

SYLLABUS

**SOCIALE PSYCHIATRIE, CHRONICITEIT EN DE
ROL VAN DE SPV DAARIN**

nvspu

nederlandse vereniging van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen

Oktober 1987

S Y L L A B U S S T U D I E M I D D A G N V S P V

2 0 M E I 1 9 8 7

	INHOUDSOPGAVE	BLZ.
=====	=====	=====
<u>Kees Onderwater</u>	Inleiding	2
<u>Henry Henselmans</u>	Nieuwe inzichten en behandeling van chronische psychotici. Oude wijn in nieuwe zakken? Literatuur 'psycho-educatieve' ge- zinsbenadering van schizofrenen.	4 10
<u>Fedde Bergsma</u>	De sociaal psychiatrisch verpleeg- kundige en de dak- en thuisloze. Literatuur dak- en thuisloze zorg.	11 17
<u>Wil Schaekers</u>	Diskontinuiteit van zorg, met name bij chronisch psychiatrische patien- ten.	19
<u>Willy Spijkerman</u>	De rol van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige met de chronische psy- chotische mens.	28

Organisatie: Kees Onderwater.
Typewerk : Frans van Vugt.
Uitgave : NVSPV, Spui 41, 1273 MP Huizen,
Oktober 1987.

Inleiding door Kees Onderwater (SPV).

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

Deze middag is een vervolg op de studiemiddag van 28 mei 1986 waarvan u intussen het verslag ontvangen hebt. Toen stond het sociale in de sociale psychiatrie centraal. Met name de mogelijkheden om het netwerk te beïnvloeden werd door een aantal sprekers uitgewerkt.

Vandaag willen we meer de nadruk leggen op de rol van de SPV bij de behandeling en begeleiding van chronisch psychiatrische klanten. We hebben vier sprekers uitgenodigd. Twee ervan behoren tot de Amsterdamse intervisie-groep die nu al ruim 6 jaar bij elkaar komt en waarvan eigenlijk ook deze studiemiddagen geestes kinderen zijn.

Om u alvast een klein beetje in de stemming te brengen citeer ik nu twee korte uitspraken van Fedde Bergsma en Willy Spijkerman uit het interview in de Groen van 11 februari 1987.

Fedde Bergsma: "De kern van de zaak is de vragen van de klant te honoreren met een adequaat antwoord. Met mensen praten over hun eigen belevingswereld en over de manier waarop ze tegen de realiteit aankijken. Kijken en praten op een gelijkwaardig nivo in de zin van: Luister nou eens, het verbaast me toch wel een beetje dat jij zegt, ik slaap wel onder een lappendeken in een kraakpand, ook al vriest het twintig graden onder nul, want er zijn toch allerlei andere mogelijkheden.

Ik zeg niet jij bent gek dus ik haal je hier weg, maar hoe is het mogelijk dat je deze keuze maakt? Ik aksepteer het en kijk van daar uit of het mogelijk is om anderen keuzes te laten zien".

Willy Spijkerman: "Sociale psychiatrie is naar mijn mening de akseptatie van het feit dat er allerlei verschillende individuen en levensstijlen zijn. Ik ben veel minder geneigd om iemand gestoord te verklaren. De vraag is wat kan ik met die persoon doen zodat hij of zij toch een beetje sociaal geïntegreerd kan leven, wat voor dingen ontbreken daaraan. Iemand die in een huis woont en daar allemaal goederen verzamelt en weinig schoonmaakt loopt het risico opgenomen te worden door de overlast die hij anderen aandoet, de politie wordt ingeschakeld enzovoorts. Je kunt zeggen, die man is gestoord en moet dat afleren. Je kunt ook kijken in welke buurt die man beter zo kan leven zoals hijzelf wil".

Einde van het citaat uit de Groene.

Fedde Bergsma en Willy Spijkerman spreken eigenlijk over hetzelfde thema.

Dat thema luidt "Als de behandeling stopt begint het pas". Als de behandeling stopt worden de patienten weer geaksepteed als volwaardig mens en voelen zichzelf ook weer meer als mens geaksepteed.

Hoe gaan sommige niet-GGZ instellingen met gekte om en hoe kun je met handekaps toch een redelijk leven hebben?

Fedde en Willy zullen vanmiddag hier hun ideeën over uitspreken.

De andere twee inleiders, Wil Schaekers en Henry Henzelmans zijn exponenten van een groep sociaal psychiatrisch verpleegkundigen die op een of andere manier zeer actief zijn in projecten met daaraan gekoppeld wetenschappelijk onderzoek. In hun regio kregen ze de kans om als SPV een duidelijke visie te ontwikkelen en in belangrijke mate te participeren binnen deze projecten.

Wil Schaekers participeert in het resocialisatie project van de Riagg Westelijke Mijnstreek in Sittard.

Kontinuiteit en diskontinuiteit bij de begeleiding van chronisch psychiatrische patienten, heeft zijn speciale aandacht vanmiddag. Op de kaderopleiding van de Aemstelhorn te Amsterdam schreef hij z'n eindschrijftie over dit onderwerp. We zullen denk ik nog veel van hem horen in de toekomst.

Henry Henzelmans is een van de steunpilaren in het Rotterdamse Psychose Preventie Projekt (PPP).

Samen met twee andere SPV kollegae begeleidt hij de onderzoeksgroep van de als schizofreen gediagnostiseerde klanten.

De SPV-en hebben in dit projekt daardoor een zeer belangrijke rol. Het onderzoek zou kunnen aantonen dat een zogenaamde standaard-plus begeleiding meer mensen buiten de klinieken houdt. (Een standaard behandeling is een poliklinisch contact door een arts-assistent, een standaard-plus behandeling is een uitgebreidere begeleiding door SPV-en inhoudende huisbezoek, sociale ondersteuning, psycho education, netwerk opbouw en werken met de zgn. EE-scores.)

Henry vertelt u er vanmiddag meer over. Toen ik zijn eindschrijftie van de Voortgezette Opleiding Beroepsinnovatie te Utrecht onder ogen kreeg, voelde ik mij als praktijkwerker eindelijk geholpen met bruikbaar gereedschap voor het werken met de groep chronisch psychiatrische klanten.

Ik wens u een interessante en leerzame middag toe.

Nieuwe inzichten en behandeling van chronische psychotici.

Oude wijn in nieuwe zakken?

Door Henry Henselmans,
Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige,
Riagg Centrum-West Rotterdam.

Van oudsher is chronische psychiatrische problematiek niet onbekend aan sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. De laatste jaren mag de chronisch psychiatrische patiënt zich op een toenemende belangstelling verheugen. Gelukkig blijft deze belangstelling niet beperkt tot nota's en beleidsvoornemens, maar vindt ze ook een weg in de praktijk van het dagelijks werk. Hulpverleners lijken weer meer aandacht te willen besteden aan chronische patiënten. Voor alle duidelijkheid noem ik, dat ik in dit verhaal vooral uitga van de chronische psychotici, waarmee ik niet wil zeggen dat de groep chronische stoornissen in de sfeer van verslavingen en/of persoonlijkheidsstoornissen klein zou zijn, of om andere redenen niet van belang.

Een onderwerp vereist nu eenmaal afbakening en beperking. De vraag die ik wil stellen is of er argumenten zijn om de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen een bijzondere plaats te geven in de behandeling en begeleiding van chronische psychotici. Verderop in dit verhaal zal hierop een antwoord worden gegeven.

In Riagg Centrum West nam de psychiater Vlamincx het initiatief tot het starten van een Psychose Preventie Projekt (PPP). Dit projekt is mogelijk gemaakt door een subsidie van het preventiefonds. De doelgroep van dit projekt zijn schizofrene patiënten, die voldoen aan de DSM III criteria voor schizofrenie.

Het woord preventie is ingegeven door de doelstelling het aantal psychotische recidieven terug te dringen of te voorkomen.

Aan dit projekt is een omvangrijk onderzoek verbonden. Er worden 80 schizofrene patiënten op a-selekte wijze 'verzameld'. Ze worden gerandomiseerd in 2 groepen. Een groep die behandeld wordt op een polikliniek en een groep, (beiden groepen bestaan uit 40 patiënten) die door spv-en behandeld wordt.

De polikliniek groep fungeert in het onderzoek als de controle groep en de behandeling gebeurt hier door (assistent)psychiaters. Na 15 maanden wordt bekeken wat het verschil is in effect tussen de beide behandelingen.

Dit effect wordt op een aantal manieren bekeken.

1. Een meting van het psychiatrische toestandsbeeld bij de start en bij het einde van de behandeling d.m.v. de PSE.
2. Een meting van het sociaal functioneren d.m.v. de Groningse sociale beperkingen schaal. Dit ook bij de start en na afloop van de behandeling.
(Beide genoemde metingen zijn maten die bij iedere patiënt genomen worden).
3. Verder wordt na afloop van de behandeling bij patiënten en hun familieleden een onderzoek gedaan naar de mate van tevredenheid; een zogenaamd 'satisfactie' onderzoek.
4. Vanzelfsprekend levert nauwkeurige registratie ook een schat van gegevens op:

Het aantal heropnemingen, de duur hiervan. Het aantal kontakten met patiënten en familieleden. De hoeveelheid medikatie voorgeschreven en de wijze van toediening (oraal of in depot vorm).

De registratie-gegevens geven na afloop bovendien een antwoord op de vraag in hoeverre het gelukt is de voorgenomen behandeling aan te wenden. Bijvoorbeeld of het in voldoende mate gelukt is gezinsgerichte werkwijzen toe te passen, of simpel, of er contact met de patiënt tot stand is gekomen.

Tot zover de globale opzet van het PPP-onderzoek. Het gehele onderzoeksdesign bevat ongeveer 100 pagina's, dus het zal duidelijk zijn dat slechts enkele hoofdlijnen weergegeven kunnen worden.

De behandelingsmethodiek en de opzet van het projekt zijn geïnspireerd door een aantal buitenlandse onderzoeken. De effecten van psycho-sociale behandeling, gekombineerd met medikatie werden al aangetoond door Leff, Falloon, Goldstein en Anderson. Bij een aantal van deze onderzoeken speelt het begrip Expressed Emotion (EE) een grote rol. Het is gebleken dat de mate van EE in gezinnen een grote invloed heeft op het recidief percentage van schizofrene stoornissen. Een hoge EE geeft een hoger recidief-percentage dan een lage EE. De hoeveelheid kritiek en betrokkenheid van gezinsleden (t.o.v. de patiënt) bepalen uiteindelijk de hoogte van de EE, zoals die gemeten wordt in een semi-gestruktiseerd interview met gezinsleden. De EE score zegt dus iets van de houding t.o.v. de patiënt, die de patiënt van zijn direkte omgeving ondervindt.

In de Engelse en Amerikaanse onderzoeksliteratuur was verlagings van EE (indien hoog gebleken voor de start van de behandeling) altijd een van de doelen van de psycho-sociale behandelingen.

De stroming waaraan ik hier refereer is langzamerhand bekend aan het raken onder de naam: 'Psycho-educatieve' benadering. Hiermee wordt al aangegeven dat edukatie een belangrijke rol speelt. Edukatie over het ziektebeeld schizofrenie wel te verstaan. Deze edukatie richt zich zowel op de ouders (of andere significante anderen) als op de patient. Groepsbegeleiding van 'ouders' speelt hierin een belangrijke rol.

In de behandeling van het Psychose Preventie Projekt hebben we een aantal van deze psycho-educatieve inzichten proberen toe te passen. Mijn ervaringen zijn gunstig, en wel om de volgende redenen:

Het geven van tekst en uitleg over schizofrenie is een goede mogelijkheid met de zorgdragers (bijv. de ouders) van schizofrene patienten een relatie op te bouwen.

Het lijkt zorgdragers wat houvast te geven als ze weten hoe het in psychiatrisch opzicht is gesteld met hun zoon, dochter, broer enz. Hoe dat houvast precies in elkaar steekt weet ik niet, maar het lijkt er veel op dat vermindering van het schuldgevoel een rol speelt. Het verstrekken van informatie maakt het goed mogelijk een stap verder te doen en in overleg te treden over de vraag: Hoe nu om te gaan met de patient. Wat kan ik eisen van hem/haar. Welk gedrag moet ik tolereren, aan welk gedrag moet ik grenzen stellen?

Deze vragen leven sterk bij de zorgdragers en antwoorden zijn alleen te vinden in een behandelingsrelatie met enige continuïteit. Overigens wil ik opmerken dat sommige ouders, al of niet met andere ouders, zelf wegen hebben gevonden een schizofreen gezinslid op bevredigende wijze te hanteren en begeleiden.

In het individuele contact met patienten lijkt de edukatie al niet veel anders te gaan. Hoewel ik aanvankelijk bang was dat mededelen van de diagnose de relatie zou verslechteren, is dit nagenoeg nooit het geval. Het is dan wel van belang dat er een relatie met de patient is gevestigd, zodat de patient zich vrij voelt een en ander ter discussie te stellen. In het bijzonder dienen negatieve associaties met de term 'schizofrenie' besproken te worden. "Is mijn geest dan gespleten": zo luidt een veelvoorkomende vraag.

Het voorgaande legt mogelijk de nadruk op de officiële naam van de stoornis: schizofrenie.

Dat is niet mijn bedoeling, omdat na het geven van uitleg over de diagnose een aantal konsekventies besproken kunnen worden, die zon-

der de diagnose (of een eufemisme daarvan) niet besproken kunnen worden.

Als voorbeeld neem ik de begeleiding bij het medikatie-gebruik. Er zijn grofweg drie begeleidingsopties.

Een 'rogeriaanse': Doet u wat u denkt of voelt dat het beste voor u is.

De tweede is een autoritaire optie: Gebruikt u dit maar, want de doctor knows best.

En de derde optie: Overleg, tekst en uitleg. Zodat de patient weet wat hij ongeveer van de medikatie kan verwachten (inklusief bijwerkingen) en wat niet. Het lijkt me niet goed mogelijk een patient te motiveren voor onderhoudsmedikatie als de behandelaar en de patient het er niet over eens zijn, dat de patient te maken heeft met een stoornis die een tamelijk hoge recidief-kans heeft.

Eerlijkheidshalve moet ik zeggen, dat in akute situaties de tweede optie - de autoritaire - nogal eens voorkeur heeft. In het contact met ouders of andere zorgdragers is overleg over de medikatie belangrijk. Nog afgezien van uitleg over werking en bijwerking resteren er vragen als: Moet er toezicht gehouden worden, en op welke manier, en als dit al zou moeten gebeuren welk gezinslid of ouder zou dit het beste kunnen doen.

Ik ben opzettelijk iets uitgebreider ingegaan op de edukatie en de medikatie. Ten eerste omdat in de praktijk blijkt dat dit de belangrijkste thema's zijn. Ten tweede omdat deze twee behandelingscomponenten het meest concreet overdraagbaar te bespreken zijn.

Er is nog een thema wat ik niet ongenoemd wil laten, omdat het de inhoud van veel gesprekken met zorgdragers en patienten bepaalt: Ik doel hier op het sociaal functioneren. Het sociaal functioneren van schizofrene patienten vertoont een grote variatie. Sommige patienten functioneren goed in het gezin en soms in een betaalde baan. Anderen schieten tekort in zelfverzorging en in het geven van een invulling aan hun dag.

Voor familieleden is teruggetrokkenheid en apatie dikwijls nog een grotere belasting dan opvallende psychotische symptomen.

In ieder geval is zowel bij patienten als hun gezinsleden de vraag: wat kan ik eisen van mezelf respectievelijk van de patient. Het is van groot belang goed in te schatten in hoeverre een patient gemotiveerd/geprikkeld moet worden. In de praktijk gaan we uit van een herstelperiode van een jaar na een psychotische decompensatie.

Dit betekent dat te inspannende trainingen (bijv. Goldsteinachtige vaardigheidstrainingen) alleen in relatief stabiele fases met suc-

ces toe te passen zijn. Bij slechter funktionerende patienten, die geen enkele invulling aan hun dag kunnen geven, niet met geld om kunnen gaan, en tekort schieten in de zelfverzorging, moet eerder gedacht worden aan ondersteuning door gedeeltelijk overnemen van deze 'functies' dan aan aanleren van vaardigheden. Een dagkliniek of dagopvang moet hierin een belangrijke rol spelen.

Voor wat betreft de inhoud van behandelingen wil ik het hier even bij laten, en nog stilstaan bij de rol van de spv bij de behandeling van chronische psychotici in het algemeen.

Voor zover de indruk is ontstaan dat allerlei specifieke gezinsgerichte- en edukatieve begeleidingen het belangrijkste zijn, wil ik deze indruk meteen maar wegnemen.

Het belangrijkste is de opbouw van een therapeutische relatie, waarin ook medikatie een belangrijke plaats heeft. Daarnaast continuïteit in de relatie en bereikbaarheid van de behandelaar voor patient en familieleden.

Hierin hebben spv-en van oudsher wat te bieden. Het is niet ongebruikelijk dat spv-en een patient jarenlang begeleiden. De ruime omgangervaring opgedaan in het dagelijkse leven van een inrichting maakt het mogelijk begrip te hebben voor de noden van familieleden en hun verzoek om richtlijnen in de omgang met psychotici.

Ook ten aanzien van de bereikbaarheid hebben spv-en een pre. Het salaris maakt 5 dagen werken aantrekkelijker dan 4 dagen. Dit werkt bereikbaarheid in de hand.

Werking en bijwerking van medikatie en het vermogen hierover voorlichting te geven moet voor spv-en een bekend terrein zijn.

Blijkens nota's en beroepsprofielen heeft de spv een taak als het gaat om de relatie tussen patient en diens omgeving. Het konsept van de EE is in feite niets anders dan een empirisch onderzochte houding van de omgeving t.a.v. de patient. De gezinsgerichte werkwijze van de psycho-edukatieve benadering is niets anders dan het reguleren van de omgang tussen patient en omgeving.

Globaal zou ik het volgende willen stellen:

- a-specifieke behandelelementen (opbouw relatie, bereikbaarheid, continuïteit) is niet nieuw voor spv-en.
- specifieke behandelelementen; edukatie beïnvloeden van de EE enz., zullen klinken als nieuw, maar bij nadere beschouwing veel bekends in zich hebben.
- wel nieuw is de mate van systematiek in het PPP de hoeveelheid onderzoek die aanwijzingen geeft voor succesvolle behandelingen.

- tekorten in deskundigheid van spv-en zijn op te vangen door niet al te omvangrijke bijscholing.
- de belangrijkste medikamenteuze nieuwigheid dateert van 1952. Toen werden anti-psychotica geïntroduceerd.

Tenslotte, behandeling van psychotici kost tijd en energie. Een flexibele agenda van de hulpverlener is onontbeerlijk.

In 1946 schreef een psychoanalyticus dat mensen beschikken over een soort 'instinct' dat hij mastery noemt.

(Fenichel, The Psycho-analytic theory of neurosis, 1946, "mastery means the ability to handle outer demands and inner drives, to postpone gratification when necessary, to assure satisfaction even against hindrances).

Vrij vertaald luidt dit als volgt:

Het vermogen om te gaan met eisen van buiten en met innerlijke driften, het uitstellen van behoeftebevrediging indien noodzakelijk en het zich verzekerd weten van bevrediging, zelfs bij hindernissen.

Of het instinct bestaat weet ik niet, maar de eigenschappen ervan zijn wel belangrijk voor de hulpverleners van chronische psychotici.

Literatuur over de 'psycho-educatieve' gezinsbenadering van schizofrenen.

Artikelen:

- Berkowitz R. 1984; Therapeutic intervention with schizophrenic patient and their relatives: a discription of a clinical research project.; Journal of family therapy 6-211-233.
Dit artikel beschrijft de inhoud en werkwijze van de benadering van Leff in London.
- Barrowclough C., TARRIER N., 1984; Psycho-social interventions with families and their effects on the course of schizophrenia: a review.; Psychological medicine 1984 14, 629-642.
Dit overzichtsartikel besteedt aandacht aan verschillende bekende interventiestudies en behandelt ook de methodologische aspecten van de onderzoeken.
- Dingemans P.M.A.J. en Engeland H 1984; De relatie tussen de psychose recidieve en kwaliteit van de interactie patient-sociaal milieu.; Tijdschrift voor psychiatrie 25 472-491, 1984.
Een overzichtsartikel over de 'Expressed Emotion'.
- Rigo van Meer 1986; Steunende gezinsbegeleiding bij schizofrenie; Maandblad Geestelijke gezondheidszorg 9 867-877.

Boeken:

- Leff J. 1985; Family treatment of schizophrenia.;
In: Recent advances in clinical psychiatry.;
Ed: Kenneth Granville-Grosman. Churchill-livingstone 1985.
Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de overeenkomsten en verschillen van bekende interventiestudies. Zowel onderzoeksmethodologische als inhoudelijke aspecten worden duidelijk beschreven.
- Mc. Farlane W.R., Beels C.C.; Family therapy of schizophrenia.; New York Guilford Press 1983.
In dit boek leveren verschillende auteurs een bijdrage. Enkele hoofdstukken zijn erg praktisch, enkele hoofdstukken meet theoretisch georiënteerd.
- Anderson Carol, M.I. Riess., G.E. Hogarty; Schizophrenia and the family; New York Guilford Press.
Een zeer praktisch boek, wat een uitgebreide beschrijving geeft van educatieve- en steungerichte gezinsbegeleiding.
- Leff J., Vaughn C.; EE in families.; New York Guilford Press 1985.
Dit behandelt de gehele geschiedenis en evolutie van het EE begrip. Het is sterk theoretisch gekleurd en geeft niet direkt richtlijnen voor behandeling.

De sociaal psychiatrische verpleegkundige en de dak en thuisloze.

Door Fedde Bergsma,
Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige,
GG&GD te Amsterdam.

Bij de keuze voor het onderwerp vanmiddag speelden een aantal overwegingen een rol. Sinds ik bij de afdeling Volwassenen en Akute Psychiatrie van de Amsterdamse GG&GD werk, heb ik regelmatig bemoeienis met instellingen die zich richten op de hulpverlening aan de zogenoemde dak- en thuislozen. Met name sinds de reorganisatie van de AGGZ in Amsterdam, samenhangend met de oprichting van de Riaggs, wordt onze afdeling veelvuldig gekonfronteerd met de zwerfende, chronisch psychotisch psychiatrische patient.

Ik zal u vanmiddag iets vertellen over de werkwijze van een van de Hulp Voor Onbehuisden (HVO) projecten in Amsterdam. Verder zal ik globaal iets vertellen over de doelgroep van het HVO, de omvang van de doelgroep en het leefpatroon van de zwerver. Hoe wordt je zwerver en hoe kijken we tegen zwervers aan?

Uiteindelijk is het de bedoeling u te informeren over een methodiek die mijns inziens van belang is voor de ontwikkeling van de sociale psychiatrie.

Een ontwikkeling die essentieel is en waarin mijns inziens de soc. psychiatrisch verpleegkundige een belangrijke rol kan vervullen.

Professor Heyendahl, buitengewoon hoogleraar vanwege de Landelijke Stichting voor thuislozenzorg aan de universiteit van Nijmegen, geeft de volgende definitie voor een dak en/of thuisloze:

Een toestand van maatschappelijke zwakheid, waarin geen functionele verbanden of medemenselijke relaties van betekenis meer worden onderhouden, met verlies van een vast leefmilieu in de maatschappij. De mens die tijdelijk of blijvend in een dergelijke toestand verkeert, wordt door Heyerdahl thuisloos genoemd. Op basis van deze defenitie wordt het aantal dak en thuislozen in Nederland geschat op 150.000 tot 200.000.

Heyendahl constateert tevens een stijging, een stijging die hij mede verklaart als gevolg van de economische recessie. (Direkt en indirect, verschraling van de hulpverlening en van intra-murale opvang, plus de verindividualiserende maatschappij).

Ik ga vandaag niet in op de voor- en nadelen van deze op zich brede defenitie in, gemakshalve sluit ik me bij deze formulering aan.

Voor ons is het met name van belang dat Heyendahl met zijn defenitie alle intramurale psychiatrie plaatsen benoemt. Zonder hier verder op in te gaan is het verder van belang te wijzen op de afbouw van de APZ-en in de huidige vorm. (Overheids voornemen is om de komende jaren 6.000 APZ-bedden over te hevelen naar beschermde woonplaatsen. Ook deze woonplaatsen vallen onder de defenitie).

Heyendahl konstateert bovendien dat de huidige organisatie van de GGZ thuisloosheid kreeert. U moet hierbij denken aan weglopers uit de psychiatrie (ontslag tegen advies), patienten met gedragsstoornissen die uit de kliniek worden ontslagen en b.v. aan patienten die niet meer in hun oorspronkelijke leefmilieu worden geaksepteed na het ontslag uit het APZ e.d.

Er zijn in Nederland een aantal organisaties die zich richten op de hulp aan de hiervoor gedefinieerde groep nederlanders. De belangrijkste en/of bekendste zijn het HVO en Leger des Heils. Uit gesprekken met werkers uit dit soort organisaties wordt duidelijk dat er sprake is van een verschuiving van de problematiek.

Het oude beeld van de zwerver, het Swiebertje figuur, is niet meer aktueel. Dit beeld van de zwerver is te romantisch en onterecht. De doelgroep herbergt vele psychiatrische patienten, alcoholisten en drugsverslaafden en/of mengvormen van bovengenoemde probleemgebieden.

Opvallend is dat er in Nederland, in tegen stelling tot de USA weinig onderzoek is gedaan naar het leefpatroon, de achtergronden, de redenen die tot zwervgedrag hebben geleid e.d.

Er zijn in Nederland eigenlijk maar twee onderzoekers die zich tot op heden op dit terrein bewegen. Ik noemde Heyendahl reeds.

Daarnaast is M. Nuy een bekende naam. Vanuit mijn werk konstateer ik dat de GGZ zich meer met thematisch, wetenschappelijk onderzoek dient bezig te houden. De dagelijkse praktijk wijst immers uit dat steeds meer psychiatrische patienten gebruik maken van de hulp die geboden wordt door het Leger des Heils en hulp vanuit Onbehuisden projekten.

Vragen in deze zijn b.v.: Hoe komt het dat er steeds meer patienten in het zwervers circuit terecht komen? Dient de GGZ zich ook te richten op dit soort laag drempelige opvang mogelijkheden? Welke consequenties heeft e.e.a. voor de planning met betrekking tot de beschermde woonvormen e.d.? Voorlopig vragen te over die mijns inziens in eerste instantie op beleidsnivo verder dienen te worden uitgewerkt.

Terug naar de praktijk.

Ik vertel jullie vanmiddag iets over zwervers en de opvangmogelijkheden voor deze groep omdat ik van mening ben dat wij ons voordeel met de HVO traditie kunnen doen, met name voor wat het verder ontwikkelen van de sociale komponent van ons vak betreft.

Ik neem jullie mee naar 'de Wahlenburg'. De Wahlenburg is een internaat en is gelegen in de Nieuwmarkt. De Nieuwmarkt is, naar ik veronderstel bekend, een oude volksbuurt in het centrum van A'dam. De buurt wordt gekenmerkt door een grote betrokkenheid en solidariteit van de bewoners bij de buurt en bij elkaar. De Wahlenburg herbergt 60 mannen. Bij de voordeur hangt een bordje met vergunning licht alcohol houdende dranken. Als we het pand binnenlopen dan bekruipt je een deja vu. Het interieur doet sterk denken aan een chronisch paviljoen van een moderne psychiatrische inrichting. Aan de vele tafeltjes zitten/hangen mannen. De kamer staat blauw van de rook. De gezichten van de mannen zijn karakteristiek te noemen. Tellini zou enthousiast raken bij het zien van zoveel, door het leven getekende gezichten denk ik. Frappant verschil met een chronisch paviljoen is dat de bewoners een stuk levendiger zijn. Hier wordt geleefd!

De Wahlenburg is, zoals reeds aangegeven, een internaat voor zwervenden. Iedereen die geen onderdak heeft en zich voor wat langere tijd wil huisvesten komt in principe voor inwoning in aanmerking. Bij de kennismaking worden een paar essentiële huisregels afgesproken:

Geen diefstal, geen agressie, geen drugsgebruik (althans niet in huis) en respect voor de ander. De staf is niet zo geïnteresseerd in de (psychiatrische) geschiedenis, wel vraagt men naar de concrete toekomstplannen.

Wil je je definitief vestigen, beschouw je de Wahlenburg als een springplank naar zelfstandig wonen e.d.. Verder wordt met name geïnventariseerd welke sociale problemen er op dit moment aktueel zijn. Meestal blijken er problemen met uitkeringen en ziekenfonds te bestaan. (Voor uitkering moet je een vast adres hebben anders kom je niet in aanmerking voor een GSD uitkering. Hetzelfde geldt voor de ziekenfondsen).

De staf van de Wahlenburg gaat er primair vanuit dat de bewoners huisvestings problemen hebben. Voor hulp op psychisch gebied wordt konsekvent verwezen naar de huisarts en/of de AGGZ instellingen. De attitude van de staf leidt ertoe dat psychiatrische patiënten geacht worden zich aangepast te gedragen. Overtreding van de regels wordt niet verklaard vanuit het psychiatrisch ziektebeeld van de bewoner. "Je mag best gek zijn, je hoort je aan de regels te houden". Deze aanpak werkt wonder wel. Een dossieronderzoekje leert me dat 80% van de bewoners bekend is bij de (A)GGZ.

Mede dankzij een uiterst adekwate huisarts en ondersteuning vanuit de sociale psychiatrie functioneren in dit internaat vele chronische patiënten buiten de klinische psychiatrie.

Het is een voorbeeld van een andere vorm van hulpverlening t.b.v. psychiatrische patiënten die mijns inziens meer navolging verdient.

Ik wil u een uitspraak van een van de stafleden van het HVO niet onthouden:

"Pas als je stopt met behandelen, begint de klient op te knappen". Deze uitspraak houdt voor mij vooral in dat de bewoners met respekt worden bejegend. Juist deze bejegening geeft hun de kans weer meer zelfrespekt en verantwoordelijkheid te ontwikkelen. Dit is een sociaal psychiatrische aanpak bij uitstek. Ik hoop dat voor vele aanwezigen deze visie als overbekend wordt ervaren.

Nog een paar voorbeelden van de werkwijze van de Wahlenburg.

Enige jaren terug is het zogenaamde Vuilharmonisch orkest opgericht. Dit orkest wordt bemand door mensen die soms wel eens een instrument hebben bespeeld tot mensen die geen noot kunnen spelen. Het aksent ligt op de gezelligheid. Met behulp van een sponser is een plaatje opgenomen, de a-kant van de singel heet: lalalalalalalalala ! etc. etc. Dit orkest wordt gedirigeerd door een man die jarenlang vanwege zijn dwerggroei is gediskrimineerd. Nu wordt hij in de buurt met 'respekt' aangesproken als 'de dirigent'.

De provincie Noord Holland heeft onlangs de verdedigings linie (bunkers uit wereldoorlog II) tot monument verklaard. De Wahlenburg heeft in het Spaarne land een paar bunkers gekocht. De bedoeling is om met de bewoners regelmatig in deze bunkers te overnachten. Men is bezig met een fiets reparatie projekt teneinde vervoer te hebben naar het weekendadres. Men is opzoek naar roeibootjes om te kunnen vissen etc.

Kortom arbeids revalidatie in een zeer speciale vorm. Een vorm die mijns inziens navolging verdient voor de vaak ver van de dagelijkse praktijk afstaande ergo therapieën in de APZ-en.

Om het idee de wereld uit te helpen dat alleen in Amsterdam iets voor zwervers wordt gedaan, geef ik hierbij een overzicht van de steden waar HVO instellingen zijn gevestigd: Amsterdam, Baarle Nassau, Beekbergen, Dordrecht, Eindhoven, Enshede, Den Haag, Helmond, Leeuwarden, Maastricht, Nijmegen, Rotterdam, Tilburg en Utrecht. In dit lijstje zijn de vele organisaties niet genoemd die in allerlei steden proberen iets voor de zwervers te doen.

Wat kan je als Riagg medewerker nu betekenen voor een HVO of liever welke voordelen kan een HVO hebben voor een behandeling van een chronisch psychotische patient?

Verderop zal ik u een kusus voorleggen waaruit hopelijk duidelijk wordt dat, mits er een goede samenwerking tussen de GGZ en het HVO bestaat, een belangrijk besluit om iemand op te nemen in een APZ wellicht genuanceerder kan plaatsvinden als er een tussen oplossing zou zijn bijvoorbeeld middels opname in het HVO. Het is immers juist het HVO wat door zijn sterke maatschappelijk georiënteerde aanpak, resocialiserend werkt. Als een afdeling Sociale Psychiatrie van de Riagg bereid is actief outreachend te werken kan naar mijn oordeel voor een aantal chronische patienten een opname in het achterland van een APZ worden voorkomen.

Kusus over de heer B.

B. wordt via de 7 x 24 uursdienst aangemeld bij de Riagg. Hij is floride psychotisch, bij vlagen agressief. Niet gemotiveerd voor medikatie. Wil geen opname.

Het beleid is globaal: proberen of eventuele gedwongen opname gerealiseerd kan worden. Op dit moment zijn er geen gronden voor een In Bewaring Stelling (IBS).

De spv van de Riagg inventariseert de problemen en komt tot het volgende overzicht:

De heer B. is ex-vreemdelingenlegioenfunctionaris. Heeft onder meer in Vietnam gevochten. Sinds een aantal jaren is hij bezig om van zijn huisbaas gedaan te krijgen dat laatst genoemde een aantal broodnodige herstelwerkzaamheden aan de woning uitvoert. De huisbaas weigert en klient procedeert, teneinde zijn recht te halen. Na jaren lange frustraties, tot brieven schrijven aan de koningin toe, wordt klient in 1985 opgenomen in een APZ.

De opname duurt kort, er wordt niets aan de sociale problematiek gedaan. Er volgt nog een opname in begin 1986 wederom kort zonder dat er aandacht wordt geschonken aan de sociale situatie.

In de contacten met de heer B. merkt de spv dat de heer B. erg dreigend is en de agressie neemt zodanig vormen aan dat besloten wordt voorlopig het contact te stoppen en toe te werken naar opname via de rijdienst.

B. wordt echter in 1,5 maand niet in de 7 x 24 uursdienst gezien, hetgeen wil zeggen dat hij geen overlast veroorzaakt. De spv besluit tot een huisbezoek en treft een onbeschrijflijke puinhoop aan: verrotte konijnen, gaten in het dak, zeer slecht onderhouden! De burens bevestigen dat de huisbaas niets aan de woning wil doen. Klient vertelt afgesloten te zijn door het GEB, sterker nog, een half jaar geleden is hij uit zijn huis gezet door een deurwaarder. Deze laatste kwam, omdat klient de laatste tijd geen huur meer had betaald, omdat er geen onderhoud werd verricht. Overigens is klient erg down en passief. Hij uit zich verward. Kortom psychotisch. De spv besluit dat huisvesting het grootste probleem is en dat verder de psychose-behandeling behoeft met medikatie.

De spv treedt in overleg met het HVO de Wahlenburg, en legt de probleemstelling voor. Huisvesting, uitkering en de verwardheid. De spv spreekt af, dat de begeleiding door de Riagg gekontinueerd zal worden als klient zou worden opgenomen. De heer B. krijgt het voorstel eens bij de Wahlenburg te gaan kijken. De doelstelling wordt uitgelegd, tijdelijke opvang, teneinde andere huisvesting te regelen en de uitkering weer in orde te brengen. Bovendien middels medikatiegebruik de stemming te stabiliseren. De heer B. stemt toe. Na een kennismaking wordt afgesproken dat B. kan komen. Voor de plaatsing eet hij al een paar keer mee. De psychose verbleekt ten gevolge van medikatie (depot Haldol) snel en de plaatsing wordt gerealiseerd.

We zijn nu een half jaar verder. De heer B. krijgt deze of volgende week een huis. HVO heeft in samenwerking met de Riagg en de GG&GD een huis geregeld via de Gemeentelijke Dienst Herhuisvesting, de medikatie is gestopt. De uitkering is geregeld. Hij werkt als vrijwilliger in het fietsreparatieproject (voor de bunkers). Verder wordt er door de medebewoners en de staf al wat gescharreld voor meubeltjes e.d. voor de heer B. Iedereen leeft mee en is praktische zaken aan het regelen, teneinde B. te helpen zijn huisje zo snel mogelijk te betrekken. Het halve jaar duurde B. soms veel te lang,

hij heeft inmiddels geleerd, dat de bureaucratie uiterst langzaam werkt.

Stellingen:

- Doe maar gewoon, de patient snapt je zo ook al nauwelijks.
- SPV-en dienen zich te bezinnen op hun doelgroep. Een van de belangrijkste groepen waar de spv mee gekonfronteerd gaat worden is de chronisch psychotische patient.
- SPV-en kunnen middels samenwerking met HVO's het gat tussen thuis begeleiden of opname in een APZ beduidend verkleinen. Tijdelijk verblijf in een HVO, gekombineerd met actieve zorg van een spv, biedt soms een goed alternatief voor opname in een APZ.
- HVO Nederland dient betrokken te worden bij de planning van de beschermende woonvormen.

Gebruikte bronnen:

- Diverse publikaties in onder meer Volkskrant, Algemeen Dagblad, Telegraaf, Parool, Bijlage VN, Panorama en de Tijd.
- Orwell G.: Aan de grond in Londen en Parijs.
- Troelstra S.W.: Begeleid zelfstandig wonen voor volwassenen; MGV 1-86.

Verdere literatuur:

U treft hieronder een uitgebreide literatuurlijst aan vanaf 1980. I.v.m. de veelheid zijn enkel Nederlandse boeken of artikelen vermeld. Voor hun die daar belangstelling in hebben is er, bij het sekretariaat van de NVSPV, een literatuurlijst vanaf 1773 te verkrijgen.

Heyendael P., Nuy M., Hazendonk A.v.: Uit de pas. Denkbeelden, theorieën en onderzoek over thuislozen en andere maatschappelijke gehandicapten.; Dekker & van de Vegt, Nijmegen, 1980.

Nuy M.: Onderzoek maatschappelijk gehandicapten. Samenwerking: mogelijkheden en ideeën.; In Tijdschr. Mens en Onderneming, nr. 6, 1980.

Giel R.: Vrije vogels of vogelvrij. Over landloperij en psychose in verre landen.; MGV, nr. 11, 1981.

Heyendael P. en Nuy M.: Kenmerken maatschappelijk gehandicapten. Clusters en voorzieningen.; Tijdschr. Psychiatrie, 23 (1981).

Heyendael P. en Nuy M.: Attitudes van thuisloze mensen.; Tijdschr. voor Psychologie & Gedrag; 9 (1981) 233.

- Nuy M.: Beschermd wonen. Over het leven en werken in een pension-tehuis en andere vormen van beschermd wonen.; Dekker & van de Vegt, Nijmegen, 1982.
- Coenegrachts K. en Van Cauwenberge K.: Een bed voor meer dan een nacht.; Oikonde, Gent, 1983.
- Heyendael P. en Nuy M.: Kategoriaal institutionaliseren van maatschappelijk gehandicapten: een achterhaalde visie.; Tijdschr. Metamedica, 62 (1983) 334.
- Heyendael P. en Nuy M.: De thuisloze: een sociaal kwetsbare figuur.; MGV, 38 (1983) 1177.
- Nuy M.: De maatschappelijk gehandicapte: een poging tot portret.; Tijdschr. Psychiatrie, nr. 11, 1983.
- Heyendael P. en Nuy M.: Een overzicht van feiten en denkbeelden m.b.t. de thuislozenzorg in Nederland.; Tijdschr. Sociaal, Brussel, 6 (1985) 15-19.
- Heyendael P. en Nuy M.: Thuislozen en gezondheidsvoorzieningen. I. Gedrag en eigenschappen van thuislozen, de thuislozenzorg en problemen met gezondheidszorgvoorzieningen.; Tijdschr. Ziekenverpleging, 38 (1985) 296-299.
- Heyendael P. en Nuy M.: Thuislozen en gezondheidsvoorzieningen. II. De verzorging en verpleegbehoefte van thuisloze mannen. Onderzoekgegevens van een instelling. De SIVIS.; Tijdschr. Ziekenverpleging, 38 (1985) 342-345.
- Heyendael P. en Nuy M.: Thuislozen en gezondheidsvoorzieningen. III. De organisatie van de thuislozenzorg. Over opvang en begeleiding van bewoners en passanten.; Tijdschr. Ziekenverpleging, 38 (1985) 370-374.
- Quispel F. en Sloekers M.: Medische zorg voor daklozen.; Medisch Contact, nr. 51/52, 1985.
- Nuy M. en Heyendael P.: De passant in de thuislozenzorg. Eindrapport van een onderzoek naar gedrags- en gezondheidskenmerken van passanten gebaseerd op waarnemingen door groepsleiders.; I.S.G. reeks, Nijmegen, 1986.
- Nuy M. en Heyendael P.: De verzorgings- en verpleegbehoefte van thuisloze mannen en vrouwen.; Rapport I.S.G. reeks, Nijmegen, 1986.
- Landelijke Stichting voor Thuislozen en Onderdak: Jaarverslagen.; Den Haag.

Diskontinuiteit van zorg, m.n. bij chronisch psychiatrische
patienten.

Door Wil Schaekers,
Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige,
Riagg Sittard.

Er is mij gevraagd om iets te vertellen over het resocialisatieproject in de Westelijke Mijnstreek; de regio waar ik werk. Dit is een project wat zich met name bezig houdt met onderzoek en begeleiding van de zogenaamde 'Long Term' klient. Long Term staat dan voor chronisch psychiatrische patient en naast de Long Term is er ook sprake van de Long Stay klient. Dit is de klient die langdurig opgenomen is in een APZ.

Ik zou willen beginnen met mezelf voor te stellen en enige specifieke kenmerken van de regio Westelijkelijke Mijnstreek te vertellen. Daarna zou ik iets willen vertellen over de achtergronden en de opzet van het resocialisatie-project zoals dat gelopen heeft in de Westelijke Mijnstreek en het 'Social Breakdown Syndroom' om vervolgens over te gaan tot het aangeven van de valkuilen bij het werken met langdurige begeleidings-klienten.

Welnu, ik ben Wil Schaekers. Sinds ongeveer 13 jaar werkzaam bij de Riagg Westelijke Mijnstreek. Ik heb na mijn svp-opleiding in Breda de driejarige systeem- en communicatie opleiding gevolgd in Hove aan de Interaktie Akademie en ook een consultatie-opleiding heb ik gevolgd. Momenteel ben ik bezig met de afsluiting van de kaderopleiding in Amsterdam en in mijn skriptie (die ik jullie uiteraard van harte aanbeveel) zal ik het met name hebben over de continuïteit en de diskontinuiteit van begeleidingen bij de chronisch psychiatrische klient.

Ik werk in het team Sociale Psychiatrie van de Riagg Westelijke Mijnstreek. Dat is een team wat zich alleen bezig houdt met sociale psychiatrie en akute psychiatrie. De psychosociale hulpverlening voor volwassenen is ondergebracht in een apart team. De regio Westelijke Mijnstreek die de Riagg bedient heeft ongeveer 170.000 inwoners; Sittard en Geleen vormen daarvan de stedelijke hoofdkernen. Daaromheen is er een randgebied met een vijftal gemeenten. De mijn-industrie heeft grote invloed gehad op de maatschappelijke verhoudingen in de regio. Overblijfselen daarvan zijn de staatsmij-

nen, de huidige DSM in Geleen wat de grootste werkgever is voor onze regio. Vanuit Sittard, waar het bureau van de Riagg gevestigd is, is de regio goed te overzien; de langste afstand om aan de grenzen te komen van de regio is ongeveer 12 km. In de regio zelf is er geen APZ aanwezig; bij opnames moeten we gebruik maken van het 25 km. verder gelegen Psycho Medisch Streekcentrum Vijverdal.

Wel is in de regio aanwezig een versterkte PAAZ en is er een Hostel waar 16 patiënten opgenomen kunnen worden. Overigens is dat Hostel tot stand gekomen in samenwerking tussen SPD en Vijverdal. Binnen de regio zijn er een aantal samenwerkings-relaties tot stand gekomen op uitvoerend niveau. Ik noem er hier enkele van:

- Tri-partite-overleg.

Dit is een overleg tussen de APZ, PAAZ afdeling en het SPD-team van het Riagg, die maandelijks bij elkaar komen om de verwijzingen over en weer te bespreken en om afspraken hieromtrent te maken.

- 7x24-uursbereikbaarheidsdienst Westelijke Mijnstreek.

Deze wordt gerealiseerd door CAD Westelijke Mijnstreek, Riagg, PAAZ en Vijverdal. De pool van medewerkers die ingeroosterd zijn voor deze dienst komen uit de diverse ggz-voorzieningen, die ik net noemde. De coördinatie daarvan ligt bij de afdeling Sociale Psychiatrie.

- Resocialisatie-project Westelijke Mijnstreek.

Dit is een geformaliseerd onderzoeks- en actie-project met verschillende instellingen. Hier zal ik dadelijk verder op ingaan.

Naast deze formele samenwerkingsrelaties op uitvoerend niveau zijn er natuurlijk ook een aantal informele samenwerkingsrelaties. Maar dat zou te ver voeren om hier allemaal te noemen.

Ik zou nu iets willen vertellen over de achtergronden en de opzet van het resocialisatie-project.

Aangezien wij - en onder dat wij versta ik de maatschappij en dus ook de hulpverleningsinstellingen in die maatschappij - het dus niet meer akseptabel vinden dat chronisch psychiatrische patiënten langdurig op afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen verblijven, maar meer pogingen doen om ze vooral zoveel mogelijk in de maatschappij te integreren, is de hulpverlening er niet gemakkelijker op geworden.

De continuïteit van zorg is een belangrijk aandachtspunt geworden. Hulpverleners moeten een hulpverleningsrelatie opbouwen en in stand houden waarin de benodigde zorg daadwerkelijk geboden kan worden; dat is een zware opgave. Immers, chronische patiënten worden vaak

ervaren als ongemotiveerd en moeilijk benaderbaar, als mensen met veel problemen en weinig veranderingsmogelijkheden. Het resocialisatie-project in de geestelijke gezondheidszorg in de Westelijke Mijnstreek is ongeveer vier jaar geleden gestart en is een gezondheidszorg ontwikkelingsproject.

Het project heeft tot doel de ambulante hulpverlening aan mensen die, mede tengevolge van langdurige ernstige geestelijke gezondheidsproblemen, zich moeilijk in de maatschappij kunnen handhaven te verbeteren. Dit verbeteren richt zich vooral op de hulpverlening maar ook op de samenwerking tussen instellingen. Het richt zich dus vooral op de hulpverleners die met deze doelgroep omgaan en het project willen ondersteunen bij het vinden van effectievere manieren van omgaan met social breakdown cliënten.

Aan de hand van een praktijkvoorbeeld zal ik illustreren wat er verstaan wordt onder Social Breakdown.

Social breakdown syndroom vanuit verschillende ambulante settingen

Een praktijkvoorbeeld.

Stel u voor een vergadertafel waarachter een flink aantal mensen zitten met serieuze gezichten en dikke dossiers voor zich op tafel. Zij zijn allen hulpverleners: een psychiater in opleiding van het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ), een huisarts, een medewerkster van de Sociale Dienst, een psychiater en een spv van het SPD-team van het Riagg, een maatschappelijk werker van het CAD, een medewerkster van de Kinderbescherming, twee medewerksters van de Gezinszorg. Kortom een kapitaal aan hulpverleners bij elkaar.

Ze zijn samengekomen rondom een probleemgezin. De centrale persoon daarin is een vrouw van ruim 40 jaar.

Verder zijn erbij betrokken haar drie kinderen van 14 tot 20 jaar en haar ex-echtgenoot, waarvan ze weliswaar is gescheiden maar die bij tijden nog een grote invloed heeft op de situatie.

Een ieder van die hulpverleners doet zijn verhaal.

Zo vertellen de mensen van het Riagg over de enorme chaos, die ze thuis hebben aangetroffen, zowel in materiele als organisatorische zin; ze vertellen over de conflicten met mensen uit de naaste en verdere omgeving, die steeds aan de telefoon hangen.

De vrouw is iemand die erg verward is en psychotische verschijnselen vertoont. Over het jongste kind vertellen ze dat hij volledig op zichzelf is aangewezen. De middelste zoon is al enige tijd uit huis, maar voelt zich eigenlijk nog erg verantwoordelijk voor het gezin en komt regelmatig terug. Zelf zit hij echter volop in de

problemen, waarbij drugs een rol spelen. De oudste zoon ligt in bed of is afwezig en heeft ook de nodige problemen met drugs. Het probleem waar de medewerkers van het Riagg mee zitten is 'hoe kunnen we nu wat minder achter de krisis aanhollen en hoe kunnen we een beleid op langere termijn uitstippelen'.

Op dezelfde manier vertelt de arts-assistent van het APZ zijn verhaal over hoe de vrouw verward en psychotisch opgenomen wordt en in de gestructureerde omgeving van het ziekenhuis snel tot rust komt, waarna een zwakbegaafde vrouw overblijft voor wie in feite geen opnameindicatie meer bestaat. Hij zit dan met het probleem wat het APZ in vredesnaam met die opnames aanmoet.

De gezinszorg, die er in een later stadium bij geroepen is, brengt verslag uit van pogingen om wat meer structuur in het huishouden aan te brengen; hun probleem is dat ze er regelmatig uitgemikt worden en vragen zich dan ook af 'kunnen wij daar wel iets aan bijdragen'?

De Sociale Dienst is erbij betrokken omdat de vrouw regelmatig aan komt kloppen om geld te eisen en daarbij ook een hele reeks andere problemen op tafel legt. De Sociale Dienst ziet dat er hoge nood is maar is er niet op ingespeeld om zulk soort problemen aan te pakken.

De Kinderbescherming uit haar bezorgdheid vooral ten aanzien van het jongste kind, dat tijdens de opnames in een internaat werd ondergebracht en zit met de vraag of een procedure in gang moet worden gezet voor ontzetting uit de ouderlijke macht.

Het CAD vertelt over de bemoeienissen die ze gehad hebben met de man voor diens alcoholproblematiek en met de zonen die met drugproblemen zitten.

En last but not least: de huisarts, die vertelt dat zijn bijdrage noodgedwongen beperkt blijft tot het uitdelen van een spuit wanneer hij op verzoek van de burens akute situaties moet sussen.

Dit is een voorbeeld van een praktijksituatie met klanten die

- al een langdurige carrière in de hulpverlening hebben, waarbij vaak periodes van hospitalisatie of andere vormen van verwijdering uit het milieu hebben plaatsgevonden;
- zich moeilijk en zonder hulp van derden vrijwel niet in de gewone maatschappij kunnen handhaven;
- veelzijdige problematiek hebben die de grenzen van de afzonderlijke instellingen overstijgt, zodat vaak, soms zelfs gelijktijdig, meerdere hulpverleners erbij betrokken zijn.

Bovengenoemd voorbeeld zou je een Social Breakdown gezin kunnen noemen.

Er bestaat geen algemeen geaccepteerde theorie, die verklaart waarom sommige mensen met geestelijke gezondheidsproblemen terecht komen in een proces van toenemend marginaal functioneren terwijl andere mensen na verloop van tijd restloos, soms zelfs beter herstellen. Studies over verloopvormen voor schizofrenie bewijzen dat.

Uit onderzoek (o.a. in het resocialisatie-project) blijkt dat er overeenkomstige problemen zijn ongeacht of het nu gaat om chronische psychiatrische patienten, chronische verslaafden of mensen die langdurig met de reklassering in contact zijn of mensen die men rekent tot de thuislozen.

Ook al speelt de oorspronkelijke problematiek een rol, deze wordt veelal overschaduwed door wat Gruenberg treffend heeft aangeduid als het Social Breakdown Syndroom, de verschijnselen die een uiting zijn van sociaal uitgerangeerd zijn.

Deze overeenkomst in problematiek maakte het de moeite waard om de ervaringen en faciliteiten van de daarbij betrokken hulpverlenende instellingen te bundelen om tot een gemeenschappelijke regionale aanpak te komen.

Dat is nu wat plaatsvond in het resocialisatie-project Westelijke Mijnstreek, waarin hulpverleners van de PAAZ (Depot-poli), Riagg (SPD-team), verslavingszorg (CAD), justitieel georiënteerde zorg (ARV) en welzijnszorg (AMW) participeren. Samen met de faculteit Sociale Psychiatrie.

Uitgaande van situaties uit de dagelijkse praktijk werd gezocht naar manieren hoe de hulpverlening te verbeteren. Aan de hand van een 60-tal gevalsbeschrijvingen is een inventarisatie gemaakt van de belangrijkste kenmerken van de problematiek van de Social Breakdown Klient.

Onderzochte klanten moesten dan aan twee voorwaarden voldoen:

1. een hulpverleningscarrière hebben van 5 jaar of langer;
2. minimaal 1x opgenomen zijn geweest of een andere verwijdering uit het gezin met een totale duur van minstens 3 maanden.

Uit die inventarisatie kwamen de volgende kenmerken naar voren, die de kern vormen van het Social breakdown Syndroom.

- 1) Een tekort aan vaardigheden om met alledaagse problemen om te gaan.
- 2) Een neiging om met extreem gedrag te reageren bij (te) moeilijke situaties.
- 3) Het ontbreken van een netwerk van wederzijds bevredigende relaties
- 4) Het ontbreken van zingevende dagvulling.
- 5) Een interactiepatroon met hulpverleners dat gemakkelijk leidt tot diskontinuiteit.

Een van de facetten die ook onderzocht zijn, zijn de problemen die zich voordoen in de relatie tussen de hulpverlener en de klient bij langdurige behandelingen respectievelijk begeleidingen. De valkuilen die zich in die relatie tussen hulpverlener en klient voordoen zou ik hier wat verder aan de orde willen stellen.

Als eerste de onmogelijke hulpvraag als valkuil.

Vaak is er bij chronische patienten sprake van een reeks afgebroken en weer opnieuw begonnen behandelingen. Veelal bij verschillende hulpverleners en vaak ook nog bij verschillende instellingen. Zo'n start van zo'n nieuwe behandeling begint vaak met een onmogelijke hulpvraag. Een voorbeeld daarvan: een probleem of een symptoom waarvoor klient al jarenlang behandelingen zonder succes heeft ondergaan, wordt gepresenteerd als het probleem. Een ruim 40-jarige verslaafde man meldt zich opnieuw aan om van zijn verslaving afgeholpen te worden, terwijl hij al vaker hiervoor zowel klinisch als ambulant in behandeling is geweest. Wanneer je met zo'n behandeling start, met als doel de verslaving aan te pakken, dan loop je een groot risico dat je zowel jezelf als de klient teleurstellingen bezorgt omdat het doel veel te ver gezocht is. Hulpverlening zou dan moeten starten met het zoeken naar sub-doelen die op korte termijn haalbaar zijn. Bijvoorbeeld: hoe kan zo'n klient zich ondanks zijn verslaving toch redden in zijn systeem of hoe kan hij minder overlast bezorgen aan de omgeving die hem uitstoot en waar telkens eskalaties ontstaan. Het zoeken naar kleine haalbare doelen vergt dan veel inventiviteit en soms ook fantasie van de hulpverlener. Indien dat niet gebeurt volgt er gemakkelijk afhaken van de klient of dat de hulpverlener zijn contact gaat verminderen of uiteindelijk dat zich het zgn. burn-out syndroom voordoet, de hulpverlener brandt af op deze klient.

Een andere valkuil die zich vaak voordoet in het werken met Long Term patienten is dat problemen op onduidelijke of symbolische wijze worden gepresenteerd.

Een voorbeeld daarvan is de vrouw die al jaren niet meer in staat is haar dagelijkse bezigheden te verrichten, die door de week door haar ouders wordt verzorgd terwijl haar man haar in het weekend opvangt. De enige klacht waarmee zij binnenkomt is dat zij niet weet wat voor kleren zij moet aantrekken. Je zou kunnen zeggen dat deze vrouw op een symbolische wijze aangeeft dat ze het dagelijkse leven niet meer aankan.

Een derde valkuil, die zich in het werken met Long term patienten voordoet, is dat de klient een onmogelijk einddoel formuleert zoals een jarenlang, vrijwel kontinu psychotische vrouw, die van de hulpverlener verlangt dat deze haar helpt de zorg voor haar kinderen weer terug te krijgen, terwijl in het verleden gebleken is, en nu nog blijkt, dat ze hiertoe absoluut niet in staat is.

Een ander dilemma, waar waarschijnlijk iedereen weleens mee te maken heeft in een krisissituatie, is: er ontstaat een penibele situatie terwijl de klient tegelijkertijd zeer afwijzend staat t.o.v. hulpverlening. De omgeving, b.v. burens, huisarts, politie, dringt aan op ingrijpen omdat men sterke overlast ervaart en erg bezorgd is t.a.v. het verdere verloop.

Een andere valkuil zou je kunnen omschrijven als het onvermogen van de klient. Chronische patienten en hun naaste omgeving geven vaak aan iets niet te kunnen. Ze uiten daarbij in- of expliciete wensen dat de hulpverlener de verantwoordelijkheid overneemt. De hulpverlener ziet zich dan voor de vraag gesteld: eraan tegemoet komen of er tegen ingaan. Voorbeelden hiervan zijn: nodig je te weinig gemotiveerde klienten uit om bij je op het bureau te komen waarmee de kans groot is dat deze dan toch niet verschijnt, of ga je op huisbezoek.

Een ander dilemma: een klient heeft een konflikt met de sociale dienst. Ga je dat zelf voor hem regelen en oplossen of ga je dat overlaten aan de klient.

In al de bovengenoemde situaties moet de hulpverlener keuzes maken. De keuze die een hulpverlener maakt, hangt meestal samen met de kijk van de hulpverlener op de hulpverlening en met de al of niet

door de instelling gesteunde opvattingen over afhankelijkheid en eigen verantwoordelijkheid van de klient/patient.

In al deze situaties hangt het voortbestaan van de relatie hulpvrager / hulpverlener aan een zijde draad. Immers, veel chronische patienten hebben ernstige beperkingen. Het veel nadruk leggen op de eigen verantwoordelijkheid blijkt nogal eens tot overvraging te leiden met als gevolg dat er steeds eskalaties ontstaan. Van de andere kant: chronische patienten hebben vaak ook nog onbenutte mogelijkheden. Alles van de klient overnemen leidt tot afhankelijkheid en inaktiviteit. Het is dus zaak van de hulpverlener om voor de Long Term klient maatwerk te leveren; een konfektiepak is hier niet op zijn plaats.

Veel hulpverleningsinstanties hebben de attitude dat de hulpvrager gemotiveerd moet zijn. Motivatie zou dan kunnen afgemeten worden aan de bereidheid van de klient om naar de hulpverlener toe te komen.

Juist bij de Long Term patienten komen veel wegblijvers voor. Teleurstellingen uit het verleden en pessimistische verwachtingen spelen daarbij een rol. Daar tegenover staan de ervaringen dat bij de chronische patienten de behandeling het meest effectief is, wanneer er een kontinuu relatie met de hulpverlener blijft bestaan. Praktisch betekent dit dat de hulpverlener, zeker in de beginfase, de verantwoordelijkheid moet nemen voor het handhaven van het kontakt met patient. Een ander aspekt van maatwerk is dat er steeds verwachtingen aan de patient gesteld worden die een appel doen op diens reële mogelijkheden. De omgeving inklusief de behandelaar stellen immers vaak onrealistische eisen t.a.v. de patient. Of hij wordt overvraagd of men ondervraagt hem. Om dit te doorbreken zal de hulpverlener zich goed moeten informeren over de sterke kanten en de tekorten van de patient. De eisen die men aan hem stelt moeten aangepast worden aan de mate waarin de patient weer vat krijgt op zijn levensomstandigheden. Dit vergt een goed gevoel voor timing hetgeen des te moeilijker is omdat het groeiproces bij Long Term patienten meestal langzaam verloopt.

Tot slot zou ik enkele stellingen willen poneren die de discussie dadelijk wat op gang kunnen helpen.

De eerste stelling luidt: organisatorische bijstellingen binnen de Rlagg, moeten hoge prioriteit geven aan hulpvragende met een hoog chronisiteits-risiko.

Tweede stelling: bij de behandeling van hulpvragenden met zo'n hoog chronisiteits-risiko moet opname zoveel mogelijk worden voorkomen.

Een derde stelling: om dit werk te kunnen doen heb je een organisatie nodig die zo flexibel is dat men onmiddellijk op de hulpvraag kan ingaan en een organisatie die in staat is tijdelijk zeer intensief met een klientsysteem om te gaan. (Apart SPD-team).

Als vierde: voor een adequate hulpverlening aan hulpvragenden met een hoog chronisiteits-risiko, is een deskundige 7x24-uursdienst essentieel. Onder deskundig versta ik hier dan: de werker moet kennis en ervaring hebben met opname-voorkomende strategien en psychofarmaco-therapie.

Als laatste stelling en die is dan ook meer bedoeld voor de beleidmakers: echte extramuralisering voor Long Term patienten is pas goed mogelijk bij een andere verdeling van de voor de geestelijke gezondheidszorg beschikbare gelden.

Ik hoop dat u nog niet verkeerd in een toestand van Burn-out na deze lezing, waarna u misschien kenmerken van het Social Breakdown Syndroom gaat bespeuren bij uzelf.

Literatuurlijst:

- Romme, Kraan, Rotteveel: Wat is Sociale Psychiatrie: Samson 1981.
- Gruenberg E.M.: The Social Breakdown Syndrome and its prevention.
- Tussentijds verslag Resocialisatie-projekt Westelijke Mijnstreek 1983.
- Rotteveel Uffink, de Vries: Resocialisatie in de GGZ Westelijke Mijnstreek. Een samenwerkingsprojekt 1984.
- Perspektief: Lopende aktiviteiten van de capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie R.U.L.: Oktober 1984.
- Schaekers Wil: Skriptie Kontinuiteit van zorg bij Long Term Patienten in opdracht van de kaderopleiding Amsterdam: Mei 1987.

De rol van de sociaal psychiatrische verpleegkundige met de
chronische psychotische mens.

Door Willy Spijkerman,
Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige,
GG&GD te Amsterdam.

Vanmiddag wil ik u iets vertellen over mijn ervaring in het werken met chronische psychotische mensen. Ik doe dit -hoe moeilijk ik het ook vind- omdat het belangrijk is dat sociaal psychiatrisch verpleegkundigen op een studiemiddag als deze hun er ervaringen uitwisselen. Mijn verhaal is gebaseerd op de dagelijkse praktijk. Het zal naast algemene visie bestaan uit praktijkvoorbeelden, niet gedetailleerd maar als voorbeeld van stijl van werken.

Ik werk nu 1,5 jaar bij de GG&GD in Amsterdam en heb vanuit die functie vooral te maken met mensen die zwerven, zonder vaste woon- of verblijfplaats zijn, in pensions of tehuizen voor onbehuisden wonen (HVO).

Mensen die veelvuldig met psychiatrische hulpverlening in aanraking komen, vaak is er alcohol en drugsgebruik, geen familie of familiecontacten en hebben al verschillende psychiatrische opnames achter de rug.

De visie van werken is mede tot stand gekomen dankzij 'n Amsterdams intervisie groepje. Deze heeft tot doel op een andere manier tegen psychiatrische problematiek aan te kijken, dit aan de hand van kasuïstiek.

Zoals uit mijn inleidende tekst blijkt spreek ik over mensen in plaats van patienten.

Er is naar mijn idee geen sprake van een ziekte die genezen moet worden. Er zijn in onze cultuur mensen die buiten de boot vallen door hun gedrag, daardoor uitgestoten en gestigmatiseerd worden in een rol waaruit ze zelf uiteindelijk moeilijk los kunnen komen.

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige zal mensen moeten helpen uit deze rol te komen. De chronische psychiatrische mens te helpen de mogelijkheid te geven onder andere mensen te leven. Dus simpel gezegd datgene te doen waar een ieder recht op heeft.

Werken met/en opheffen van chroniciteit door hun identiteit te aksepteren als een geemancipeerde variant naast de gebruikelijke varianten. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige is geen bewaker van gedrag, wat wel of niet goed bevonden wordt, maar bondgenoot.

Geen enkel levensverhaal is gelijk aan een ander. We kunnen overeenkomsten typeren maar de betekenis zal voor iedereen verschillend zijn. Querido ging al thuis 'kijken' bij de mensen naar 'hun leven' om beter te begrijpen hoe de mensen leefden. In de sociale psychiatrie is het belangrijk de cultuur van de mensen te leren begrijpen, te spreken en te leren delen om zo de problemen die ze ervaren beter te kunnen begrijpen.

Het sociale van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

Bij de GG&GD ontstaan contacten met chronische psychotische mensen veelal via de akute dienst, politie, huisarts, de omgeving en omdat iemand zichzelf aanmeld. Dit laatste gebeurt naar mijn ervaring het minst, omdat het vooral anderen zijn die problemen met iemand ervaren.

Dit kan verschillende redenen hebben; iemand wordt als lastig, vreemd, onbegrijpbaar, uit medelijden, door overlast of agressie als probleem ervaren.

Het eerste wat dan vaak speelt is hoe kom je met diegene in contact?

Voor mij zijn twee elementen belangrijk; ten eerste: hoe maf, gek, malloot, vervuild of wat dan ook maar iemand is, ik aksepteer en respecteer iedereen en probeer contact te krijgen. (Als er lichamelijke agressie is wordt dit moeilijker voor mij).

Ten tweede: ik leg de reden van mijn contact uit en probeer duidelijk te maken dat ik er ben om hem/haar bij de ontstane problemen te helpen.

Ik ben actief ook als het contact afgewezen wordt en blijf belangstelling houden, ook schriftelijk of telefonisch.

De probelemen worden nogal eens verschillend beleefd. Wat ik probeer is tot een gemeenschappelijke defenitie van het probleem te komen, geplaatst in de sociale kontekst waarin dit speelt. (Als u Napoleon bent maar zij zien u niet zo, dan geeft dit problemen). Het heeft weinig zin problemen te definieren naar de persoon toe.

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige heeft kennis/kunde van diagnostiek en werkt hier ook mee. Wij gebruiken meer funktionele diagnostiek naar de persoon toe en spreken daarom ook mensen op hun gedrag aan of ze nou psychotisch zijn of niet.

Een voorbeeld:

Mevrouw O. wordt door de afdeling psychogeriatric aangemeld bij onze dienst. Er is geen sprake van dementie. Reden zijn de regelmatige klachten van burens in verband met stankoverlast, en schulden bij de woningbouwvereniging. Er zijn verschillende pogingen gedaan hier iets voor te regelen.

Mevrouw wordt als lastig en vreemd gezien. Een jaar geleden is mevrouw reeds eerder uit een woning, om dezelfde redenen, gezet waarna ze een tijdje een zwervend bestaan heeft geleid. Ze is al lange tijd gescheiden en is hier verbitterd over, ze heeft nog een dochter in leven waar geen contact mee is. Mevrouw heeft door een auto-ongeluk geen reuk meer. Contacten die ze nog heeft zijn de Pinkstergemeente en een 'verre' buurvrouw. Mevrouw heeft een poes waar ze erg blij mee is en die ze uitermate goed verzorgd. Ze verzamelt eten in haar keuken wat gaat bederven, zegt zelf te vergeten dat er al eten was en heeft geleerd in de beide wereld oorlogen alles te bewaren en te verzamelen. Ook in geval van nood wil ze iets in huis hebben. De klachten vindt mevrouw overdreven en zegt te vergeten om te betalen. Doel van het contact is dat ze kan blijven wonen in een huis en het voorkomen van stankoverlast. Mevrouw gaat akkoord met automatische betaling van huur, gas en elektra. Met behulp van mensen van de Pinkstergemeente wordt het huis schoongemaakt, zij het met enige tegenzin. Via Hygienisch Woningtoezicht is de keuken herhaaldelijk door stankoverlast schoongemaakt. Getracht wordt nu mevrouw zover te krijgen dat ze huishoudelijke hulp aanvaardt.

Uit contacten met haar dochter bleek dat mevrouw altijd al van alles bewaarde. Dochter wil geen frequent contact, zegt haar eigen leven te leiden. Mevrouw wil zelf ook geen contact met haar dochter omdat deze hertrouwd is met een gescheiden man.

Door opbouw van contact is er gerealiseerd dat mevrouw zelfstandig kan blijven wonen. Het aanvaarden van haar eigen leefpatroon is voorwaarde.

Gevoel van zelfrespekt en zelfvertrouwen wordt versterkt, wat iemand zelf wil is belangrijk. De rol van de spv is een actieve rol, mevrouw wordt thuis bezocht.

Hulpverlening neigt ertoe mensen hun eigen werkelijkheid te laten aanvaarden, wij als spv-en moeten meer geïntegreerd zijn in de werkelijkheid van de ander en hiermee bondgenoot worden. De psychose is veelal een reactie op iets wat geaccepteerd en begrepen moet worden, dit wordt niet altijd gedaan. Als sociaal psychiatrisch verpleegkundige ga je over dit thema een dialoog aan.

Een tweede voorbeeld:

De heer E. is jarenlang bekend in de psychiatrie, tientallen opnames gehad, leidt een zwervend bestaan, gebruikt dagelijks wat heroïne en bedelt op straat. Contacten met hulpverlening was vooral na incidenten waarbij hijzelf om opname vroeg of anderen opname wensden.

Daarnaast kwam hij ook vaak voor medikatie. Hij schreeuwde en gilde, was dwingend en eisend en sneed zich een keer ernstig in zijn armen. Tussen de opnames door zwierf hij van pension naar pension, werd er regelmatig uitgezet naar aanleiding van brandstichting, vervuiling, vernielingen of andere problemen.

Ik probeerde in eerste instantie een aantal vaste afspraken te maken en als hij niet kwam zocht ik contact met hem. Zijn probleem had meestal met geld te maken. Ik hielp hem uit te zoeken hoe dat zat en legde uit waar de knelpunten zaten. Gebruikelijk in pensions is dat hun gehele inkomen (uitkering) wordt overgemaakt door een door hemzelf getekende machtiging aan de pensionhouder. Deze beschikt dan over het geld. Vaak bleken mensen niet eens goed te weten wat hun uitkering was. Geleidelijk aan kwam hij zijn afspraken na en ging hij meer over zijn leven en belevingen vertellen.

Hij voelde zichzelf als een uitgezondene die de wereld moest verbeteren en voelde zich hier ook verantwoordelijk voor. Mensen mochten de dieren geen geweld aandoen of hun ergens voor gebruiken (Voedsel, materiaal). De opdrachten kwamen van zijn vader via verschillende dieren. Hijzelf zag zich dan ook als zoon van King Kong. Ook de filmfiguur E.T. was gezonden vanuit een andere planeet om hem te helpen.

Zijn moeder zag hij af en toe verschijnen. Een vriendin die hem bemindde woonde ergens in Den Haag. In zijn opdracht werd hij vaak dwars gezeten door andere kwade geesten, om deze te bestrijden moest hij 'kraken'. Dit hield in: met zijn kaken langs elkaar schuren en geluiden erbij produceren.

De dreiging was soms zo groot dat brandstichting de enige manier was de geesten af te houden en zichzelf te bestraffen voor de mislukking.

Dit alles besprak ik uitgebreid met hem, wat zijn verantwoordelijkheid was, hoe hij deze kon realiseren, wanneer en hoe hij contacten met geesten had enz.

Geleidelijk werd duidelijker dat hij zijn moeder, die toen hij 3 jaar was overleed, erg miste. Hij was wisselend door zijn vader en oma opgevoed, die inmiddels ook al enkele jaren geleden overleden is.

In het begin van zijn heroïnegebruik had hij zijn vader en anderen met geweld vaak bestolen. Hier voelde hij zich nog steeds schuldig over. Stelen doet hij niet meer.

Er is nu nog regelmatig contact, opnames zijn er niet meer geweest. Hij gebruikt nog steeds enige medikatie. Als zijn angst te groot wordt komt hij langs. Hij woont nu al lange tijd in hetzelfde pension, zwerft veel over straat en bedelt om geld!

Zijn wensen zijn werk en zelfstandig wonen. Ik steunde hem dit te realiseren. Tot op heden is dit nog niet gelukt, maar dit blijft gespreksonderwerp.

Bij chronische mensen komen we veel in aanraking met de zogenaamde wanen en hallucinaties en de tengevolge hiervan gebruikte medikatie.

Mijn ervaring is dat iedere waan of hallucinatie door iemand als werkelijkheid beleefd wordt en dus ook werkelijkheid is. Deze dient dan ook als zodanig gerespekteerd en geaksepteerd te worden.

De ervaring die de meeste mensen met wanen of hallucinaties hebben is vaak afwijzing, niet serieus genomen worden, schaamte en ongelooftwaardigheid, waardoor het een in zichzelf opgesloten eigen leven gaat leiden. Door open te staan voor een ander zijn belevingen en er vragen over te stellen, konsekwenties te bespreken, kortom een dialoog aangaan! Dan wordt de betekenis zowel voor anderen als de persoon zelf duidelijker. (Ervaren klanten van de geestelijke gezondheidszorg weten dat het spreken over hallucinaties en wanen goed kan helpen om een opname, om wat voor reden dan ook, te bewerkstelligen omdat hun bekend is wat voor betekenis de geestelijke gezondheidszorg hier aan geeft).

Medikatie kan een hulpmiddel zijn omdat iemand zelf last heeft van zijn wanen en hallucinaties en omdat het grote problemen in de omgeving kan geven.

Een opname voor chronisch psychotische mensen is niet altijd te voorkomen en kan zelfs zeer nuttig zijn zolang doel en dialoog blijven bestaan. Hetzelfde geldt voor een gedwongen opname. Het werken met chronisch psychotische mensen is een lange weg van vallen en opstaan, zowel voor klient als hulpverlener.

Medikatie, zo heb ik ervaren, moet altijd kritisch bekeken worden als hulpmiddel. (Ieder kent vanuit het ziekenhuis langdurig gebruik zonder dat dit nog ter discussie staat). Mijn ervaring is dat het vaak geminimaliseerd kan worden na verloop van tijd, of afgebouwd. Ook ken ik mensen die niet goed zonder medikatie zouden kunnen functioneren onder andere mensen.

Goede voorlichting is belangrijk, de nadelen van medikatie zoals bijwerkingen, regelmatig gebruik, afhankelijkheid, twijfel aan de effectiviteit en de beleving van ziekte zijn zeer vervelend en verdienen aandacht.

Een laatste voorbeeld:

De heer H. 29 jaar wordt door de politie op ons buro gebracht. Hij is zwervend op straat aangetroffen, liep op blote voeten die gezwollen en bebloed zijn. Hij is weken geleden uit zijn huis gezet in verband met huurschuld en zwerft sinds die tijd over straat.

Zegt geen last van de kou te hebben. Er is moeilijk contact met hem te krijgen en hij lacht zonder duidelijke redenen.

Er wordt onderdak geregeld in een pension. Betaling wordt geregeld, zo bleek hij al 3 maanden zijn bijstandsuitkering niet meer te hebben opgehaald.

Hij krijgt van ons Semap 2 x per week en zijn voeten worden behandeld in een ziekenhuis.

Geleidelijk krijg ik wat meer contact met hem. Het pension bevalt hem niet, de drang naar zelfstandig wonen is groot, hij voelt zich niet op zijn gemak bij meerdere en oudere mensen. Zegt last van stemmen te hebben die zeggen dat hij zelfstandig moet wonen. Ook is hij angstig.

Er is incidenteel contact met een tante en zuster die beiden bang voor hem zijn. Vader is hertrouwd en woont in Amsterdam, hier is geen contact meer mee.

Zijn moeder is overleden toen hij 2 jaar oud was. Een oma heeft toen tijdelijk de opvoeding overgenomen van waar hij naar verschillende kindertehuizen en internaten is gegaan. Dhr. H. is eerder opgenomen geweest met een inbewaringstelling wegens agressief gedrag en ernstige verwaarlozing. Zijn zuster en tante verzetten zich tegen zelfstandig wonen en voorzien weer problemen met zijn geld. Tussenvoorziening en beschermd wonen wil hij na gesprekken niet, omdat hij zijn zelfstandigheid kwijt is en te weinig geld overhoud. In die tijd wordt hij uit het pension gezet omdat hij een jong katje van grote hoogte had laten vallen. Hij slaapt dan bij het Leger des Heils en vindt zelf een kamer. Zijn zuster regelt geld en doet zijn was. In een periode van een half jaar verhuisd hij 4 x om verschillende redenen, zoals te klein, te duur, verkeerde buurt en huuropzegging. Zijn wens is steeds naar de oude buurt van vroeger terug te gaan toen hij 2 jaar was waar hij stoere leuke vrienden had.

Doordat hij vaak een Walkman draagt komen wij in gesprek over muziek. Vroeger heeft hij drumles gehad. Ondanks het feit dat hij een

eigen kamer heeft vraag ik HVO Wahlenburg of hij mee mag spelen bij het Vuil Harmonisch Orkest. Gevraagd wordt of hij wat stinkt waarop ik zeg dat als dit een voorwaarde is dat wel valt te regelen.

Overdag werkt hij inmiddels bij een aktiviteitencentrum. Ik stimuleer hem weer drumles te nemen wat hij ook gaat doen. Hij versiert een flatje in zijn eigen buurt en koopt een drumstel. Als ik hem bezoek is op een halve kilometer afstand dit al duidelijk te merken. Ik waarschuw voor de konsekwenties wat hij niet leuk vindt. Buren hadden al geklaagd.

Als ik hem later weer bezoek heeft hij er dempend materiaal opgedaan. In de hal hangt een briefje. Wegens overlast, drummer zoekt oefenruimte. Hij doet mee aan sessions in cafe's. Via auditie is hij in een bandje terecht gekomen. Hij gebruikt nog een halve tablet semap per week die ik wil stoppen. Zijn angst is groot dat het weer mis zal gaan. Met vader heeft hij af en toe contact. Hij neemt hem nog steeds kwalijk dat vader hem na overlijden moeder in de steek heeft gelaten.

Een sociaal psychiatrische invalshoek is gericht op steun, zodat funktionele vaardigheden zoveel mogelijk behouden blijven en niet primair gericht uitsluitend op verandering.

Steun en hulp bij praktische zaken zoals financiën en onderdak zijn vaak voorwaarde in een behandelingsrelatie.

Het opbouwen hiervan kost veel tijd en is een doel op zich. Behandelingsdoelen moeten reeel afgestemd zijn op ieders persoonlijke situatie, deze kunnen minimaal zijn. Als mensen naar mijn idee zelf te hoge doelen stellen zeg ik dit, ik stel mij dan niet actief op. Leuk is te zien dat mensen op hun eigen manier toch veel weten te realiseren.

Samengevat zijn de belangrijkste aandachtspunten voor sociaal psychiatrisch verpleegkundigen in het werken met chronische psychotische mensen:

- aksepteren als variant, ieder heeft een eigen levensopvatting, uit de patientenrol.
- dialoog in hulprelatie.
- leren spreken, begrijpen en delen van ieders kultuur, milieu en taalgebruik.
- enthousiasme, steun, betrokkenheid, kollega's en ervaringen delen.
- problemen maatschappelijk definiëren, werken aan gemeenschappelijkheid, funktionele diagnose.
- vertrouwensrelatie opbouwen.
- continuïteit van zorg.
- structuur bieden en steun.
- aandacht rondom praktische zaken.
- beperkte doelen stellen.
- wonen en werk aanpassen.
- openheid.
- aanreiken hulpmiddelen, voorlichting, medikatie.
- samenwerking psychiatrische ziekenhuizen, dagbehandeling enz.
- SPV als case-manager.