therapist as a system intervenist. In: Intern. Journal of Family Therapy, 1, 1979, 63-75.
- Ruevini, U., R.V. Speck, & J.L. Speck (ed.) Therapeutic intervention, healing strategies for human systems. Human Sciences Press, New York, 1982.
- Speck, R.V. Psychotherapy of social network of a schizophrenic family. In: Fam. Process, 6, 1967, 208-214.
- Speck, R.V. & U. Ruevini Network therapy - a developing concept; In: Family Process, 1969, (8), 182-191.
- Speck, R.V. & C.L. Attneave Social network intervention. In: J. Haley (ed.), Changing families, New York, Grune & Stratton, 1971, 313-332.
- Speck, R.V. & C.L. Attneave Family networks: retribalization and healing. Phantoon, New York, 1973.
- Speck, R.V. & C.L. Attneave Family networks: a new approach to family problems. Vintage Books, New York, 1973.
- Speck, R.V. & J.L. Speck On networks: network therapy, network intervention and networking. In: Int.J. of Fam. Therapy, 1979, 333-337.

Een sociaal psychiatrische systeembehandeling.

Door Marjon Arends
Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
Riagg Amsterdam-Oost

De kracht van een sociaal psychiatrisch verpleegkundige is dat zij een holistische visie op haar kleintjes heeft, met de daarbij behorende geïntegreerde zorg.

Onze zwaarste taak van het vak is dan ook alle kennis en kunnen die we vergaart hebben, alle theorieën met de daarbij behorende technieken, waarvan we hebben mogen snoepen, te integreren.

Ik zie altijd allerlei waaiers voor me die langzamerhand over en in elkaar schuiven en mettertijd een geheel kunnen worden.

Het is dus vervreemdend een van de poten te moeten belichten, het 'sociale' van de SPV en met name het betrekken van de familie bij de behandeling van de psychiatrische klient.

Alhoewel ik weet dat het geheel te breed zou zijn en te veel tijd zou kosten. Dus vandaag vertel ik jullie hoe bij mij het 'sociale' vorm heeft gekregen, waarbij ik wil benadrukken dat het een moment opname is van wat ik denk nu op deze plek te moeten vertellen aan mijn vakgenoten. En ik heb me moeten beperken, daarbij wil ik melden dat de biologische/psychologische aspecten ook hun plaats hebben.

Het is dan aan jullie de taak om het gehoorde van geruis te ontdoen en het weer te integreren in je eigen visie en handelen.

Aan de hand van een sociaal psychiatrische behandeling wil ik jullie tonen hoe ik de systeembenadering in de praktijk poog toe te passen.

In de aankondiging staat: Het betrekken van de familie bij de behandeling van de psychiatrische klient.

In eerste instantie leerde ik vanuit de systeembenadering dat er geen patient is. Hij/zij is enkel een symptoomdrager. Er is sprake van een gestoorde interactie in een systeem, meestal gezin, waarvan de patient deel uitmaakt. Het symptoom heeft daarin een functie. Oefen je invloed uit op deze functie, verdwijnt het symptoom. Om deze invloed uit te oefenen moet je het hele systeem, dus gezin, in de kamer hebben.

Jarenlang waren systeembenadering en gezinstherapie dezelfde grootheden. De laatste jaren is de ontwikkeling dat systeembenadering niet afhankelijk is van de setting. Logisch voor mij. Beïnvloedt een deel van het systeem, dan heeft dit ook effect op andere delen.

Voor mij is systeembenadering meer dan gezinstherapie. Het is een visie en houding van mij geworden, die ik zal uitleggen. Ik zal dat gedeelte van de therapie tonen, die deze visie en houding zullen verduidelijken.

Als praktijkvoorbeeld heb ik gekozen voor een systeembenadering bij een individu. Geheel afwijkend van het programma. Ik heb hiervoor gekozen, omdat ik jullie vooral wil laten merken dat visie en houding van de hulpverlener het belangrijkste zijn. Daarbij is het zo'n typische psychiatrische klient, waar evengoed als beleidslijn 'pappen en nathouden' / evenwicht handhaven, gekozen had kunnen worden. Eveneens is het een voorbeeld waarin de 'realiteit' mij dwong van de 'ware' theorie af te wijken, aan te sluiten bij de klient. (En ik heb de meeste ervaring in deze soort therapieën).

Het is ook geen sensationele, kortdurende behandeling. Het is een behandeling van meer dan 4 jaar. Wel is er mijns inziens veel veranderd. Echt SPV-werk!

Een van de belangrijkste uitgangspunten is klachten/problemen te zien in het licht van circulaire oorzakelijkheid in plaats van causale oorzakelijkheid. De klacht of probleem is onderdeel van een interactie-patroon met een circulair karakter, waar geen duidelijk begin of eindpunt is.

Wil Koppel is 36 jaar. Zij kwam in februari 1982 voor het eerst bij mij. Zij was een jaar opgenomen geweest. Zij was psychotisch geworden naar aanleiding van een relatiebreuk.

Haar ouders die in Brabant wonen hadden nog veel invloed op haar. Als zij een weekend thuis was geweest, reageerde zij hierop vaak met passief gedrag, angstig zijn, piekeren, waarbij alles belangrijk was, zij kon geen onderscheid maken tussen hoofd en bijzaken en grenzen vervaagden tussen haar en de anderen.

Zij kreeg thuis tegenstrijdige boodschappen, zij kreeg bijvoorbeeld de boodschap van moeder zich meer als vrouw te gedragen (dit betekend vrouwelijke eigenschappen als dienstig zijn aan de ander etc.) Van haar vader hoorde ze dat ze haar best moest doen, moest vechten om haar studie af te maken, want zij was toch het studiehoofd van het gezin. Zij reageerde hierop met passiviteit en verwardheid, wat weer goede reden was voor haar ouders zich zorgen te maken en haar weer van advies te dienen. En de cirkel is weer rond.

Dit patroon kwam ook terug in andere systemen in haar leven.

Volgens de traditionele systeembenadering zou het 't beste zijn het hele gezin in therapie te nemen. Wil kwam alleen.

En een nog grotere zonde volgens de systeembenadering was het feit dat wanneer zij erg angstig was ik haar steunde in het slikken van medicijnen. Bij het adviseren van medikatie wordt er gebruik gemaakt van het medisch/psychiatrisch model. Wel vind ik dat het slikken van medicijnen ook geplaatst moet worden in het licht van de vicieuze cirkel. Bij Wil was medikatie nodig om zelf nog te kunnen functioneren. Door de pillen sliep ze en was ze minder angstig. Het is een ondersteuning van het patroon. Dit vol te kunnen houden. Er is dan geen sprake van verandering.

Mijns inziens is het slikken van medicijnen vaak een manoeuvre om de cirkel te handhaven. Soms werkt het als een time-out, wat een enkele keer een begin kan zijn van het doorbreken van de vicieuze cirkel.

Ik maak dus gebruik van het medisch/psychiatrisch denken, maar dit is voor mij ondergeschikt aan het systeemdenken.

Zoals eigen aan sociaal psychiatrische behandeling zag ik Wil gemiddeld 10 keer per jaar. Meestal 1 x per 2 a 3 weken. 'n Paar keer 1 x per week met telefonisch contact tussendoor. Ik zag haar ook 3 a 4 maanden niet.

Het eerste jaar bestond voornamelijk uit steunend structurerende gesprekken. Wel staat dit in het licht van een systeemlabel. In elke zitting kwam aan de orde hoe zij, zoals wij het samen noemden in "niemandland" zat. (Het gebruik van metafoeren is een van de systeemtechnieken).

In elke zitting gaf ik op verschillende manieren mijn visie op het gebeuren. Zij was geen kind meer van haar ouders en zij was ook geen volwassene. Wel gaf zij haar ouders nog een doel in hun leven doordat zij zich zorgen maakten om haar.

Tegelijkertijd kreeg zij structurerende adviezen over eten, slapen, vrijetijdsbesteding, omgang met vrienden en familie. Dit benoemde ik als het oefenen in het zelfstandigheid. De proeftuin. Ik denk dat deze vanzelfsprekende vorm van begeleiden een grote sociale faktor is in ons werk.

Daarbij betrek ik de familie erbij door het zogenaamde circulair interviewen. Dit circulair vragen, waarbij de therapeut vraagt naar de meningen en/of gedrag van de persoon en zijn kontekst is zeer essentieel voor de systeembenadering.

Voorbeelden hiervan zijn:

Niet veranderingsgerichte vragen: Wat zou de reden kunnen zijn dat het beter is om in Niemandland te blijven zitten?

Wie van je ouders heeft er het meeste baat bij dat jij in Niemandland blijft zitten? Dit is tevens een vergelijkende vraag, waarbij verschillen duidelijk kunnen worden tussen personen.

Toekomstgerichte vragen:

Stel dat jij ooit minder zou telefoneren, wat zou je vader doen, wat zou je moeder doen, hoe zou jou leven eruit zien?

Bij Wil bleek dat zij Niemandland prefereerde boven volwassen worden, omdat zij:

ten eerste: bang was dat er een ramp zou gebeuren met haar ouders;
ten tweede: zij nog wilde inhalen wat ze tekort gekomen was;
ten derde: zij bang was voor het gat waarin ze zou vallen, niet weten hoe haar leven in te vullen.

Karl Tomm heeft een indeling gemaakt van deze circulaire vragen. Het leidt te ver omdat hier allemaal te noemen.

Daarbij verkrijg je door het circulair interviewen heel veel informatie hoe de interactie verloopt, die gebruikt kan worden om interventies te verrichten, als het geven van een herlabeling en het voorschrijven van een taak of ritueel.

Bij Wil was de taak brieven te schrijven om afscheid te nemen van het kind zijn, en wel het schrijven van drie brieven.

Een eerste brief, spontaan doorschrijven, een vernette versie en een derde, waarmee zij op een of andere manier iets mee moest doen met haar familie. Zij heeft ze geschreven.

Tevens is het circulair interviewen al intervenieren, omdat het de klient dwingt tot nadenken over zijn sociale kontekst.

De aandachtspunten van de therapie zijn dus - steunende, structurerende adviezen / medikatie / circulair interviewen / de herlabeling van de pathologie en het stimuleren van het uitvoeren van de taak.

Dit gebeurde allemaal in de eerste twee jaar, inmiddels waren de klachten verminderd. Het pre-psychotische gedrag veranderde in eerste instantie in depressiviteit en later benoemden we haar symptomen als "de mist die opkomt".

Zij ervoerde het proces vanzelfstandig worden als tegen de stroom inzwemmen en de stroom van de rivier was vooral het tegenspel van haar ouders. Zij kon inmiddels zelf het programma oppakken om structuur te geven in haar leven. Haar studie was af. Ondernam allerlei activiteiten, had een vaste relatie.

Er kwam een belangrijke zitting. Zij had een vervelende ruzie gehad met vader. We deden een rollenspel, zij en twee lege stoelen, waarbij zij haar ouders moest vertellen niet meer van hun adviezen gehoudend te zijn. Zij werd boos, maar dreigde ter plekke psychotisch te worden. Zij kreeg herinneringsbeelden van vlak voor de opname.

Ik ging achter haar zitten en legde mijn hand in haar nek en zij moest het toch vertellen, tevens gaf ik weer het label: "Het blijkt weer, hoe belangrijk het is dat jij je ouders een taak bezorgd. Er kunnen zelfs doden vallen en het lijkt dan voorkeur te hebben je psychotisch te gedragen".

Wel wil ik erbij vertellen dat mijn ervaring is dat kinderen hun taak zwaarder opnemen, meer verantwoordelijkheid naar zichzelf toetrekken dan nodig is.

tevens is er veel tijd verstreken en vaak zijn dan de posities veranderd.

Zij werd rustiger en aan het eind van de zitting zei ze dat er een last van haar afgevallen was.

Er viel een last af, maar er kwam een andere last. Daar waar zij bang voor was. Hoe wil zij haar leven invullen. Vaste relatie / samenwonen / kinderen / carrière etc.

Voor mij is een gezin / familie een niet op zichzelfstaand systeem, maar een deel van een groter systeem en deze zullen elkaar wederzijds beïnvloeden.

Sociaal economische positie, normen en waarden spelen een rol hoe mensen hun problemen belevan en hoe ze ermee omgaan.

Bij Wil speelde nu hoe zij als vrouw invulling moest gaan geven aan haar leven. Gelukkig voor mij, want vanuit mijn achtergrond, als dochter van een arbeider, is dat toevalligerwijs ook een aandachtspunt voor mij.

Het volgende jaar was de rode lijn in de therapie haar manlijke en vrouwelijke kanten. Haar drang naar avontuur en behoefte naar structuur. Ook hier kwam weer middels circulair interviewen aan de orde, hoe het in haar gezin van herkomst zat.

Hoe zij haar vader en moeder zag als man en vrouw. Wat vader en moeder van haar verwachtten als vrouw. Maar ook maatschappelijke componenten.

Normen en waarden over manlijke en vrouwelijke eigenschappen. Wat zij als vrouw tegen kan komen als zij kiest om te werken, carrière te maken en een deel van haar eigen leven wil hebben. Hoe belangrijk het kan zijn om economisch onafhankelijk te zijn.

In deze fase van de therapie liet ik ook meer zien hoe het mij verging als vrouw, partner en moeder. Tevens gaf ik titels van boeken waarvan ik dacht dat zij aansloten bij haar.

Zij komt nog steeds bij mij, nu 1 maal per 4 a 5 weken. Het zijn nu afrondende steunende gesprekken.

Het laatste jaar was niet makkelijk voor haar. Twee keer raakte ze nog in een crisis. Ze slikt geen medicijnen meer, ze raakt niet meer verstrikt in haar mist. De mist staat nu tussen haar en de anderen. Zijzelf blijft helder. Ze heeft een baantje en weet dat het goed voor haar is alleen te wonen.

Alles gaat niet goed, maar dat hoort ook bij het volwassen zijn.

De therapie symboliseert de overgangsfase van kind naar volwassene, waarvan de therapeut een belangrijk onderdeel is. Beiden zijn wij van mening dat de therapie afgerond moet worden. Ik zou een remmen-faktor kunnen worden.

Ze moet nog iets afmaken, het laatste gedeelte van de taak. Een symbolische afronding van het kind zijn met haar ouders. Iets waar we al mee bezig waren en bij het uitschrijven voor de lezing bemerkte ik dat ik dit in het verleden had laten liggen.

Leuk voor mij en voor haar om te vertellen is, toen ik aan haar vroeg of ik haar therapie mocht rapporteren in een lezing, vertelde zij mij dat haar behandelende psychiater in de inrichting ook een lezing over haar had gehouden en dat daar in naar voren kwam dat zij een slechte prognose had.

Hiermee kom ik op mijn stelling:

Door de positieve visie vanuit de systeembenadering met daarbinnen een eclecticische en flexibele houding heeft een s.p.v. minder uitzichtloze begeleidingen van "Pappen en Nathouden".

Het betrekken van de buurt bij het behandelen van patienten.

Door Tom Siersma
Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
Riagg Centrum/West in Rotterdam.

Goedemiddag!

Er is mij gevraagd iets te vertellen over het betrekken van de buurt bij het behandelen van patienten. In dit verhaal wil ik u eerst vertellen wat ik versta onder een buurt, vervolgens wat mijns inziens van belang is om rekening mee te houden in een buurt. Daarna zal ik u vertellen over mijn ervaringen met het gebruik maken van de buurt bij de behandeling van patienten. Ik zal afsluiten met een aantal punten die van belang zijn voor de SPV die vanuit een Riagg buurtgericht wil gaan werken.

Wat is een buurt?

Een buurt is een vaak geografisch bepaald gebied, waarbinnen

- mensen en voorzieningen min of meer op elkaar zijn afgestemd,
- de bewoners elkaar over het algemeen minstens van gezicht kennen en vaak een of meerdere gemeenschappelijke kennissen hebben.

De meest in het oog springende zaken in een buurt zijn de bewoners en de bewoningen.

Er zijn rijke buurten, waar grote villa's staan met mooie tuinen er omheen, soms goed afgesloten van de buitenwereld door zware hekken. Er zijn armere buurten, waar de mensen dicht op elkaar wonen. Er zijn open en gesloten buurten. Open buurten, waar nieuwe mensen gemakkelijk opgenomen worden: zonder al te veel moeite horen de nieuwe erbij.

Gesloten buurten, waar je alleen opgenomen wordt als je je op een bepaalde manier weet te gedragen en vaak niet voordat je op een of andere wijze hebt aangetoond dat je er echt bij wilt horen. Aan de staat van de huizen kun je zien of je met oude of nieuwe buurten te maken hebt.

Nieuwe buurten: goed geoutilleerd, mooie badkamers, goede centrale verwarming, geïsoleerde ramen en geïsoleerde zolders en muren.

En oude buurten: waar als er op de eerste verdieping iemand niest er op de derde verdieping iemand zijn zakdoek pakt.

Dan zijn er nog een aantal zaken van belang. Ik denk hierbij aan de leeftijd van de buurtbewoners. Je hebt buurten waar veel studenten wonen en buurten waar overwegend ouderen wonen. Iets wat het hele leven op straat beïnvloed.

Er zijn ook buurten waar overwegend buitenlanders wonen. Dit zijn overigens ook vaak de oudere en gehorige buurten.

Behalve de bewoningen en de bewoners is voor ons werk ook van belang de groep hulp- en dienstverlenende werkers in de buurt. De eerste lijn: de huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, gezinsverzorgsters etc.

Heel belangrijk is de manier waarop deze werkers hun beroep uitoefenen: zijn het allemaal op zichzelf staande werkers, die ieder hun eigen praktijk uitoefenen en verder niet lastig gevallen willen worden, of zijn het mensen die met een bepaald idee de hulp aan het uitdragen zijn? Het is belangrijk te weten welke mensen er werken in de eerste lijn, wat voor ideeën ze hebben, of ze strijd met elkaar voeren, of dat ze samenwerken.

Dan is er ook nog de grote groep, die ik wil samenvatten onder het begrip 0-de lijn. Dat zijn de club- en buurthuizen, de verenigingen van voetbal tot WAO, de zangclubs, praatkringen, sociale eethuisjes vrijwilligers organisaties etc.

Wat algemeen gezegd van belang is, is de wetenschap dat er een samenhang bestaat tussen al deze lijnen, werkers en instellingen: Kun je zeggen dat die buurt iets gezamenlijks heeft, of is het een los zand figuur?

Als er veel samenhang is, kun je er ook vanuit gaan dat de sociale controle op elkaar bijzonder hoog is, dat er sociale druk is: je moet je op een bepaalde manier gedragen om sancties te voorkomen. Maar aan de andere kant: gedraag je je op die manier, dan kun je ook rekenen op veel ondersteuning, "Je bent dan een van ons, je hoort erbij, we zullen je helpen".

De mensen die ik heb kunnen helpen met gebruik making van de buurt, zijn vooral de chronisch psychiatrische patiënten, die vandaag regelmatig genoemd worden.

Deze komen vaak in het voetlicht door conflicten met de omgeving, doordat ze op een of andere manier overlast veroorzaken: door stank herrie, of gewoon doordat ze er eng uitzien.

Deze mensen zie je vaak vereenzamen door een gebrek aan sociale vaardigheden, waardoor er onder andere conflicten ontstaan. Het meest zichtbare bij deze mensen is in veel gevallen het ontbreken van sociale netwerken. Hieraan zal de volgende spreker aandacht besteden.

Via de 24-uurs dienst van de Riagg wordt je vaak gekonfronteerd met crisissituaties waarin onmiddellijk iets gebeuren moet.

In veel gevallen kun je daar gerust de buurt bij betrekken, soms kun je zelfs niets doen als je de buurt er niet bij betreft. Vaak zijn dit de situaties waarbij de hele buurt al op tilt staat en er van alle kanten geroepen wordt, dat er nu echt iets moet gaan gebeuren.

Daarnaast is er een groep probleem jongeren. Zwervende jongens en meisjes, die zich nergens bij voelen horen, die nergens hun draai kunnen vinden.

En dan is er nog de stijgende groep ouderen, soms dementerende mensen die paniek veroorzaken in de buurt als ze 's nachts in nachtkleding door de straat lopen, kloppend op ramen en deuren, of roepend om mensen uit hun verleden.

Of de ouderen die vereenzamen en waar niemand in de omgeving van weet of je je daar nu wel of niet mee moet bemoeien.

Het actief gebruiken van de buurt bij de behandeling van psychiatrische patiënten leerde ik naar aanleiding van een experiment in Rotterdam.

In het centrum van de stad was een oude stadswijk, die gesloopt moest worden om plaats te maken voor kantoorgebouwen en winkelpanden. Het moest het glimmende visitekaartje worden van Rotterdam. De bewoners, die in bijzonder slechte woningen woonden, waren het er wel over eens dat de boel gesloopt moest worden, maar ze waren het er niet mee eens dat ze dan ook vertrekken moesten.

Ze hebben een bewonersorganisatie opgericht die de strijd is aangegaan met de gemeente. Een strijd, die ze wonder boven wonder nog gewonnen hebben ook. Uiteindelijk werd er namelijk besloten dat er sociale woningbouw zou komen. Alle mensen, die op dat moment in de wijk woonden, zouden de gelegenheid krijgen om weer terug te keren naar deze vernieuwde wijk.

Na dit succes is de bewonersorganisatie niet opgeheven maar heeft men gezegd: "Blijkbaar kunnen wij als wijkbewoners toch nog wat afdwingen bij de hoge heren en blijkbaar zijn we toch niet zo machteloos in dit wereldje dat we ons alles maar moeten laten overkomen". Zij richtten zich op een volgende doorn in hun oog: de hulpverlening in de wijk.

Er liepen daar heel wat hulpverleners rond in de wijk. Er waren verschillende huisartsen en een aantal maatschappelijk werkenden vanuit verschillende instellingen. Zij bedreven allen het welzijnswerk met plezier, maar ze deden het wel allemaal op hun eigen houtje en soms bijzonder langs elkaar heen. Bovendien was hun werk volgens de wijkbewoners nauwelijks gericht op de buurt als geheel.

Bij de opzet van de nieuwbouw van de wijk heeft de bewonersorganisatie een commissie gevormd waarin samen met de bouwers en financiers de verbeteringen in de wijk besproken werden. Deze commissie besloot dat de hele hulpverlening in een mooi gebouw in het centrum van de wijk moest komen.

Er werd een reusachtig gebouw neergezet waar het club- en buurthuis werk ging zitten. De school werd eraan vastgebouwd, zodat je door mooie gangen binnendoor van de klas naar de buurtwerker kon.

Er werd een gezondheidscentrum neergezet waar de huisartsen, de schoolarts, wijkverpleging, dieetiste, tandartsen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, dienstencentrum en de sociale raadslieden zich konden vestigen.

Toen die mensen eenmaal allemaal bij elkaar zaten dachten ze dat ze het wel voor elkaar hadden. Ze vormden met z'n allen een wijkteam en konden voor een gestroomlijnde hulpverlening zorgen.

Maar ook in de eerste lijn gaat dat niet zo gemakkelijk op. Er ontstonden natuurlijk meningsverschillen. De een wilde het op deze manier en de ander op een andere manier.

Uiteindelijk hebben de werkers de hulp ingeroepen van de bewonersorganisatie.

Dat is op zich natuurlijk al een hele leuke stap. Meestal worden dit soort conflicten binnen de eigen muren uitgevochten.

Er werd weer een commissie gevormd, nu van werkers en gebruikers en er werd een plan opgesteld: Hoe willen wij dat de hulpverlening in de wijk er uitziet en hoe moeten de werkers in de wijk zich daaraan aanpassen? Er werd ook gesteld, dat iedereen die in de wijk wilde werken zich ook maar aan die regels moest houden. De hulpverlening is er tenslotte voor deze bewoners die als klanten moeten kunnen bepalen hoe ze de hulpverlening willen hebben.

Er werd een samenwerkingscontract opgesteld en alle aanwezige werkers en instellingen hebben ondertekend.

Zoals het vaak gaat, ging het nu ook: toen alle hindernissen genomen leken, stond er nog een grote te wachten. In deze wijk bleek dat er diverse sociaal psychiatrische problematiek was.

Het was bekend dat er ontzettend veel mensen waren in de wijk die in aanmerking kwamen voor hulp van de sociale psychiatrie. Het zij door opname in een inrichting, het zij door een bezoek van een dokter aan huis of door misschien nog wel wat anders.

In de stroom van "Wij bepalen wat er in onze wijk gaat gebeuren" werd er gesteld, dat ook de psychiatrische patiënten in de buurt bij de wijk horen en dat er een adequate manier gevonden moest worden om hulp te garanderen en die mensen in de wijk te houden.

"Als we ze allemaal uit de wijk gooien, zijn we daarna misschien zelf wel aan de beurt".

Een commissie werd opgericht en gesprekken werden gestart met de GGD, de verzorgers van de sociale psychiatrie. Dit liep uit op het houden van spreekuren in de wijk.

Maar helaas liep dat allemaal niet zo lekker: de GGD is erg groot en richt zich op de gehele stad. Het is dan erg moeilijk je beleid aan te passen aan een kleine wijk.

Door reorganisatie na reorganisatie veranderde steeds weer het beleid, wat ook in de wijk gevoeld werd. De spreekuren liepen niet er zaten steeds andere mensen als preekuurhouder en het bleek dat de psychiatrische krisissen tijdens het spreekuur wel meevielen.

Uiteindelijk ontstond er een konflikt wat zo hoog opliep, dat de GGD zich tenslotte terugtrok uit de wijk.

De bewonersorganisatie heeft toen in samenwerking met de hulpverlening een opzet gemaakt voor een experiment. Een experiment dat zou inhouden, dat er een SPV in de wijk zou komen die alleen voor die wijk was. Hij zou zich richten op de specifieke problemen in de wijk. Hij zou afspraken moeten maken met de tweede en derde lijn en het nivo van de eerste lijn zo op moeten schreeven dat psychiatrische patiënten met behulp van de werkers in de wijk, in de buurt konden blijven wonen, ook in tijd van crisis.

Daar ben ik op af gekomen. Het leek me een geweldig leuke uitdaging. Het was ook precies mijn idee over hoe de sociale psychiatrie er uit zou moeten zien. Ik was er van overtuigd dat dat karwei wel te klaren was: zoveel samenwerking in die wijk en zo'n enthousiasme voor de psychiatrische hulpverlening. Een kwestie van maar vertellen wat er gebeuren moest en dan loopt het vanzelf wel.

Nou u voelt het wel: dat liep natuurlijk niet zo gemakkelijk. Er waren heel wat hiaten die niet verwerkt waren in het ideaal. Maar op een aantal punten liep het heel prettig en daar wil ik het vandaag over hebben.

Aan de hand van twee kasussen wil ik laten zien hoe nauw de buurt betrokken kan zijn bij de bemoeienissen rond psychiatrische patiënten en hoe dit kan verlopen:

Er komt op een gegeven moment een vrouw bij me "Neeltje" genaamd. Zij had 24 jaar in inrichtingen doorgebracht en de laatste twee jaar rondgezworven, meestentijds van weglouphuis naar weglouphuis. Ze wilde graag ergens wonen, wist niet hoe ze dat moest regelen, of wie ze daarvoor aan kon schieten. Ze wist wel dat ze perse niet meer terug wilde naar een inrichting, maar dat ze het in haar een-tje niet zou redden om zich staande te houden. Ze vroeg me of ik behalve een woning te regelen ook kon zorgen voor begeleiding bij moeilijke zaken.

Neeltje zat in een moeilijk pakket: doordat ze niet permanent ergens woonde, wilde geen enkel buro haar inschrijven als woningzoekende. Ze had jaren in een inrichting gezeten en was automatisch overgeschreven naar de plaats waar die inrichting stond. Dit was uiteraard juist de enigste plaats waar zij zeker niet wilde wonen.

In het contact met mensen had zij enige problemen: Neeltje is ongeveer 1 m 65 lang, weegt 110 kilo, knipt zelf haar haar in bloempotmodel zonder een spiegel te gebruiken. Zij beschikt niet over een reukvermogen en heeft niet door dat mensen kunnen ruiken dat ze 's nachts in de kleren slaapt die ze overdag ook aan heeft en dan bovendien inkontinent is.

Ze heeft een spraakgebrek, waardoor de woorden wat moeilijk en slecht verstaanbaar overkomen. Waarschijnlijk om dit gebrek te compenseren praat ze snel en gebruikt maar een deel van de wat langere woorden. (Psychiater is bij haar gewoon giater).

Ze kan niet lezen, schrijven of rekenen en is hierdoor geheel afhankelijk van de goede wil van de mensen in haar omgeving.

Zij was de eerste klant in het experiment. Het leek ons een ideaal voorbeeld om te kijken hoe we al samenwerkend iemand een plaatsje in de wijk konden geven.

Zo zijn we van start gegaan. We hebben voor Neeltje een mooie woning in de wijk geregeld. Een nieuwbouw woning met geïsoleerde ramen en centrale verwarming, waarvan we de thermostaat hebben vastgezet, zodat er altijd een behagelijke temperatuur in huis was. Haar uitkering werd in overleg met de sociale dienst zo geregeld, dat er iedere week geld op de bank stond en zij zich niet druk hoefde te maken over de betalingen aan de huisbaas of het energie bedrijf.

Dit hadden we zo geregeld omdat Neeltje al had laten zien dat het omgaan met geld niet een sterke kant van haar was: als de maandelijkse toelage op de bank stond, ging zij er naar toe en zei: alles wat erop staat. Dit bleek ze achteraf altijd te doen, omdat ze niet wist welk bedrag er moest komen en ze het stom vond om het verkeerd te zeggen. Zo deed ze ook de boodschappen; ze haalde een pak suiker gaf dan een briefje van honderd en wachtte af of ze iets terug kreeg. Binnen een middag had ze haar uitkering opgemaakt en bleek dan alleen vergeten te zijn om een voedsel voorraad in te slaan. Ze wilde niet dat iemand met haar meeging om te helpen bij het boodschappen doen, of een boodschappenlijstje te maken. Ook dat vond ze een teken van stommigheid.

Via de spullenhulp werd haar huis helemaal ingericht en binnen een paar maanden was Neeltje geheel geïnstalleerd en medewijkbewoonster.

Maar Neeltje was niet helemaal gelukkig. In de eerste plaats wilde ze meer geld. Logisch, want ze kon inderdaad wel duizend gulden per dag aan.

En op de tweede plaats wilde ze wat meer dan alleen maar tevreden in haar warme huisje zitten. Ze wilde wat betekenen in de wijk.

In de inrichting had ze altijd de arbeidstherapie gehad waar ze een gerespecteerde medewerkster was geweest. Dat was ze nu helemaal kwijt. Arbeidstherapie hadden we niet in de wijk, maar wel enkele gloednieuwe clubhuizen, die van alles organiseerden om de wijkbewoners aangenaam bezig te houden.

Daar werd Neeltje geïntroduceerd, maar ze vond het niet leuk om aan de bingo mee te doen, want ze kon die getallen niet uit elkaar houden. Het was niet leuk om naar de breiclub te gaan, want daar kwamen alleen nette dames, die haar zaten aan te kijken of ze een stuk vuil was.

Zo sleurden we haar van de ene activiteit naar de andere en altijd was er wel iets waardoor Neeltje geen heil zag in het aanbod. Ook het wat informele circuit probeerde bijstand te verlenen. Het eet huisje, waar je voor vijf gulden (achteraf op betalingsdag te betalen) een warme maaltijd kon krijgen beviel niet, omdat die mensen zo zeurden over haar tafelmanieren en ze nooit mocht meehelpen met koken.

Kortom er gingen maanden van ellende voorbij en we begonnen net te denken dat dit idee dan blijkbaar toch onzin was.

Toen wij geen enkel idee meer hadden om aan te bieden aan Neeltje, bleek ze zelf nog wat gedachten te hebben. Ze wilde best wat samen met de mensen in de buurt doen en ze wilde ook best wel gezamenlijk eten, maar ze wilde daar zelf een aandeel in hebben. Haar idee bleek, toen we daar op in gingen, helemaal niet zo'n slecht idee te zijn. Na rondzoeken in de wijk bleken er meer mensen als Neeltje rond te lopen in de wijk.

Mede dankzij haar koppigheid om haar eigen wensen vorm te geven, kookt er nu tweemaal per week een groepje mensen in de wijk hun eigen potje, ze eten gezamenlijk die dingen die ze zelf lekker vinden en weten het met elkaar bijzonder gezellig te maken.

Neeltje vond het ook niet leuk om in een aangepast clubverband iets nuttigs of kreatiefs te doen. Ze had wel haar eigen ideeën hoe je dingen gezellig kon maken met een stel mensen. De belangrijkste ingrediënten waren koffie en koek en alles daar omheen kwam dan vanzelf wel.

En zo gebeurde het. In de wijk beleken nog meer mensen belangstelling te hebben voor haar ideeën voor activiteiten op dit nivo en nu hebben we in de wijk dus een uitstekende opvangplaats waar je gewoon kunt binnen vallen en waar je niets meer hoeft te doen dat te zitten, koffie te drinken, koek te eten en tv te kijken. Als je meer wilt kan dat via het clubhuis dat deze ruimte biedt.

Neeltje woont nu drie jaar in de wijk en hoort er intussen helemaal bij. Ze doet mee aan de huurinhoudingsakties en protesteert mee tegen te hoge gasrekeningen.

En wat voor Neeltje misschien nog belangrijker is, is dat ze lid geworden is van de klantenbond, van waaruit ze haar ex-klient zijn niet meer als iets negatiefs hoeft te beleven maar als iets positiefs: Neeltje heeft iets geweldigs gepresenteerd na zoveel jaren opname en dat kan ze nu verkopen. Ze wordt nu gezien als iemand die de hel heeft meegemaakt en daar uitstekend over kan vertellen en niet meer als een klein vies, eng vrouwtje met een spraak gebrek, die vast ook geen zinnige dingen kan zeggen. Als ze nu wat onduidelijks zegt, vraag je of ze het wil herhalen, omdat je weet dat het best wel eens interessant zou kunnen zijn.

We kenden ook krisissituaties in de wijk.

In een aantal straten stonden nog oude woningen te wachten op hun beurt om gesloopt of gerenoveerd te worden. In sommige woningen zaten krakers waaronder enkele mensen die zoals dat heet, aan de zelfkant van de maatschappij leefden en zich niet helemaal hielden aan de normen en waarden die in het algemeen gelden. Daar tussen zat Klaas, een jongeman van een jaar of 22. Hij viel op doordat hij ontzettend veel kabaal maakte. Vooral 's avonds als de buurkinderen wilde slapen leek Klaas zijn huis te verbouwen waarbij hij veelvuldig moest schreeuwen. Hij gooide ook dingen uit het raam, wat erg gevaarlijk kon zijn omdat hij op twee hoog woonde.

Klaas was eng; hij was vies, hij waste zich niet, had lange haren, hij deed rare dingen, kwam op straat en legde dan bijvoorbeeld apeltjes op de grond om er vervolgens een liedje bij te zingen. Als je hem dan vroeg waarvoor hij dat deed, keek hij je heel vuil aan en liep dan weg. Maar er waren nog meer enge dingen. Er kwamen krakers en junks bij Klaas over de vloer.

In deze oudere woningen was nog veel hout verwerkt waardoor ze als extra brandgevaarlijk golden. Regelmatig waren er brandjes in de buurt. Bij Klaas was er nog nooit brand geweest, maar door de kapotte ramen waar geen gordijnen voor hingen kon je makkelijk zien welke brandgevaarlijke dingen hij uitspookte. Hij had een stevig gasfornuis waar vier pitten dag en nacht op volle kracht stonden te branden. Voor Klaas was dit alleen voor de verwarming, want zijn kachel deed het allang niet meer. Voor zijn burens was het echter een duidelijke aanwijzing dat er vandaag of morgen bij Klaas ook brand zou uitbreken. Dit was voor de mensen die naast en boven hem woonden een voortdurende zorg. Toen er op een gegeven moment in het zelfde blok bij een junk brand uitbrak was de maat vol en besloot men maatregelen te nemen en te zorgen dat het gevaar Klaas zou verdwijnen.

Bij het minste of geringste werd de politie ingeschakeld. Die kwamen netjes langs, gingen met Klaas praten en moesten besluiten dat ze meer niet konden doen. Na enkele malen langs te zijn geweest, dacht de politie dat het misschien wel wat voor de Riagg was, want Klaas deed wel wat vreemd.

Ook de Riagg kon weinig doen voor de buurt: Klaas was meestal de vriendelijkheid zelf als de akute dienst langs kwam. Soms had hij een borreltje op, maar dat was toch geen goede reden om in te grijpen.

Enkele dappere buurtbewoners besloten dan zelf maar voor rust in de wijk te zorgen. Regelmatig kreeg Klaas bezoek van sterke mannen, die hem vertelden dat het gedonder afgelopen moest zijn. Hij moest zich aanpassen of maken dat hij uit de buurt kwam. Zo niet, dan zouden ze hem wel een handje helpen.

De wijkagent stond bijna iedere dag bij Klaas op de stoep in pogingen te bemiddelen in de steeds hoger oplopende situatie. Verschillende maatschappelijk werkers waren ondertussen al ingeschakeld en ook de bewonersorganisatie ging zich met de toestand bemoeien.

Klaas kreeg dus elke dag mensen op bezoek die hem op verschillende wijzen vertelden dat hij zich aan het misdragen was. De paniek in de buurt was overgeslagen naar het hulpverlenersveld en deze hadden gelukkig een geheim wapen achter de hand: de experimentele SPV!

Ik kreeg bezoek van buurtbewoners, wijkagenten, medewerkers van de woningbouwvereniging en maatschappelijk werkers. Allen wisten ze me te vertellen hoe ik dit zou kunnen aanpakken en allen bleken ze een ander idee te hebben. Uiteindelijk heb ik iedereen bij elkaar geroepen.

Tijdens die bijeenkomst besloten we, dat ik me vanaf nu met Klaas zou bemoeien en dat verder niemand pogingen zou doen om hem op wat voor wijze dan ook tot goed gedrag te manen.

Met de wetenschap dat het aandeel van de buurt in de eskalatie onder controle was ben ik naar Klaas gegaan om zijn idee over de hele situatie eens te horen.

Klaas bleek al een hele tijd stemmen te horen. Hij had zijn hele huis gesloopt om te achterhalen waar die stemmen vandaan kwamen. Vooral 's nachts werd hij door die stemmen geplaagd, alleen een hoop herrie maken bleek wat te helpen.

De laatste weken was hij ervan overtuigd geraakt dat deze stemmen de stemmen van de burens moesten zijn, die hem wilden wegpesten. Ze deden tenslotte ook overdag pogingen in die richting. Ik heb hem verteld wat de burens van deze situatie dachten, dat ze hem eigenlijk maar een engerd vonden zoals hij eruit zag. Ik vertelde hem ook dat ze hem best met rust wilden laten als hij maar zorgde dat het 's nachts wat rustiger zou zijn. Ik zou elke dag langskomen en als ze hem lastig gevallen hadden, zou hij mij dat vertellen en dan zou ik hun daarop aanspreken.

Klaas stemde hierin toe.

Deze simpele afspraken bleken al heel rustgevend te werken in de buurt, zowel bij de burens als bij Klaas.

Doordat ik bijna dagelijks bij Klaas over de vloer kwam, begon hij mij wat te vertrouwen en na verloop van tijd werd hij niet meer kwaad als ik opperde, dat die stemmen misschien wel voortkwamen uit zijn eigen hoofd. Na enkele weken kwam ik 's morgens vroeg bij hem langs terwijl hij als een razende door zijn huis rende. Hij bleek de hele nacht in touw geweest te zijn, ruzie makend met stemmen die hem van alles verweten.

Ten einde raad vroeg hij me of ik dan toch maar een van die smerige pillen wilde geven, waar ik het zovaak over had gehad. Hij had er nu genoeg van en wilde wel eens een keer rustig slapen.

Sindsdien verbeterde de situatie rond Klaas erg snel: de burens werden steeds vriendelijker tegen hem, hij kreeg zelfs een kachel van een buurman. En hij werd betrokken bij de planning rond de nieuwbouw in de straat. Hij werd van kraker tot legale bewoner gepromoveerd en telt ook nu nog als mede wijkbewoner mee.

Hoe kun je als SPV vanuit een Riagg op deze manier werken?

Voor de situatie als ik ze net beschreef was het van groot belang dat ik midden in de wijk zat. Iedereen die iets met de situatie te maken had wist me makkelijk te vinden en op iedere verandering die plaatsvond kon ik onmiddellijk inspelen.

Dankzij het experiment kon ik werken vanuit deze ideale positie.

Als je vanuit een Riagg buurtgericht wil werken zonder daadwerkelijk midden in de buurt te gaan zitten, is het op de eerste plaats van groot belang dat je je gebied zo organiseert dat je het helemaal kunt overzien. Je kunt het gebied waarvoor je als team verantwoordelijk bent verdelen onder de medewerkers en ieder een gebied nemen waar je als eerste aanspreekbaar voor bent.

Er zullen in de praktijk natuurlijk altijd overlappen zijn met andere gebieden, maar de werkers in jouw gebied moeten weten dat ze jou kunnen aanspreken.

Voor de uitvoering van je werk moet je weten wat de gewoontes zijn in jouw gebied: wat voor mensen wonen er in het algemeen, welke mensen werken er, wat willen die met hun werk.

Om ingangen in je gebied te hebben moet je een aantal sleutelfiguren kennen. En dan niet alleen de huisarts of de maatschappelijk werker maar ook mensen uit het informele circuit. Mensen, buurtbewoners, die bereid zijn om andere mensen op sleeptouw te nemen, die mensen kunnen introduceren bij weer andere mensen en instanties. Op die manier lukt het vaak om snel contacten te regelen voor je patiënten.

Voor de hele opzet is het van groot belang, dat je je bekend maakt in je gebied. Dat je laat zien dat je er bent en dat mensen een beroep op je kunnen doen. Als je duidelijk maakt hoe en in welke gevallen ze je kunnen bereiken en je bovendien zorgt dat je in voorkomende gevallen ook adequaat reageert zal deze methode snel vruchten afwerpen.

Stelling: Als je bij de behandeling en begeleiding van patiënten de buurt wilt gebruiken moet je vaak meer energie stoppen in het contact met de buurt, dan in het contact met je patient.

Netwerk beïnvloeding.

Door Hans de Vos
Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige.

Er is mij verzocht iets aan te geven van het nut en effect van netwerk beïnvloeding.

Voorwaar geen simpele opgave. Om deze reden niet simpel daar dit onderwerp mij nog niet zolang bezig houdt, er nog weinig duidelijkheid bestaat wat onder het begrip netwerkbeïnvloeding en/of sociale strategie verstaan dient te worden, er geen (methodische) scholing bestaat omtrent dit onderwerp en o.g. geen onderzoeker cq theoretikus is doch pragmatikus.

Dat ik toch op het verzoek ben ingegaan heeft te maken met het feit dat er m.i. weinig of geen behandelingsmethodieken zijn ten aanzien van de doelgroep (chronische) psychiatrische patienten en de voorkoming van opnames van deze groep, ik ben daar zeer in geïnteresseerd in. Juist omdat de overheid een deinstitutionaliseringproces opgang wenst te brengen lijkt mij het van belang dat onze beroepsgroep, die in dat proces een belangrijke rol dient te spelen, zoekt naar handvaten om dit proces te ondersteunen.

Om bovenstaande redenen heb ik bij het afsluiten van de kaderopleiding EMGGZ een werkstuk gewijdt aan sociale strategie.

Het verheugt mij dan ook zeer dat onze vereniging aan dit onderwerp een studiemiddag wijdt.

Ik heb inmiddels begrepen dat dit onderwerp een steeds grotere belangstelling geniet binnen onze beroepsgroep en een belangrijke plaats inneemt bij de nieuwe VO-Beroepsinnovatie te Utrecht.

Kontakten zijn belangrijk voor de geestelijke gezondheidstoestand. Geestelijke gezondheid heeft namelijk te maken met:

- een individuele behoefte tot groei;
- een netwerk van relaties;
- een netwerk van structurele condities.

Aan contacten zijn een aantal facetten te ontdekken:

Kwantitatieve facetten: Om redelijk in geestelijk evenwicht te blijven heb je tussen de 6 a 10 mensen nodig die je nabij staan - zgn intimi - en een 30-tal mensen die iets verder van je afstaan, zgn kennissen. Gebleken is dat hoe minder contacten er zijn de symptomatologie des te erger is als er psychiatrische klachten optreden.

Kwalitatieve facetten: Er is een onderscheid te maken in functionele en gevoelsmatige contacten of van een andere orde:

Multiplexe- en uniplexe contacten.

Multiplex wil zeggen dat je mensen kent vanuit meerdere situaties bijvoorbeeld werk en vrije tijd.

Als er geen contacten zijn dan komen er professionele (hulpverlenings) contacten voor in de plaats en ontstaat er een afhankelijkheidsrelatie die in stand wordt gehouden zolang er geen andere contacten ontstaan.

Welke waarde je nu moet hechten aan die contacten is in de literatuur (die ik geraadpleegd heb) niet duidelijk omschreven.

Kontakten dient u op te vatten als het hebben van een netwerk. Sommigen hechten zeer veel waarde aan het feit dat de contacten in de buurt zijn (Warren) om van hieruit de wereld te verbreden naar andere netwerken.

Anderen (Ellison) zeggen dat het niet bekend is welke invloed die omgeving heeft. Ze noemt ergens een voorbeeld dat het verband tussen schizofrenie en sociale isolatie niet duidelijk is. Is het een gevolg van het andere of is het omgekeerd? M.i. kom je hier niet uit zolang je lineaircausaal denkt.

Uitgaande dat er van wederzijdse beïnvloeding sprake is, is bovengaande volgorde niet van belang:

- Oorzaak is gevolg en gevolg oorzaak. Het zgn circulair of systeem denken.

Weer anderen (Pierloot) is van mening dat die invloed van de omgeving sterk gerelativeerd moet worden.

Tot slot is Romme van mening dat het een van de methodieken is die nuttig kunnen zijn om sociaal psychiatrische doelstellingen te bereiken.

Kortom: laat het nog niet duidelijk zijn welke invloed die omgeving heeft, dat er van invloed sprake is lijkt wel duidelijk.

Op welke wijze kan die omgeving nu ten nutte worden gebruikt?

In '75 schreef Hollis dat er nog veel geleerd moest worden en in '85 schreef Jenner dat er weinig bekend was omtrent methodes om het direkte leefmilieu te ondersteunen.

Ellison gaf een manier aan om het netwerk in beeld te brengen en lette op de:

- grootte/omvang van het netwerk;
- soort ondersteuning van het netwerk;
- mate van wederkerigheid van het netwerk;
- mate van kenmerkende wederzijdse samenhang.

Een m.i. beter uitgewerkt model staat in het stuk: "De chronische psychiatrische patient" van de RUL Maastricht waar ook een van de ander sprekers op deze middag, Dhr. Baars, aan meegewerkt heeft.

Op welke wijze die omgeving betrokken dient te worden en de mate waarin en vanuit welke organisatie(s) en/of dit enige kans van slagen heeft.

Dat zijn de vragen waar het om gaat! In mijn eerder genoemde werkstuk heb ik me beperkt tot de buurt. Ik peilde enkele kollega's middels een interview om te zien of de buurt gebruikt werd als ondersteuning.

Wat blijkt: de buurt werd alleen ingeschakeld als er reeds contact bestond tussen de buurt en de geïdentificeerde patient. Hiervan was nooit sprake als er geen contact bestond!

Ik zocht naar manieren om als er geen contacten in de buurt bestonden deze er dienden te komen. Dit om de geïdentificeerde patient zich te laten 'verankeren' in de buurt en de negatieve feedback die daar zou kunnen plaatsvinden te verminderen cq om te buigen naar een positieve feedback.

Deze opvatting werd ideaal-typisch genoemd. Verder zitten er nog meer onopgeloste facetten aan zoals het privacy element. Kun je zomaar m.b.t. iemand - de geïdentificeerde patient - contact opnemen met de buurt zonder diens toestemming?

Als er in de directe leefomgeving geen contacten bestaan valt er mogelijk weinig positieve feedback te verwachten voor de mensen die zich binnen die leefomgeving anders gedragen. De kans op uitstoting is groot.

Wat is bijvoorbeeld de waarde van goede contacten veraf, terwijl de contacten in de directe omgeving er niet zijn of wanneer de invloed negatief is?

Het zal u mogelijk duidelijk zijn: het vervreemdingsproces is al doorgedrongen in de buurten en ik ben er nog niet mee rond of dit als een onomkeerbaar feit geaksepteerd dient te worden of dat er op enigerlei wijze gewerkt dient te worden aan de 'opbouw van de buurt'. Met als doel een positieve feedback voor de omschreven doelgroep te stimuleren.

Wat betekent dit verhaal nu voor de praktijk? En dan bedoel ik mijn praktijk in de instelling (Riagg) waar ik werkzaam ben.

Bij nieuwe klanten wordt bezien hoe het netwerk eruit ziet en met name de contacten in de buurt. (Dit zeer globaal waarbij vooral gelet wordt op de 'positieve contacten').

De intake procedure is op dit moment in discussie. Steeds vaker komt het voor dat er geconstateerd wordt dat er geen contacten bestaan van enige emotionele betekenis.

De enige respons die er vaak komt is die van de buurt als er klachten zijn met betrekking tot de geïdentificeerde patient. (Burenlawaaï, angst etc.)

Sedert kort gaan wij met signalen uit de buurt anders om. Vroeger werd een en ander afgedaan, formeel geantwoord, bang de privacy van de geïdentificeerde patient in het geding te brengen en het idee dat deze activiteit niet patientgericht was. En daar is onze gezondheidsdienst toch voor opgericht en zijn wij als SPV-en voor opgeleid?

We zijn ervaring aan het opdoen met twee wijzen van benadering als er klachten uit de directe leefomgeving (de buurt) zijn over bij ons bekende mensen.

Deze twee manieren zijn vanuit de praktijk gegroeid:

1. een hulpverlener voor de geïdentificeerde patient.
een hulpverlener voor de buurt.
2. een hulpverlener voor de geïdentificeerde patient als voor de buurt.

Aktiviteit naar de buurt toe:

- inventariseren van de klachten;
- welke klachten zijn reeel (bv. burenlawaaï) en welke niet (b.v. projectie angst e.d.);
- uitleggen wat een instelling als de Riagg nastreeft en wat de mogelijkheden en onmogelijkheden zijn. Bv. uitleg KZ-Wet.
- uitleggen wat eventuele achtergronden van vreemd gedrag zijn en de effecten die het heeft op omstanders. Eventueel de bedoelingen die (vreemd) gedrag kunnen hebben.

Soms geschiedt een en ander in een overlegvorm met de buurtbewoners apart of gezamenlijk. Soms zijn hier andere instellingen bij betrokken zoals politie en woningbouwvereniging.

Wat is het doel van een dergelijke activiteit?

Uit de geringe ervaring die er nu is hebben we de indruk dat er een aantal grote lijnen tevoorschijn komen:

1. Er zijn klachten bv. burenlawaaï die feitelijk aanwezig zijn. Indien mogelijk is uit te leggen hoe dit komt, bijvoorbeeld hallucinaties, krijgt de buurt begrip en steunt eventuele acties dit om te buigen. Er ontstaat contact met een positieve feedback.

II. Er is burenlawaai en er ontstaat geen begrip. Het gaat om de feitelijke klacht, deze dient opgelost te worden. Er ontstaat alleen contact in de negatieve zin (negatieve feedback). Gevolg twee kampen. Gedrag is soms gericht b.v. een vreemde manier om contact te zoeken of om dingen duidelijk te maken wat blijkbaar niet op andere wijze kan. Soms is het een gevolg van eskalatie. Situatie is dan moeilijk terug te draaien.

III. Er zijn klachten die berusten op angst, men ziet iets vreemds, iemand kijkt raar, loopt vreemd, praat in zichzelf etc. Deze angst is niet vatbaar voor de omstanders- niet te beïnvloeden naar hun beleving. Het enige wat getracht wordt is te zorgen dat diegene die de bron van de angst vormt te laten verdwijnen. De uitstoting is begonnen. Indien de eskalatie niet zover is als bij II kan getracht worden dit gedrag te beïnvloeden.

Even terugkomend op de praktische uitvoering: In die situaties waar de activiteiten gedeeld worden door 2 hulpverleners, dwz een voor de geïdentificeerde patient en een voor de buurt hebben wij de indruk dat er in ieder geval geen rolconflict ontstaat. Je hoeft niet voor de geïdentificeerde patient op te komen omdat je je daar teveel mee hebt geïdentificeerd.

In die situaties waar er een hulpverlener is voor zowel de geïdentificeerde patient als voor de buurt ontstaat dit rollenconflict soms wel en soms niet.

Waar dit door komt is nog niet zo duidelijk. Mijn indruk is dat er (nog) niet zo'n emotioneel contact bestaat met die geïdentificeerde patient en/of (nog) niet mogelijk is.

Om u globaal een voorstelling te geven hoe een en ander in de praktijk verloopt geef ik u enkele voorbeelden uitgevoerd door een SPV.

geïdentificeerde patient is enige malen opgenomen in een APZ wegens psychotische decompensatie, gedraagt zich vreemt ten opzichte van de burens. Klient heeft geen contact met de burens, in positieve zin. geïdentificeerde patient gooit flessen naar beneden, soms op auto's van de burens, gooit ontlasting naar beneden op de was van degene die onder hem wonen, laat regelmatig eigendommen van burens die in het trappenhuis hangen (tijdelijk) verdwijnen of vernielt deze. Geïdentificeerde patient heeft buiten de directe burens met niemand contact, niet met ex-echtgenoot(e) noch met volwassen kinderen die zelfstandig wonen, noch met andere familieleden. De burens klagen tegenover de politie. Deze zegt niets te kunnen ondernemen en schakelt, na lange tijd, i.v.m. gekonstateerd gedrag de Riagg in.

Afspraak met de politie als er klachten zijn en de politie kan er niets mee, naar de Riagg verwijzen zodat contact kan ontstaan. Dit geschiedt.

geïdentificeerde patient is op gedrag niet aanspreekbaar. Uit de historie wordt duidelijk dat dit gedrag wel eens iets te maken kan hebben met een manier van contact leggen.

In de individuele contacten met de burens blijkt dat de situatie geskaleerd is. Men wil eigenlijk niet samenleven met iemand die zich zo deviant gedraagt. geïdentificeerde patient dient zich te gedragen of te verdwijnen. Men is ook bang voor haar verbaal geweld, vreemd gedrag etc. KZ-verklaring is niet aan de orde.

Er wordt getracht aan de burens uit te leggen wat mogelijk de betekenis van het gedrag kan zijn.

Deze zijn niet gevoelig voor argumenten van welke aard dan ook. Gevolg: burens willen verhuizen, hoe zal dit verder gaan?

Uitgevoerd door 2 hulpverleners.

Geïdentificeerde patient wordt aangemeld door de huisarts, vreemd gedrag. Contact met klient lukt moeizaam, laat niemand toe. Klachten van de buurt: Nachtelijke onrust, men is bang. geïdentificeerde patient kijkt vreemd, loopt met een tas op straat er kan wel iets gevaarlijks inzitten etc.

Er ontstaat een contact met de geïdentificeerde patient. Klachten uit de buurt eskaleren, er komen stukken in de krant. We leggen contact met de buurt, de woningbouwvereniging en de politie. Er wordt uitgelegd, nadat de klachten uitvoering zijn geïnventariseerd, wat iedere vertegenwoordiging kan doen cq niet kan doen.

Sommige mensen zien hier iets akseptabels in, anderen niet. Stukken in de krant: Instellingen worden aangesproken. Vanuit verdergaand contact met geïdentificeerde patient overweegt men een rechtelijke machtiging die niet bekrachtigd wordt.

Gevolg: Eskalatie in de buurt. Er ontstaat een stilte bij de geïdentificeerde patient. Politie breekt in op verzoek van de buurt, er is 24-uur niets vernomen, ze zou dood kunnen zijn. Geïdentificeerde patient wordt opgenomen op eigen verzoek.

Hoe verder als geïdentificeerde patient terugkeert?

In de korte tijd dat wij dit nadrukkelijker bezien hoe de contacten in de buurt liggen is mijn indruk dat de vervreemding in de buurten al aardig is doorgedrongen en dit roept de nodige vragen en opmerkingen op:

- Is het wel mogelijk de buurt te benutten, leeft ieder niet teveel individueel en is er eigenlijk niet meer sprake van losse en steeds losser wordende banden in de buurt?
- Is de buurt wel te gebruiken met als beginpunt klachten over een psychotische patient?
- Is het moment van wanneer er klachten zijn niet veel te laat om iets met die buurt te willen?
- Dienen er geen andere wegen bewandelt te worden om de buurt 'rijp' te maken voor bedoelingen als hierboven geschetst? Meer directe voorlichting cq preventieve activiteiten gericht op de buurt?
- Is de opzet van de Riagg organisatie (en dan heb ik het over mijn Riagg) niet veel te centralistisch? Moet er de-centraler gewerkt worden, bv wijkgericht? (Samenwerking met andere disciplines van andere organisaties dient nodig onderzocht te worden. Met name de eerste en de nulde lijn, mw-opbouw-werk).
- Is dat patient gericht denken, waar onze geestelijke gezondheidszorg op is gebaseerd, nu altijd wel nodig. Wordt dit niet te strak gehanteerd?
- Het sociale binnen de Riagg met betrekking tot het sociaal psychiatisch werken dient ontwikkeld te worden. (Vanuit een circulair denken kan er mogelijk niet alleen via de geïdentificeerde patient doch via de omgeving een ingang gezocht worden en kan men onderzoeken of dit als een methode van werken, net als andere methoden, gebruikt kan worden.

Het zal u duidelijk zijn dat het onderzoeken welke rol de buurt kan spelen maar een onderdeel is van netwerkbeïnvloeding. Uitgaande van een definitie van netwerkbeïnvloeding: Beïnvloeding van het maatschappelijke netwerk dwz directe sociale contacten, de verhouding tussen hen en hun verhouding met anderen die geen directe verwantschap hebben met de persoon waar de aandacht op gevestigd is (= de geldentificeerde patient).

- Voor mij is het duidelijk dat de aandacht niet alleen op de buurt gericht dient te worden doch dat er ook naar andere wegen gezocht dient te worden. Onder meer denk ik aan een ontmoetingsplaats (Bv. Fountain house projekt). Dit wordt des te meer van belang nu mensen die met de psychiatrie in aanraking zijn geweest moeilijker in het arbeidsproces, met name sociale werkplaatsen, ingepast kunnen worden onder meer door de overheidsbezuinigingen. Alleen ook hier weer, wie betaalt dat en wie organiseert dit?
- Bereikbaarheid van hulpverleners dient verbeterd te worden. Mensen moeten zoveel mogelijk op dezelfde hulpverlener een beroep kunnen doen. Dit vergt m.i. een aanpassing van de meeste Riagg organisaties; bijvoorbeeld een aparte afdeling voor chronische patienten.
- Er dient duidelijkheid geschapen te worden welke instelling welke functie in de GGZ uitoefent. Mijn indruk is dat alle instellingen steeds meer op elkaar gaan lijken. De achtergrond is m.i. het gevecht om de patient. De overheid zou hier een duidelijker positie dienen te kiezen i.p.v. de poli's van APZ-en te laten uitbreiden, een grotere groei van de Riagg mogelijk te maken. De huidige ontwikkeling is m.i. vragen om moeilijkheden.
- Op welke wijzen kunnen we die mensen betrekken bij de zorg en aandacht voor de geldentificeerde patient en die mensen die (nog) geen contact hebben met een geïdentificeerde patient die in hun nabijheid is.

Ik hoop dat u met mij een antwoord wilt zoeken op mijn vragen.