

6e jaargang nr. 23 november 1987

PLEKTRUM

uitgave van de nederlandse vereniging
van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen

**Migranten-
hulpverlening**

'Plektrum' is het verenigingsblad van de Nederlandse vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen en verschijnt in februari, juni en november.

Kontributie voor de NVSPV f 69,— per jaar. Voor studenten en uitkeringsgerechtigden is het tarief f 22,50 respectievelijk f 34,50. Voor donateurs f 40,—
Adres: Spui 41, 1273 MP Huizen.
Postrekening 4424927 NVSPV, Heeg

Dagelijks bestuur

Eric Duffels (voorzitter)
05134-1898
Lies van 't Slot (sekretaris)
02152-54558
Diny van Beele (penningmeester)
05154-2794 (na 20.00 uur)

Kopij

Kopij voor het eerstvolgende plektrum feb. '88 dient binnen te zijn voor 1-2-'88 a.s. (getypt). Maximale lengte van de artikelen 5 à 6 blz.

Redactie-adres:

Harry de Graaff
Terschellingstraat 23
3524 AV Utrecht
030-895087

Redactie

Harry de Graaff
Theo Fredriksz
Ria de Laat
Han Bijleveld

Technische uitvoering

zetwerk/druk: Pankreat
lay-out: Han Bijleveld
Fotografie: Han Bijleveld

Aantal leden per 1/12/'87: 650

Copyright

Copyright berust bij de schrijver of schrijfster, illustrator of fotograaf. Deze artikelen mogen worden overgenomen met bronvermelding, maar na overleg met de redactie.

Noodoproep	3
Interesse is de sleutel	4
De SPV en de 'buitenlander' in de Riagg Venlo	9
Buitenlanders en de SPV	11
Skripties	12
Fotoimpressie Algemene Ledenvergadering en studiemiddag	14
Nieuws uit de krant	16
G. Raaf	17
AIDS	18
Buurtgerichte aanpak belangrijk bij Primary Health Care	19
Workshop	23
Uitgekomen	23
Open brief	24
Bestuursbezigheden	25
Strip	27

De nieuwe naam

Wij kozen voor 'Plektrum'. Een korte en krachtige naam met een duidelijke betekenis, die grafisch gezien óók mogelijkheden biedt. Volgens Koenen: plektrum (gr: pléktron = citerpen), klein plaatje waarmee de snaren van een lier in de oudheid, thans die van mandoline en citer, getokkeld worden.

De naam is toepasselijk, omdat deze bedoeld is voor het voortbrengen van iets positiefs, in dit geval de ontwikkeling van een beroepsgroep. Hij raakt daarbij -naast hoge en lage- ook gevoelige snaren.

NOODOPROEP

De redactie bevindt zich in zeer hoge nood! Een van de steunpilaren van het Plectrum, Han Bijleveld, heeft enige tijd geleden aangegeven met alle redactie-activiteiten te stoppen.

Han hield zich buiten de gewone beslommeringen intensief bezig met de technische kanten van het opmaken van het blad. Zo onderhield hij de kontakten met de drukker en gaf de andere leden niet alleen adviezen rond de lay-out, maar gaf er zelf ook vorm aan. U begrijpt dat er een groot gat ontstaat op het moment dat hij wegvalt. Ons tweede redaktielid Ria de Laat geeft eveneens aan, binnen niet al te lange tijd de redactie te willen verlaten omdat zij sinds enige tijd niet meer in ons beroep werkzaam is en daardoor te weinig feeling heeft met het SPV-gebeuren.

De twee overgeblevenen, Harry en Theo, kunnen het blad niet samen draaiende houden. U begrijpt dat de redactie-wisseling op een ongelukkig moment komt, juist nu we bezig zijn met de reorganisatie van het blad.

Daar u en wij weten hoe belangrijk een blad kan zijn, als schrijf- en spreekbuis in een beroepsvereniging, willen we voorkomen dat de kwaliteit vermindert of zelfs verdwijnt. Daarom vragen wij zo spoedig mogelijk op de oproep te reageren.

gevraagd:

- meerdere (2 à 3) enthousiaste SPV-en die bereid zijn de redactie te komen versterken;
- ervaring op het gebied van journalistiek of grafische vormgeving niet vereist, wel gewenst;
- wilt u zelf reageren of kent u iemand die interesse heeft, bel of schrijf naar het redactie-adres (telefoon: 030-334134 vragen naar Harry de Graaff)
- het blad komt 3 x per jaar uit. De redactie komt hiervoor meerdere malen bij elkaar en het vergt ook enig thuiswerk.

De redactie.

DATA VOLGENDE LEDENVERGADERINGEN

25 mei en 24 november 1988

Noteer ze vast in je agenda!

Interesse is de sleutel.....

Hulpverlening aan migranten in ontwikkeling, met vallen en opstaan.



door Han Bijleveld

Han Bijleveld, ex-bestuurslid, redaktielid en SPV werkzaam bij de afdeling Jeugd van de Riagg Stad Utrecht. Hij schrijft dit artikel als een soort afscheidskado aan Plektrum.

De redactie

Het begon allemaal met de spannende jongensboeken van Karl May, die ik voor m'n verjaardag of aan Sinterklass vroeg: de avonturen die Kara Ben Nemsj beleefde tussen Bagdad en Istanboel en nog verder weg, de Oriënt in; toen ging het me nog vooral om de spanning en de overwinningen van de held, en natuurlijk slimme blanke christen op het meestal domme Arabische gespuis.

Achteraf gezien behoorlijk eenzijdig en soms zelfs diskriminerend geschreven door een Duitser die leefde van 1848 tot 1912 in de hoogtij dagen van het Westers kolonialisme. Toch ook boeken die doorspekt zijn met arabische woorden, beschrijvingen van volkeren en gewoonten die in ieder geval de nieuwsgierigheid naar Turkse en de Arabische kul-

tuur (die niet hetzelfde zijn) opriepen en ook interesse.

Toen ik die boeken las, arriveerde de eerste gastarbeider zoals ze toen nog genoemd werden (merk je hoe snel woorden veranderen?). Harde werkers in de schaduw van de economische groei; wie wist wat van hen af, wie had **interesse** in hen, ze werkten, sliepen, werkten, sliepen en zouden weer teruggaan naar het land van herkomst. We weten nu beter.

De meesten van eerstgenoemden blijven en halen de rest van hun gezin naar Nederland; vele van hun kinderen zijn inmiddels in Nederland geboren en beheersen de lokale ak-senten beter dan hun 'moerstaal'.

De stedelijke intervisie groep

Ik maak een sprong naar het begin tachtiger jaren. De eerste probleemgevallen hebben zich bij de Riagg gemeld en het begrip 'multi problem family' kreeg meer kleur. En eerlijk gezegd, de stap van Kara Ben Nemsi naar een Marokkaanse door demonen bezeten man was mij te groot en ik denk vele collega's met mij; als in de teambespreking bij de aanmeldingsbespreking iemand werd aangemeld die Fatima of Abdoellah' heette, werd er wat verlegen geschuifeld en onrustig gemompeld in de hoop dat een ander eerder 'ja' zou roepen.

Achteraf gezien denk ik dat de onrust en het vermijdingsgedrag rondom genoemde cliëntenpopulatie niet persé kwaad bedoelde xenofobie was; het was ook de vrees voor onhandige, slecht overkomende blunders naar mensen toe die je nauwelijks verstonden en ook het begrijpelijkerwijze moeten slikken bij het zien van families in totale ontredde, waar letterlijk alles misging van huisvestingsnood tot werkloosheid, ziekte, druggebruik, wegglooppartijen etc. etc.. Ga er maar aanstaan, was je reactie!

Natuurlijk kon dat zo niet langer en er werden kursussen georganiseerd zoals door Averroës. Inmiddels door sommigen afgekraakt, door anderen toch nog nagestreefd, gaven de bij deze cursus gegeven inzichten en methodieken in ieder geval een beetje houvast en zekerheid aan de hulpverlener. In 1982 na afloop van de laatste cursusochtend staken $\pm$ 5 hulpverleners van RIAGG Stad Utrecht, RIAGG Westelijk Utrecht en Wilhelmina Kinder Ziekenhuis de koppen bijeen. Zij besloten de opgedane kennis niet verloren te laten gaan en een intervisiegroepje op te richten om iedere woensdagmorgen van de maand elkaars problemen met hulpverlening aan buitenlanders aan te horen en mogelijk de kennis in deze te vergroten. Iedereen maakte af en toe wat aantekeningen voor zichzelf en lette op folders en nieuwtjes; er werd gestreefd naar praktische, daadwerkelijke behandelingsbesprekingen en theoretische discussie te vermijden.

Nu na vijf jaar van doorlopende wisseling van leden (3 van de oorspronkelijke deelnemers zijn er nog over) is de groep uitgegroeid tot de Stedelijke Intervisiegroep Psychosociale hulp aan Migranten, waaraan zo'n 30 men-

sen deelnemen die samen zo'n 19 instanties en vrij-gevestigden vertegenwoordigen in het Utrechtse, uit alle echelons en die trouw vergaderen nog steeds op iedere 1e woensdag van de maand.

Ondanks het feit dat er notulen worden gemaakt en een vaste voorzitter is gekozen en de vergadering ook een gedeelte kent waar beleidszaken worden besproken, ligt de nadruk toch nog steeds bij het direkte konkrete intervisie geven aan elkaar; daartoe is de groep opgesplitst in 2 aparte subgroepen i.v.m. het nog steeds toenemend aantal deelnemers; gebleven doelen zijn: het luisteren naar elkaars ervaringen en het uitwisselen van wetenswaardigheden (denk aan: beroep tegen uitzettingsprocedures, (in)formele kontakten t.b.v. snellere huisvesting, e.d..



De daarbij geformuleerde doelstellingen zijn:

1. Casuïstiek inbrengen rondom probleemsituaties.
2. Elkaar intervisie geven.
3. Het verzamelen van literatuur, informatie, deskundigheidsbevordering.
4. Het signaleren van algemene problemen en die zonodig doorspelen naar desbetreffende beleidsorganen en/of eigen achterban.
5. Attitude-ontwikkeling en ruimte scheppen zich te uiten rondom etnisch kulturele vraagstukken.
6. Interne verwijzing van cliënten naar andere groepsleden.
7. Het (mede) organiseren van projecten, lezingen, voorlichting, consultatie.

me meisjes te worden geïllustreerd. Vele Nederlanders kunnen nog heel wat leren van migranten b.v. op het gebied van zorgzaamheid t.o.v. oudere of zieke familieleden, reinheid, gastvrijheid. Laten we niet vergeten dat in de 10e eeuw (na Christus wel te verstaan en niet na Mohammed), toen Nederlanders a.h.w. nog in hun Middeleeuwse berevellen rondliepen, en Holland en Utrecht de oorlog nog niet eens hadden verklaard, er aan 10 Arabische universiteiten al artsexamens werden afgelegd, zonder welks slagen hiervoor het uitoefenen der geneeskunst verboden was! Het Turkse bad was zeer populair, in Nederland dacht men toen dat baden ongezond was.

En ook de nu vaak beschimpte bruidschatten werden in 622 door Mohammed ingesteld om de bruid bij eventuele echtscheiding althans enig inkomen te bezorgen, terwijl daarvóór in Arabië, maar in Europa was het echt niet anders, meisjes slechts handelswaar vormden, uitgedrukt in geiten en niet in kamelen, want die waren veel meer waard.

En wel bijzonder intrigerend en indrukwekkend vind ik de uitspraken van enige Marokkaanse mensen in een onlangs vanuit het Migrantenteam opgestarte groep; deze mannen, zgn. zonder (westerse) ontwikkeling strooien met het grootste gemak de meest diepzinnige parabels, verhalen en vergelijkingen over allerlei levensaangelegenheden in het rond, waar vele 'Hollandse mannen' het niet verder brengen dan gesprekken over de auto, het voetbal of hoogstens de belastingaftrek (hetgeen soms ook wel leuk kan zijn natuurlijk, maar toch!)

Aanbevolen

Er valt nog veel te leren en de ellende in veel migrantengezinnen is vaak zo diepgaand en complex, dat ik waarschijnlijk nog vaak genoeg met m'n handen in het haar zal zitten. Maar inmiddels weet ik, niet de enige te zijn en merk ik ook de eerste resultaten van gesprekken met migranten: mensen die zich gesteund voelen en ook vaak helemaal geen konkrete oplossing van mij eisen; een beetje begrip en erkenning werkt al. En soms moet er ook meer gebeuren dan dat, want zo'n eenvoudige oplossing als wat begrijpend hummen zou wel erg simpel zijn. Maar de deur staat op een kier. Het om een hoekje kijken naar wat er achter die deur te zien is, kan ik een ieder van harte aanbevelen; niet alleen de cliënt maar ook de hulpverlener ruimschoots beloond worden, onder één voorbehoud: inch allah - zo God het wil.

De SPV en de 'buitenlander' in de RIAGG Venlo

'Belangrijk in de behandeling is uitgaan van waar de cliënt op dat moment is. Je moet uitgaan van zijn/haar waarden en normen, maar wanneer ze op mijn kamer zijn, is dat wel mijn ruimte.'

Dit zegt Bart Veldpaus, 36 jaar en werkzaam bij de RIAGG Venlo, afdeling Psychiatrie, in een vraaggesprek met Theo Fredriksz. 'Het moet niet zo zijn, dat ik me aanpas aan hen, belangrijk is dat je 'je eigen ruimte' houdt.'



Hoe groot is het cliëntenbestand buitenlanders?

'Ongeveer 60% van mijn cliëntenbestand is buitenlander. Dit zijn vooral mensen uit Turkije en Marokko. De Marokkaanse groep vormt het grootste deel van de buitenlandse cliënten. Dan is er nog een klein percentage buitenlanders van rond de Middellandse Zee. In principe worden buitenlanders naar mij verwezen en dat maakt dat het cliëntenpercentage zo hoog ligt.'

Iets later in het verhaal wordt duidelijk hoe dat komt. Het blijkt dat de psychiater, dr. Blom, nogal geïnteresseerd was in transculturele psychiatrie/psychologie en bij de behandeling van buitenlanders gebruik maakte van acupunctuur. Het cliëntenbestand werd voor hem echter té groot en aan het psychiatrisch team werd de vraag gesteld wie ook een deel van de taak 'buitenlanders' in zijn pakket wilde hebben. Bart, die ook geïnteresseerd is in acupunctuur c.q. lichaamsgerichte behandeling, stelde zich beschikbaar.

Cursus

Er volgde toen een éénjarige cursus Etnische en Buitenlandse Bevolkingsgroepen bij het MIKOJEL te Sittard. Het is een vrij algemene cursus die de achtergronden toelicht van het land van herkomst en de problemen waar o.a. Marokkanen en Turken hier in Nederland mee te maken krijgen. Verder wordt er aandacht besteed aan hoe anderen in hun

waarde te laten en toch te integreren in Nederland. Het nadeel van deze cursus was, aldus Bart, dat het vooral opgezet was voor welzijnswerkenden en niet zo gericht op gezondheidszorg.

Echter het lichaamsgerichte werken kwam niet aan bod. 'Deze buitenlanders zijn ontvankelijk voor direct lichamelijk contact, afgezien van het feit dat verbaal met deze mensen werken moeilijk is. Een opleiding voor acupunctuur bestond niet, maar ik kreeg wel de mogelijkheid om mij in lichaamsgerichte behandeling te gaan scholen. Mijn keus is gevallen op Shiatsu. Vanuit de lichaamsgerichte behandeling heeft de cliënt het gevoel serieus genomen te worden, maar ook de feitelijke ervaring dat er op dat moment iets met zijn klachten gebeurt. De buitenlander kan beter aangeven wat hij voelt. Hij geeft het in zijn totaliteit aan en dan vooral lichamelijk en is daarom ook beter aanspreekbaar op wat hij voelt.'

Het komt mij voor dat bepaalde problemen goed in de 1e lijn zouden passen, waarom dan toch in de 2e lijn?

'Voordat buitenlanders bij ons komen, zijn zij al vaak van het kastje naar de muur gestuurd. Buitenlanders komen dikwijls bij de huisarts met vage lichamelijke klachten. Er volgt een onderzoek, verwijzing, weer terug naar de huisarts, verwijzing maatschappelijk werk, doch de klachten blijven bestaan. Uit-

Skripties

Het nieuwe aanbod van skripties van s.p.v.-studenten van de Hogere School voor Gezondheidszorg te Utrecht. De namen en adressen zijn verkrijgbaar bij de redactie.

Titel skriptie: 'Eenzaamheid'

Probleemstelling:

Hoe kan ik sociale strategieën aanwenden om factoren, die eenzaam makend zijn, te beïnvloeden.

Omschrijving:

Eenzaamheid is een veel voorkomend probleem bij de ouder wordende mens in de samenleving, en de hulpverlening moet zich met name richten op het zo lang mogelijk zelfstandig functioneren van de oudere in zijn omgeving. Hierbij kan de systeemgerichte benadering en met name het toepassen van sociale strategieën een geschikte methode zijn in de hulpverlening aan ouderen.

Titel skriptie: Samenwerking met huisartsen in Zuid-Oost Friesland.

Omschrijving:

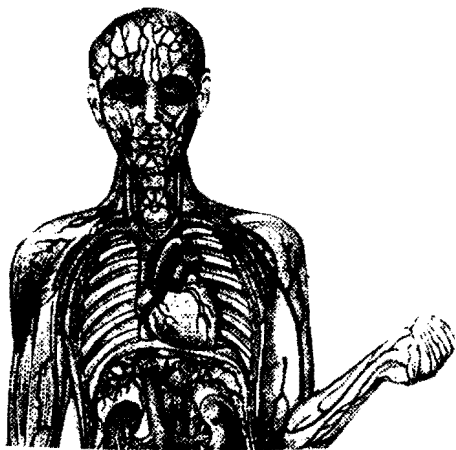
Plan om via onderzoek naar knelpunten bij verwijzing naar de Riagg, de samenwerking met de huisartsen te verbeteren.

Titel skriptie: Intaker als te onderscheiden fase in het hulpverleningsprogramma (een kontemplatie en kriteria)

Omschrijving:

- Het uitgangspunt van de skriptie is: een antwoord krijgen op de vraag wat is de relevantie en wenselijkheid van de Intake als te onderscheiden fase in het hulpverleningsprogramma en aan welke voorwaarden moet deze zowel zorginhoudelijk als procedureel voldoen.

- Het op systematische wijze beschrijven van voorwaarden en kriteria die gelezen moeten worden als mijn visie over een belangrijke fase in de hulpverlening die dikwijls bepalend is voor het verdere verloop van dit contact én uitgaande van de stelling dat een ervaren s.p.v. reeds die deskundigheid bezit die aan een intaker gesteld moet worden, acht ik als zodanig van essentieel belang voor het beroep.



Titel skriptie: Het opzetten van Goldsteingroepen binnen de Riagg.

Omschrijving:

Deze skriptie bevat:

- Voor welke doelgroep is Goldsteintraining bedoeld?
- Welke stappen zijn nodig voor het opzetten van Goldsteingroepen binnen de Riagg?
- Wat is de rol van de s.p.v. bij het geven van Goldsteintrainingen?

Titel skriptie: 'Beschermd wonen' eindelijk rust of toch...

Omschrijving:

De skriptie omschrijft ten eerste een begeleidingsmethodiek die uitgaat van een mensgerichte zorg en waarbij het onderhandelen, emanciperen en rehabiliteren centraal staan. Ten tweede sluit deze begeleidingsmethodiek aan bij het verpleegkundig zijn. De begeleidingsmethodiek is, zoals de titel al suggereert, voor bewoners in een beschermende woonvorm.

Titel skriptie: 'Van onzekere ouders en lastige kleintjes'. *

Beschrijving van de zorgcategorie jonge ouders die hulp vragen vanwege gedragsproblemen bij hun kinderen. Omschrijving van de gewenste situatie, kernpunten van een behandelplan en een overzicht van interventiekenmerken. Beschrijving van vijf cliëntsystemen en behandelingsverloop waarbij systematische evaluatie middels goal attainment scaling is toegepast. Overwegingen ten aanzien van het effect van de hulpverlening in relatie tot het verwachte resultaat.

*Dit werkstuk betreft een combinatie van skriptie en onderzoek.

Titel skriptie: 'Een boterham voor de dorst'.

Omschrijving:

- Een omschrijving van cliënten met 'onbehandelbare' problematiek (problemen die door de hulpverlener als onbehandelbaar worden beschouwd).

- Het zoeken naar mogelijkheden van deze cliënten.

- Een beschrijving hoe de hulpverlener in zijn/haar benadering op de mogelijkheden van deze cliënten kan inspelen.

Tevens wordt in de skriptie enige informatie gegeven uit het onderzoek over deze doelgroep.

Titel skriptie: Omgaan met 'weerstand' binnen de sociaal psychiatrische begeleiding.

Omschrijving:

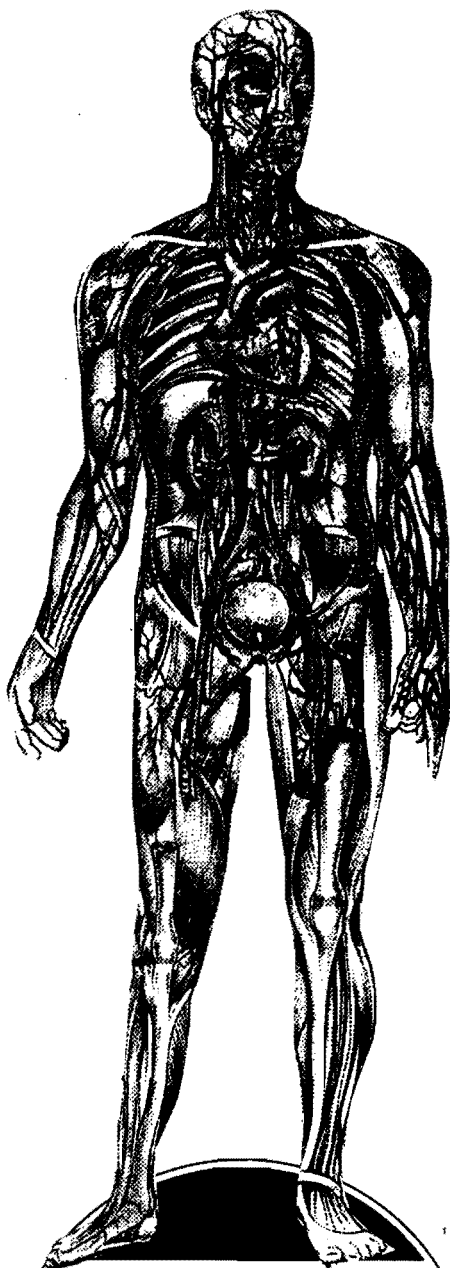
Het begrip weerstand bekeken vanuit verschillende theoretische kaders zoals de analytische visie, de Gestalttherapie, de systeemtheorie en de direktieve therapie.

Deze theorieën heb ik getoetst op hun bruikbaarheid binnen de praktijk van de sociaal psychiatrische begeleiding. Een en ander is beschreven vanuit eigen ervaringen met een casus uit de praktijk.

Titel skriptie: 'Thuis... dat is niet uit te leggen!'

Omschrijving:

Centraal staat de thuisbegeleiding van de dementerende oudere. Van daar uit worden de aspecten van het dementiële syndroom beschreven; vervolgens wordt gekeken naar de specifieke taken en deskundigheden van de s.p.v. toegespitst naar de thuisbegeleiding en afgebakend t.a.v. andere disciplines. Een en ander wordt aan de hand van een casus verduidelijkt. Tot slot zijn de consequenties weergegeven van de thuisbegeleiding voor het beleid en de beleidsontwikkelingen van de Riagg-organisatie.



NVSPV

nederlandse vereniging
van sociaal psychiatrisch
verpleegkundigen

ALGEMENE VERGADERING

19-11-1987



In de pauze werd er d
het verrassend groot a
Intramuraal werkende
bepleitten vermelding
ge in hun CAO i.p.v. on
'maatschappelijk werk
vakbondsleden zullen
vakbondsvergadering r

Gea Lollinga en haar commissiegenoten
ontvingen de waardering der vergadering
voor de 1e aanzet tot een beroepsprofiel
voor SPV-en. De zaal maakte enige aan-
vullingen.



4 der inleidsters: v.l.n.r. Marian Lepoole,
Joke Dinklage beiden van St. Eetversla-

ER
HU

es van 't Slot herkozen! Tini van Beek
(ks) overhandigt haar een bloemetje'?

gepraat onder
al aanwezigen.
t het Noorden
verpleegkundi-
le familiegroep
e' te vallen. De
via hun eigen
ten afdwingen.



STUDIEMIDDAG VROUWEN- LPERLENIING



den bestuurslid Beja Wulff.

De gedachte hieraan stemt mij tot nog méér droefenis. Al deze zaken schoten door mijn hoofd, terwijl ik mijzelf de opdracht gegeven had om eens een humoristisch stuk over mijn kollega's te schrijven, in de wetenschap dat zij het ook niet makkelijk hebben in dit leven. Het lukte maar niet, alle leuke en interessante onderwerpen in en om ons beroep had ik reeds behandeld.

Plotseling viel mijn oog op een opengeslagen krant waar met grote letters de volgende kop mij aanstaarde: 'Doe het zelf principe in welzijnsland voorgesteld'.

Gretig verslond ik de tekst die mij uit de letargie deed ontwaken. Het artikel handelde over een redevoering die iemand hield voor wat tegenwoordig heet een Mammoet-school (zo een die vroeger een gewone sociale akademie heette), waarbij reclame gemaakt werd voor de 'doe-het-zelf' akademie.

Hij zei het volgende: 'De klachten die er nu zijn over welzijnswerkers, hoorde je vroeger over loodgieters: ze zijn te duur en komen niet op tijd'. De reactie op de loodgieter was het ontstaan van de 'doe-het-zelf-winkel'.

'Ik ben voorstander van een 'leer-het-zelf-akademie' waar mensen kennis kunnen halen om zichzelf en hun omgeving te helpen', vertelt hij de journalist. De 'leer-het-zelf-akademie' met vrijwilligers, leken, de kans bieden om in een part-time-opleiding van een of twee jaar hun deskundigheid op een beperkt terrein te vergroten.

Op die manier wordt de kwaliteit van vrijwilligerswerk gewaarborgd, hoopt hij. Hij zegt verder dat er niet minder loodgieters zijn sinds de doe-het-zelf-winkels. Zijn opleiding vormt dus geen bedreiging voor de bestaande hulpverleners. De vraag naar specialistische hulp blijft. Het artikel gaat vervolgens verder met een interessante aanvullende uitleg.

Misschien heeft u het artikel zelf al gelezen en vermoei ik u alleen maar met dubbele informatie. Heeft u het niet gelezen en bent u desondanks geïnteresseerd geraakt, kunnen we eventueel een afspraak maken om eens samen te gaan kijken. Mij lijkt het namelijk wel wat en ik denk mijzelf in te schrijven voor zo'n 'doe-het-zelf-kursus', misschien leer ik er wel het een en ander wat later in het werk gebruikt kan worden. Ik voel me langzamerhand weer warm worden en krijg overal zin in. Door berg en dal hoor ik aan alle kanten hoorngechal.....

(Eet ter bestrijding van depressies 3 x daags één krant.)



Aids.

Een literatuurstudie.

Mieke Bakker en Flip Schrameijer
NcGv-reeks 109

AIDS-patiënten en mensen met verwante aandoeningen, maar ook seropositieven (door het AIDS-virus geïnfesteerde mensen), familieleden, vrienden en hulpverleners en verzorgers staan onder zware psychische druk. In landen waar de AIDS-epidemie al verder voortgeschreden is, met name de Verenigde Staten, en men ook met de psychische problematiek al meer ervaring heeft, bestaat in vergelijking met Nederland een voorsprong op het gebied van de psychosociale en psychiatrische hulpverlening bij AIDS. Zo blijkt beurologische aantasting bij AIDS-patiënten een veel grotere rol te spelen dan menigeneen denkt. Psychologische problemen komen daarentegen minstens even vaak voor bij seropositieven en bezorgde gezonden als bij AIDS-patiënten.

Deze en andere ervaringen zijn in dit rapport systematisch bijeengebracht ten behoeve van de Nederlandse hulpverleners en andere betrokkenen bij de AIDS-problematiek. Daarnaast wordt ook aandacht besteed aan de Nederlandse hulpverlenings- en beleidsstructuur rondom AIDS. Het geheel wordt aangevuld met een overzicht van het in Nederland beschikbare documentatie-, film- en videomateriaal en met een uitgebreide lijst van adressen van hulpverleningsinstellingen en -initiatieven.

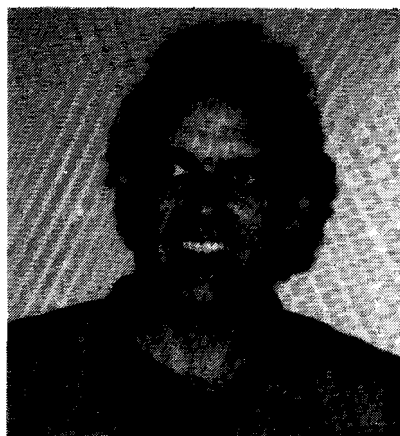


Buurtgerichte aanpak belangrijk bij Primary Health Care

‘Met toestemming van ons bestuurslid, Kees Onderwater, mogen wij onderstaand artikel publiceren, welke eerder verscheen in ‘HET BETERSCHAP’ mei 1987. Het is een iets genuanceerdere uitwerking van een eerder geplaatst artikel m.b.t. buurt-gericht werken.

In vijftien tot twintig procent van de kontakten die een huisarts heeft, is er sprake van psychische problematiek. Een fractie hiervan wordt doorverwezen naar de RIAGG. Dat zijn meestal de mensen met zwaardere psychische problemen. Om deze mensen toch zoveel mogelijk in hun leefomgeving te laten blijven, is samenwerking met de eerste lijn onontbeerlijk. En zou het even belangrijk kunnen zijn om te werken volgens de principes van Primary Health Care.

Omdat de term Primary Health Care niet is ingeburgerd in de gezondheidszorg en ook niet in de ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ), zou ik hier verder willen spreken van Primary Mental Health Care (PMHC). Ook PMHC kan uitgaan van de vier invalshoeken (zie: PHC, wat doet de Verpleging ermee?, Kitty Verbeek). Alleen het laatste aspect -de praktijk van de gezondheidszorg- zou ik in het kader van PMHC meer willen toespitsen op de geestelijke gezondheidszorg. De activiteiten die daarin verricht zouden kunnen worden, kunnen gericht worden op voorlichting, preventie, belangenbehartiging en deskundige hulpverlening in de woonomgeving van de hulpvrager. Bij deze activiteiten staan de volgende uitgangspunten centraal: recht op passend werk, goede huisvesting, voldoende financiële middelen, recht op onderwijs, sociaal contact, recht op toegang tot culturele en maatschappelijke activiteiten. Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen die in de AGGZ werkzaam zijn zouden deze punten centraal moeten stellen in hun dagelijks werk.



Leefomgeving

Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen zijn altijd genooddaakt meer te denken over nieuwe beleidsontwikkelingen, nieuwe taken en nieuwe filosofieën. Hun beroepsbeeld is voortdurend aan veranderingen onderhevig. De laatste jaren is in hun denken en handelen een ommekeer gekomen. Terwijl ze vroeger dachten en handelden volgens het medische model, speelt nu de sociaal maatschappelijke psychologische benadering van de mens een steeds grotere rol. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige richt zich meer op de totale kontekst van de hulpvraag en met name op de leefomgeving. Kennis over lichamelijke, geestelijke en sociale aspecten, die elk verstoord kunnen zijn, geeft hun mogelijkheden gezondheidszorg in de volle breedte uit te kunnen oefenen. Hierdoor is deze beroepskracht in staat tot een integrale bena-

dering. Deze deskundigheid maakt dat hij, bijvoorbeeld als 'casemanager', een speciale rol vervult bij de zorg en begeleiding van cliënten met langdurige psychiatrische problemen. Het is een zeer moeilijke taak om deze chronisch psychiatrische cliënten in hun eigen leefomgeving te begeleiden. Om dat goed te kunnen moet er een langdurig en intensief contact met de cliënt zijn, moeten de familie en omgeving erbij betrokken worden en moet de aanpak buurtgericht zijn. Daarbij moet het hulpaanbod generalistisch zijn en moet de drempel laag zijn. Juist de buurtgerichte aanpak is als methodiek van structurele betekenis, als we de uitgangspunten van de Primary Mental Health Care in de praktijk een serieuze kans willen geven.

Buurtgericht

In de huidige ambulante geestelijke gezondheidszorg is buurtgericht werken vaak een intentie. Men probeert de beschikbare aandacht en tijd te richten op hulpverleners en instellingen die dicht bij de leefomgeving van mensen werken, maar over het algemeen gebeurt dit niet gestructureerd. Als een sociaal psychiatrisch verpleegkundige een methode ontwikkelt voor buurtgericht werken, moet aan een aantal inhoudelijke en organisatorische voorwaarden worden voldaan. Zo zal in de opleiding tot sociaal psychiatrisch verpleegkundige een grote nadruk gelegd moeten worden op de sociale en maatschappelijke ontwikkelingen. Naast de medisch psychiatrische diagnostiek zal een diagnostisch systeem ontwikkeld moeten worden, waarin sociale rollen een belangrijke plaats krijgen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het meer bekend worden van het Social Breakdown Syndrom (Resocialisatie in de GGZ in de mijnstreek, van R. Rotteveen e.a., mei 1984 RUL) en de sociologische analyse methode (Merton, Social theory and social structure, New York 1957; Parsons, The social systems, New York 1951). Belangenbehartiging moet in het AGGZ-pakket als vanzelfsprekend worden aanvaard. Het toepassen van sociale strategieën en het opbouwen en gebruiken van netwerken moeten voor de sociaal psychiatrisch verpleegkundige de gewoonste zaak van de wereld worden. Naast deze op de inhoud van het beroep gerichte voorwaarden zijn ook organisatorische voorwaarden van belang. Zo is het essentieel dat men zich richt op vastomlijnde gebieden, die zich duidelijk als buurt manifesteren. Uit praktijkervaringen van de RIAGG in Amsterdam-Oost blijkt dat teams in gebieden



met 25 tot 30.000 inwoners goed kunnen functioneren.

Teams kunnen echter alleen goed functioneren als alle in de buurt aanwezige vormen van hulpverlenings- en welzijnsvoorzieningen op elkaar zijn afgestemd; hulpverleners en welzijnswerkers elkaar regelmatig treffen om visies naast elkaar te leggen en elkaar kunnen adviseren. Kortom, samenwerking is noodzakelijk. Als zo'n netwerk is ontstaan en contacten soepel verlopen, kan er sneller en efficiënter worden ingegaan op hulpvragen. Dan is het ook makkelijker om lakunes op te sporen. Een ander organisatorische voorwaarde voor het buurtgericht werken is dat de hulpverlenende instelling geografisch gunstig ligt. Dat voorkomt drempels en onbekendheid. Pas als aan al deze voorwaarden is voldaan, is het mogelijk de buurtgerichte aanpak als methodiek te ontwikkelen.

Kontakt met hele buurt

De RIAGG in Amsterdam-Oost heeft het bovengeschetste theoretische verhaal omgezet in de praktijk. Sinds de oprichting in 1983 werkt deze Amsterdamse RIAGG buurtgericht en heeft men met vrijwel het gehele hulpverleningsveld in de buurt contact. De integratie is binnen deze organisatie ook intern doorgevoerd. Dat houdt in dat er gezamenlijk in buurtteams wordt gewerkt. In andere RIAGG-organisaties werken de disciplines nog in OEP (Organisatorische Eenheid Psychotherapie), Sociaal Psychiatrische Dienst of LGV-verband (Levens en Gezinsvragen afdeling). In Amsterdam-Oost is er binnen de buurtteams een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor alle aangemelde cliënten uit de buurt. Door deelname aan overleg in de buurt proberen de teams de verantwoordelijkheid en de deskundigheid met werkers in de buurt te delen. Het belangrijkste contact is dat met de hometeams, waarvan er in iedere buurt een aantal zijn. In de hometeams overleggen huisarts, wijkverpleging en maatschappelijk werk als basisdisciplines met elkaar. Soms zijn ook fysiotherapie, eerstelijnspsycholoog of gezinsverzorging erbij betrokken. In Amsterdam-Oost neemt de RIAGG aan alle hometeams deel. Meestal de sociaal psychiatrische verpleegkundigen, maar ook wel eens een psycholoog. Een ander overleg dat een spilfunctie in de buurt vervult is het wijkwelzijnsoverleg. Dit overleg is een platform van bijna alle welzijnswerkers. Het overleg heeft een zeer belangrijke signalerende functie, maar heeft ook op beleidsniveau een sturende invloed. De RIAGG neemt hier zoveel mogelijk aan deel. Een variant hierop is het in Amsterdam-Oost functionerende beheersoverleg. Hierin overleggen alle in de buurt werkende ambtenaren onder voorzitterschap van de voorpostambtenaar van het bureau bestuurscontacten. (De voorposten werden in de buurt geopend om de burgers gemakkelijker toegang te geven tot het ingewikkelde gemeentelijke bestuursapparaat.) Aan dit overleg nemen ambtenaren deel van onder andere de Gemeentelijke Dienst Herhuisvesting, de Sociale Dienst, de Sociaal Raadslieden en Bouw en Woning Toezicht. Maar ook ambulante werkende GG en GD-ers. Tijdens deze bijeenkomsten worden veel van de in de buurt gesignaleerde problemen ter tafel gebracht en is het vaak mogelijk moeilijke kwesties onderling te regelen. Denk bijvoorbeeld aan huurkwesties, huisuitzettingen, ernstige problemen rond

vervuiling en lawaai-overlast voor de buurt. Door zo'n efficiënt netwerk kan belangenbehartiging voor de groep chronische psychiatrische cliënten gemakkelijker plaatsvinden. Verder heeft een sociaal psychiatrisch verpleegkundige maandelijks contact met de wijkagenten. In dit consultatie- en samenwerkingscontact werden onder andere problemen besproken die op het grensgebied van justitie en psychiatrie aandacht vragen. (Wegens de reorganisatie van de Amsterdamse politie is het op dit moment onzeker of dit contact kan blijven bestaan.) Tenslotte is het belangrijk te vermelden dat er binnen de buurten contacten zijn met de gezinsverzorging, de wijkposten voor ouderen, het advocatenkollektief en anderen. Deze contacten vinden over het algemeen plaats rond specifieke problemen.



Onbeschrijflijke rommel

Onderstaand verhaal uit de praktijk illustreert het best hoe de verschillende disciplines in Amsterdam precies samenwerken. Het was de huisarts die meneer en mevrouw X bij ons aanmeldde. Hij maakte zich ernstig zorgen over de situatie die hij daar had aangetroffen. Meneer kwam zijn bed niet meer uit. Hij at nauwelijks en dreigde lichamelijk ernstig te vervuilen. Mevrouw was niet in staat hem te verzorgen. Hij was van een trapje op zijn hoofd gevallen toen hij de ramen laptte. Hij had ernstig letsel, was opgenomen geweest

en een algemeen ziekenhuis en was sinds zijn thuiskomst niet meer de oude. In huis zou het een onbeschrijflijke rommel zijn. Vol als in een pakhuis met nauwelijks ruimte om te bewegen. Keuken, douche en toilet waren ook volgestouwd en onbruikbaar. De huisarts vroeg ons de situatie te beoordelen. We besloten op huisbezoek te gaan. De situatie was exakt zoals de huisarts ons had beschreven. Meneer wilde niet met ons praten en mevrouw maakte een wanhopige indruk. Ze vertelde dat ze beiden in een isolement leefden. In hun buurt hadden ze met niemand contact behalve met hun huisbaas. En dat was minder prettig, want dat ging over huurschulden. Het licht was afgesloten. Een paar buurten verder woonde een kennis waar ze zo nu en dan contact mee hadden. Van ernstige psychiatrische problematiek was op dat moment zeker geen sprake. Wel leed mevrouw aan epilepsie. Soms kreeg ze een aanval. Ze kreeg medicijnen van de neuroloog. In het teamoverleg besloten we om de familie in begeleiding te nemen. Het beleid zou erop gericht zijn meer informatie te verzamelen en in eerste instantie een netwerk van beroepskrachten op te bouwen, omdat er geen eigen netwerk leek te bestaan. We besloten in overleg met de huisarts de wijkverpleging erbij te betrekken. De wijkverpleegkundige begon met het activeren van meneer X. Samen met de familie bespraken we hoe we wat meer ruimte konden creëren in de woning. Mevrouw zag haar kans en gaf toestemming om op te ruimen en meneer ging met enige tegenzin akkoord.

Schoonmaak

We maakten gezamenlijk een plan en via de beheersgroep regelden we medewerking van de stadsreiniging. Zij zouden zo vaak als nodig een vrachtauto voor de deur zetten, die de wijkverpleegkundige en ik dan samen met mevrouw en meneer zouden volladen.



Kort daarop werd meneer X plotseling in het ziekenhuis opgenomen waar hij overleed. Mevrouw bleef verdrietig alleen achter maar drong erop aan ons plan toch uit te voeren. Het huis werd nu in een aantal middagen langzaam bewoonbaar. Het moment was nu aangebroken de gezinsverzorging erbij te betrekken. Zij begonnen samen met mevrouw aan een schoonmaakbeurt en mevrouw kreeg via de gezinsverzorgster steeds meer handigheid in het huishouden. Via de huisbaas werd geregeld dat keuken en toilet weer gebruiksklaar werden gemaakt. Mevrouw was in haar sas, maar kreeg last van hallucinaties. 's Nachts dacht zij door de muren heen te horen dat de burens haar uitscholden. Ze zou haar man niet goed verzorgd hebben en ook zouden zij en haar man viespeuken geweest zijn. Gesprekken waarin we over haar verdriet en schuldgevoel spraken waren niet afdoende en we besloten voor de nacht medikatie voor te schrijven. Het slapen ging nu beter. Intussen was ook de sociaal raadsman ingeschakeld. Het bleek namelijk dat mevrouw X steeds opnieuw afspraken rond haar financiële zaken niet hard kon maken. Haar weekbudget was zo laag dat ze er niet van rond kon komen. De sociaal raadsman zocht wegen om extra financiële ondersteuning te vinden en ging ook het geld van mevrouw beheren. Via de wijkpost voor ouderen ging mevrouw wekelijks naar het badhuis. Een gezelligheidsgebeuren waarbij baden centraal stond. De contacten met de kennis van een paar buurten verder bleken steeds belangrijker. Telefonisch hadden ze veel contact met elkaar. Wegens de reisafstand gaf een bezoekje echter problemen. De mogelijkheid naar die buurt te verhuizen werd besproken. Eigenlijk wilde ze dat wel. Dat zou ook direct een oplossing bieden voor die 'nare burens' waar ze nu tussen woonde. De hallucinaties waren nooit echt gestopt al ging het wel stukken beter. Uiteindelijk verhuisde mevrouw naar die andere buurt. Als sociaal psychiatrisch verpleegkundige heb ik door uitleg en ondersteuning te geven en door eerstelijns werkers te adviseren een essentiële rol kunnen vervullen. Daarbij was een coördinerende taak op sommige momenten hoogst noodzakelijk. Sociaal raadsman, wijkverpleegkundige, gezinsverzorgster, medewerker van de wijkpost voor ouderen, vrijwilligsters, allen zijn onmisbare schakels in het uiterst moeilijke werk met chronisch psychiatrische patiënten.

WORKSHOP

voor SPV-en

op maandag 1 februari
van 10.00-17.00 uur aan de V.O.B. en
E.M.G.G.Z., Leidseweg 83, te Utrecht.

Deze dag zal worden gegeven door de
psychiater/gezinstherapeut

DR. IVAN BOSZORMENYI-NAGY

die bekend is door zijn boek 'Invisible
Loyalties'.

Hij gaat in op de intergenerationele
therapie en zal tevens met een gezin
werken.

De kosten van deze dag bedragen f 70,—,
exclusief lunch, koffie en thee.

Het aantal deelnemers bedraagt maximaal
50 personen.

Opgave vóór 15 december d.m.v. storting
van het bedrag op girorekening 4873135
t.n.v. C. de Winter, Amersfoort.



Uitgekomen:

'De toets der goede bedoelingen'

Een inleiding tot programma-evaluatie in de
G.G.Z.

Marianne Donker

Het boek behandelt een breed scala aan onderwerpen rond programma-evaluatie die voor de Nederlandse G.G.Z. van belang zijn. Er wordt bekeken of de G.G.Z.-activiteiten op de juiste manier worden uitgevoerd, middelen op de juiste manier worden ingezet en of dit alles de beoogde resultaten oplevert.

'Psychiatrische deeltijdbehandeling in beeld gebracht'

De volledige stand van zaken in 1986

Aart Schene, Peter van Lieshout, Joost Mastboom

NcGv-reeks 108

Gelezen in de G.G.Z.-Gazet dat er een rapport verkrijgbaar is bij de N.V.A.G.G., dat gaat over de inzetbaarheid van H.B.O.-verpleegkundigen als SPV.

Film en video

Bij het NcGv is een serie film en video-programma's verkrijgbaar over psychiatrie, bejaarden, kinderen, lichamelijk/zintuiglijk gehandicapten, zwakzinnigheid en zwakzinnigenzorg, seksualiteit, verslavingen, minderheden en maatschappelijk werk.

de avonturen van

door Han Bijleveld



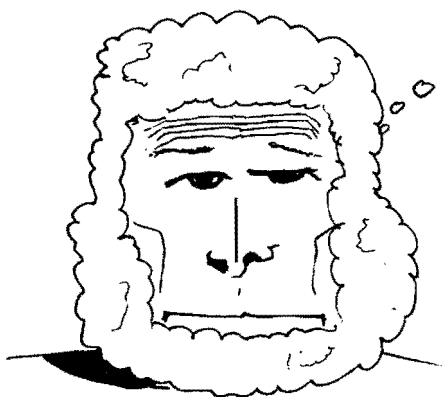
Sije Pieter Vlaks

in *HULPverlenersLand*

DE MIGRANTEN ZULLEN
IN DE TOEKOMST HET
VOORTBESTAAN VAN DE
RIAGGS VERZEKEREN.
NIET ALLEEN DOOR
HET GROTE AANTAL
AANMELDINGEN DAT
ZIJ VERZORGEN



MAAR VOORAL
DOORDAT ZE ALLE
KRITIEK EN SCHANDA-
LEN IN DE MEDIA
NIET ZO GOED
KUNNEN
VOLGEN



HANB?