

PLEKTRUM

12e jaargang, nr. 34, april 1993

uitgave van de nederlandse vereniging
van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen



De rol van de SPV bij
Vrouwenhulpverlening

Verpleegkundige diagnostiek

Sociaal Netwerkbenadering

Kolofon

Plektrum is het verenigingsblad van de Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen en verschijnt viermaal per jaar.

Contributie voor de NVSPV is per 01-01-'93 voor werkenden f 130 - per jaar Voor studenten en uitkeringsgerechtigden is het taneef / 47.50 respectievelijk f 67.50 Donateurs verplichten zich tot rin:- maal f 81.- per jaar.
De contributie wordt tweemaal per jaar gent.

Ledenadministratie:

Frans van Vugt
Postbus 639. 5600 AP Eindhoven
Telefoon: 040 - 424929.

Postrekening:

Giro 4424927. NVSPV Rotterdam

Dagelijks bestuur:

Voorzitter functie vacant
Jan Ravestem. Secretaris
033 - 559922
Fenny de Vries. Penningmeester
010 - 4809191

Kopij

Kopij voor het Plektrum liefst getypt. U bespaart ons een hoop werk door de tekst op een floppy aan te leveren.

Maximale lengte van de artikelen is 5 a 6 bladzijden

Interim-redactie-adres

Frans van Vugt
Grote Beerlaan 40
5632 DP Eindhoven
040 - 424929

Redactie

Frans van Vugt

Technische uitvoering

Zetwerk • Frans van Vugt
Druk : Ergon bedrijven,Ehv

Aantal leden NVSPV: 800

Copyright

Copyright berust bij de schrijver of schrijfster, illustrator of fotograaf. Overname met bronvermelding is toegestaan, wel vragen wij u dit te melden bij de redactie.

Inhoud

Inhoudsopgave	2
Van de ledenadministratie/redactie	3
Kenmerken van driegeratiegezinnen	4
Carla Raben, spv bij de Riagg Enschede en Beja Wulff, spv bij de Riagg Almelo	
Ereprijs voor Henry Henselmans	10
De NVSPV begeeft zich op VERPLEEGKUNDIG terrein!	11
Joekie Bruininks, spv bij de Riagg Dordrecht e.o. en Frans Verberk, spv bij de Riagg Zuidhollandse Eilanden	
De kick is op	16
G. Raaf	
SPV-en en vrouwenhulpverlening: terug naar de cliënt	18
Anke Steinmann, psycholoog, organisatie-adviseur, coördinatrice VHV-project bij de NVAGG.	
Het gebruik van de verpleegkundige diagnose door de sociaal psychiatrisch verpleegkundige in de ambulante geestelijke gezondheid	24
Paul van kuijeren, spv, docent bij de SPV-opleiding te Amsterdam	
De rol van de SPV in de sociaal netwerkbenadering	38
Yolanda Licher, spv bij de Riagg Westelijk Utrecht	

Van de ledenadministratie/redactie

Ondanks het gemis aan een redactie, toch weer een dubbeldik nummer. Eigenlijk is het gekkenwerk (wie zei dat?) om zowel de ledenadministratie, postverzending, opmaak Plektrum én de redactie van ons verenigingsblad in je takenpakket op te nemen. Verantwoordelijkheidsgevoel of verslaving? Wie zal het zeggen?

U begrijpt het al, de vereniging MOET! nieuwe redactie-leden zien te werven. Achthonderd (800) leden kunnen nu bellen en zich opgeven!

de ledenadministratie

Kijkt u nog even na of uw lidmaatschaps of donateurs-bijdrage de deur uit is? Dat scheelt in ieder geval een hoop werk. Ook dat MOET!
Overigens niets dan lof voor uw actieve terugzending van de vragenlijst ten bate van een updating van de ledenadministratie. Vijfzeventig procent stuurde de lijst met gecorrigeerde gegevens reeds terug. Vijftwintig procent duikt nu in de 'vergeten' poststapel. Ook dat MOET!

de redactie

U MAG getuige zijn van een aantal artikelen van bijzondere kwaliteit. Onderwerpen, die geheel aansluiten bij uw werk als sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

Twee artikelen met visies over vrouwenhulpverlening en de plaats van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige daarin.
Eveneens twee artikelen over het hot-item 'verpleegkundige diagnostiek'. Zelfs onze huisschrijver G. Raaf voelt de nijpende behoefte het diagnostisch handelen van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige meer inhoud te geven. Als tegenhanger van de medische maffia, zoals hij dat plastisch omschrijft.
Sociaal netwerkbenadering, in de praktijk gebracht door sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, is ons laatste hoofdartikel.
Tot slot vindt u twee oproepen van collegae en niet te vergeten een welverdiende ereprijs voor collega Henry Henselmans.

Eindhoven, april 1993
Frans van Vugt.

Kenmerken van driegeratiegezinnen

door Carla Raben Riagg Enschede en
Beja Wulff Riagg Almelo

In het kader van de Voortgezette Opleiding Beroepsinnovatie te Utrecht hebben Carla Raben en Beja Wulff, een beschrijvend onderzoek opgezet en uitgevoerd naar de cliëntenkenmerken van driegeratiegezinnen.

Aanleiding tot het onderzoek.

De keuze voor dit onderwerp werd ingegeven door onze praktijkervaring in het "Twentse land". In ons werk worden we regelmatig geconfronteerd met driegeratiegezinnen.

Hieronder verstaan wij een familie-eenheid, bestaande uit drie generaties die met elkaar onder één dak wonen.

Wat we zien is dat we te maken hebben met gesloten systemen waarbij de cliënte, door middel van haar klachten, al dan niet bewust, het systeem opent. Het viel ons op dat de mannen uit deze systemen gedurende het hulpverleningscontact, niet of nauwelijks in beeld kwamen.

Wij waren niet in staat ze erbij te betrekken.

Dat riep de volgende vragen bij ons op:

- * Wat maakt dat de aangemelde cliënt steeds een vrouw is?
- * Welke rol spelen anderen in het systeem?
- * Hoe Kunnen we het hele systeem in de behandeling betrekken?

Visie.

Hulpverlening is niet waarde-vrij, maar heeft te maken met een mensbeeld van waaruit veranderkundige optiek vorm wordt gegeven.

Vandaar dat wij het belangrijk vinden onze visie expliciet te noemen.

Onze visie op driegeratiesystemen is dus gebaseerd op de principes van vrouwenhulpverlening.

Ten aanzien van dit onderzoek houdt dat voor ons het volgende in:

Als sociaal psychiatrisch verpleegkundigen kijken we naar drie niveaus waarop klachten zich presenteren nl:

1. **Micro-niveau ofwel orgaanniveau.**
2. **Meso-niveau ofwel niveau van het individu.**
3. **Macro-niveau ofwel niveau van de kleine groep en maatschappelijke positie.**

Binnen deze niveaus zijn een aantal aspecten te onderscheiden die typerend zijn voor het kijken naar de klachten vanuit het perspectief van de vrouwenhulpverlening.

ad.1. Het orgaanniveau.

Vrouwen hebben niet of nauwelijks geleerd om op een directe manier aandacht voor zichzelf te vragen. In onze maatschappij is het gelegitimeerd om lichamelijke klachten te hebben en daar aandacht voor te krijgen c.q. vragen.

Voor sommige vrouwen kan een -vaak onbewust- proces van **somatiseren** de enige manier zijn om aandacht voor zichzelf te krijgen.

Immers, vrouwen zijn **gesocialiseerd** met de boodschap dat zij voor anderen klaar moeten staan, voor anderen dienen te zorgen. De zorg is dus naar buiten gericht, naar de ander en niet naar binnen, naar zichzelf.

Veel vrouwen hebben een **negatieve lichaamsbeleving**.

Dit heeft te maken met het "maatschappelijk schoonheidsideaal" wat kan leiden tot voortdurende onzekerheid bij vrouwen of ze wel aan het ideaalbeeld voldoen.

Vrouwen hebben slecht geleerd om de signalen die hun lijf hen geeft serieus te nemen. Ze zijn gesocialiseerd met de boodschap: "Je moet niet zeuren, het gaat wel weer over". We kunnen hier onze eigen socialisatieboodschap aanhalen die we allebei van onze moeders kregen als we buikpijn hadden: "Wees blij dat je een buik hebt, anders vallen de boterhammen zo in je broek".

Dit kan inhouden dat vrouwen te lang met hun lichamelijke klachten door blijven lopen alvorens ze naar een arts gaan. Daarnaast geldt dit ook voor signalen die hun lijf hen geeft bij sexueel contact; bijv. geen zin in vrijen hebben maar het toch doen om de ander niet teleur te stellen. Concluderend zeggen we dat vrouwen weinig in contact staan met hun eigen lijf.

ad.2. Het niveau van het individu.

Vrouwen hebben tijdens hun socialisatie als vrouw geleerd om zich altijd dienstbaar op te stellen naar anderen, het (ver)zorgaspect. Het verzorgen van anderen geeft hen bestaansrecht, geeft identiteit; "Als hij maar gelukkig is".

De identiteit van de vrouw ontstaat in relatie tot de ander. Dit kan leiden tot het niet ervaren van **autonomie**.

Voor de jongere generatie vrouwen waartoe we zelf behoren maar zeker ook voor vrouwen van middelbare leeftijd geldt dat zij de normen betreffende zorgen voor anderen hebben geïnternaliseerd. Voor het beleven van

zelfvertrouwen zijn deze vrouwen grotendeels afhankelijk van de waardering en soms ook goedkeuring van anderen.

Dit kan leiden tot **sub-assertief** gedrag, wat weer kan leiden tot het overschrijden van eigen grenzen.

ad.3. Het niveau van de kleine groep en maatschappelijke positie.

Welke positie bekleedt de vrouw in haar kleine groep.

Over het algemeen zal het zo zijn dat de vrouw **verantwoordelijk** gesteld wordt en de verantwoording neemt voor het huishouden, de opvoeding van de kinderen en de emotionele zorg.

De **macht** die ze aan deze positie kan ontleen is dat ze haar man kan onthouden van zorg en van sexueel contact.

Zoals al eerder gezegd hebben vrouwen in principe niet geleerd om voor zichzelf op te komen, ze slikken hun emoties in en zetten het om in gekwetste gevoelens. Hieruit kan een patroon ontstaan waarbij ze degene die haar woede heeft opgeroepen gaat onthouden van steun, zorg e.d.

Op maatschappelijk niveau is het beroep van huisvrouw laag gewaardeerd, het wordt niet betaald en heeft een geringe identificatie-waarde.

Door haar verantwoordelijkheden binnenshuis, haar 24-uurs baan, zal de huisvrouw, zeker met jonge kinderen, niet of nauwelijks in staat zijn zich in het **maatschappelijk verkeer** te begeven hetgeen haar positie kwetsbaar maakt.

De aspecten die we in onze visie belicht hebben zijn door de vrouwenhulpverlening in een socialisatie-kader geplaatst en herlabeld.

Vrouwenhulpverlening kijkt naar krachten die vrouwen hebben en naar mogelijkheden tot positieve verandering.

Bijv. het **zorgaspect** herlabelen tot een positieve vaardigheid van vrouwen en vanuit deze visie vrouwen leren deze zorg ook naar zichzelf te richten.

Methode van onderzoek.

Uit praktische overwegingen hebben we gekozen voor de methode van dossieronderzoek.

Vanwege de éénduidigheid van interpretatie is gekozen alleen gebruik te maken van casuïstiek van één RIAGG, in totaal betreft het acht dossiers. De aangemelde cliënt is steeds in behandeling bij de afdeling volwassenen en het onderzoek is gericht op de intakesituatie.

Als instrument hebben we gekozen voor de probleemanalyse van Romme. Dit is een sociaal-psychiatrische probleemanalyse die goed aansluit bij ons dagelijks werk als sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Het instrument bevroegde het somatische, psychische en het sociale niveau, dit zijn de gebieden waarop wij observeren en interveniëren. Vervolgens hebben we deze vragenlijst enigszins aangepast vanuit onze VHV visie.

Een voorbeeld;

"Vrouw van 40 jaar met depressieve klachten door, volgens cliënte, verzorging van haar ouders.

Ze moest al vroeg de huishouding van moeder overnemen. Na haar huwelijk heeft ze samen met haar ouders onder één dak gewoond. Na een ongeluk werd cliënte in het ziekenhuis opgenomen en kort na deze opname overlijdt haar moeder. Sindsdien verzorgt ze haar vader die dementerende is, paranoïde en bij perioden depressief. Cliënte kan de huidige situatie niet meer aan. Ze voelt zich schuldig aan het overlijden van haar moeder, waardoor de rouwverwerking stagneert. Het echtpaar heeft twee kinderen die steeds meer moeite krijgen met hun grootvader die veel aandacht naar zich toe trekt.

Cliënte zit tussen twee vuren, haar vader en haar kinderen en ze wil het allen naar de zin maken."

Samenvatting cliëntenkenmerken

We hebben te maken met vrouwen die allen laaggeschoold zijn en laagbetaalde arbeid hebben verricht.

Op dit moment zijn ze allen huisvrouw en financieel afhankelijk, grotendeels wonend op het platteland.

Alle vrouwen hebben lichamelijke klachten die bijna allemaal van functionele aard zijn. Ze ervaren weinig autonomie.

In alle systemen, bestaand uit 5 of meer personen, is er sprake van coalities die onveranderlijk aanwezig zijn. De coalities zijn bijna allemaal intergenerationeel. In bijna alle systemen is het zo dat verantwoordelijkheid en hiërarchie aan elkaar gekoppeld zijn. Dit wil zeggen dat het in de meeste gevallen zo is dat degene die veel verantwoordelijkheid draagt ook hoog op de hiërarchische ladder staat.

De meeste leden van de systemen zijn op elkaar betrokken, zowel in positieve als in negatieve zin. Over het algemeen betreft het gesloten systemen, 5 cliënten hebben de rol van degene die het evenwicht verstoort. Er zijn weinig contacten buitenshuis, wel zijn er contacten met verwanten. Deze vrouwen leven in een sociaal geïsoleerde omgeving waarin moeilijk verandering aan te brengen is. Ze missen positieve indentificatie met anderen.

"Zorg" is een centraal thema; wat er uitspringt is het feit dat meerdere vrouwen de zorg hebben vóór of de zorg hebben overgenomen van iemand uit de derde generatie. De mannen in de systemen krijgen voldoende emotionele steun. De vrouwen krijgen dit niet in dit systeem en moeten dus buiten de deur hun emotionele ondersteuning halen. Bijv. door hulp te vragen bij een RIAGG.

De helft van de vrouwen is in hun jeugd sexueel misbruikt.

De mate waarin de life-events consequenties hebben voor de verschillende niveaus is erg hoog.

Bij alle vrouwen is er sprake van (meer of minder) disfunctioneren in één van hun rollen.

Er is sprake van assertiviteitsproblematiek, moeite hebben met het stellen van grenzen en het gevoel geen invloed te hebben op het eigen leven.

Bevestiging vanuit literatuurstudie.

In onze conclusies vanuit onderzoek zien we bevestigd wat

Knipscheer schrijft over veranderingen die van ingrijpende betekenis zijn voor de onderlinge verhouding:

- * De life-events hebben allemaal een relatie met de hulpverleningsgeschiedenis.
- * Het zijn gesloten systemen met rigide reactiepatronen en onveranderlijke coalities die zich intergenerationeel afspelen.

Weeda:

- * Emotionele geborgenheid; uit ons onderzoek blijkt dat de onderlinge betrokkenheid groot is, al wordt deze niet unaniem als positief ervaren.
- * Privacy ontbreekt; er is geen sprake van kerngezinnen.
- * De opvoeding is gericht op overname van taken van de oudere generatie; zoals blijkt uit de socialisatieboodschappen en uit het feit dat met name de vrouwen de taken (huishouding) van de oudere vrouwen overnemen.

Komter:

- * We zien ons in ons onderzoek bevestigd dat er sprake is van ongelijkheid tussen mannen en vrouwen tav. inkomen, status en arbeid.
- * Alle vrouwen zijn laag opgeleid, geen van hen werkt buitenshuis.
- * Man en vrouw leiden ieder hun "eigen leven" in deze systemen. Dit houdt in dat de vrouw verantwoordelijk is voor het huishouden, de opvoeding van de kinderen en de man is verantwoordelijk voor het inkomen.

Oosterbaan en Zeldenrust:

De doelgroep zoals wij die middels casuïstiek geanalyseerd hebben, vertoont veel overeenkomsten met het begrip "gesloten netwerk" zoals gehanteerd door Oosterbaan en Zeldenrust.

Deze overeenkomsten gelden:

- * Woonplaats.
- * Sociaal en relationeel weinig mobiel.
- * Opleiding van korte duur en laag.

- * "Doe"beroepen.
- * Huwelijk traditionele voortzetting huwelijk ouders.
- * Het netwerk sluit zich naar buiten af met de uitdrukking "nergens over praten".
- * Mensen kunnen met hun zorg en verdriet nauwelijks bij hun familie terecht; het delen van emoties is niet mogelijk.

Aanbeveling voor verder onderzoek.

Opvallend in het onderzoek vinden we tenslotte dat van de acht betrokken hulpverleners er zeven sociaal psychiatrisch verpleegkundige zijn. Dit roept bij ons de vraag op naar de hulpverlenerskenmerken van driegeratiegezinnen.

Literatuurlijst.

Knipscheer, C.P.M.

"Ouder worden, een uitdaging voor het familieverband".
Seminar Gerontologie.
Nederlands Instituut voor Gerontologie Nijmegen '84.

Komter, A.

"De macht van de vanzelfsprekendheid"

Oosterbaan, H en Zeldenrust, W.

"Van vage klacht tot psychisch probleem"
MGV, 09-'88.

Romme.

"Sociaal psychiatrische probleemanalyse"
Universiteit Maastricht.

Vegt, G.

"Netwerk interventie bij langdurig psychiatrische patiënten".
Preventieproject RIAGG A'dam Oost '88.

Vriend, L. e.a.

"Alleenstaande oudere vrouwen en hun sociaal netwerk"
Onderzoeksverslag V.O. Gezondheidszorg, studierichting beroepsinnovatie.
Utrecht, '90.

Weeda, I.

"Ideaalbeelden rond leefvormen"
Van Loghum Slaterus.
Deventer, '82.

Het volledige onderzoeksverslag is te bestellen, na overmaking van 15 gulden op girorekening 2925771 tnv. B.J. Wulff te Eibergen.

Ereprijs voor Henry Henselmans

Aan ons lid, Henry Henselmans, is de jaarlijkse ereprijs van het Nationaal Fonds voor de Geestelijke Volksgezondheid toegekend. De prijs bestaat uit een erepenning en een bedrag van tienduizend gulden. De prijs zal op dinsdag 5 oktober 1993 worden uitgereikt in Amsterdam.

In 1989 heeft het bestuur van het Nationaal Fonds voor de Geestelijke Volksgezondheid het initiatief genomen om een jaarlijkse Ereprijs in te stellen, uit te reiken aan iemand die zich bijzonder verdienstelijk gemaakt heeft op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg.

Henry is als sociaal psychiatrisch verpleegkundige werkzaam bij het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Rijnmond Noord-Oost te Rotterdam. Hij is bekend geworden door de originele opzet van een inloophuis voor de groep zware ambulante sociaal-psychiatrische cliënten. Het project is geïnspireerd door het werk van Madison in Wisconsin, maar Henry heeft er duidelijk eigen accenten aan gegeven. De intensieve zorg, gegeven vanuit het inloophuis, die zich uitstrekt tot allerlei dagelijkse zaken van de cliënten, heeft een duidelijke vernieuwende impuls gegeven aan het functioneren van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen in de sociale psychiatrie.

Daarnaast heeft Henry veel gepubliceerd, vooral op het gebied van de directieve therapie. Hij is één van de vooraanstaande sociaal psychiatrisch verpleegkundige geworden in Nederland. Zo luidt de motivatie van het NFGV.

In 1987 liet Henry reeds van zichzelf horen door een lezing op de studiemiddag "Sociale Psychiatrie, chroniciteit en de rol van de SPV daar" van de NVSPV. Hij bestede toen aandacht aan de 'psycho-educatieve' gezinsbenadering van chronische psychotici.

- GEFELICITEERD HENRY! -

De NVSPV begeeft zich op VERPLEEGKUNDIG terrein!

door Joekie Bruininks, spv bij de Riagg Dordrecht e.o. en Frans Verberk, spv bij de Riagg Z-H Eilanden

Op 20 november 1992 vond in Amsterdam een symposium plaats over de stand van zaken met betrekking tot de verpleegkundige diagnostiek. Dit symposium was ter afsluiting van een meerdaags congres. De NVSPV werd daarbij vertegenwoordigd door J. Bruininks en F. Verberk.

Een impressie van het symposium:

NANDA: 'Line of action for the Netherlands'

Het titel van het symposium refereert aan de NANDA, de North American Nursing Diagnosis Association. Dit is een organisatie, die zich bezig houdt met het verzamelen en classificeren van verpleegkundige diagnoses. Deze diagnoses geformuleerd door de NANDA worden in de praktijk getoetst en verfijnd. Sinds de oprichting in 1973 organiseert de NANDA ongeveer iedere twee jaar een congres, waarbij nieuwe diagnoses kunnen worden vastgesteld. Op grond van deze, door een grote groep verpleegkundigen geaccepteerde diagnoses ontstaat een lijst van gevalideerde verpleegkundige diagnoses.

Deze werkwijze van de NANDA is vergelijkbaar met die van de American Psychiaters Association (APA), die zich sedert 1952 bezig houdt met de ontwikkeling van de DSM. Daarvan kennen we inmiddels de derde en gereviseerde versie, de zogenaamde DSM IIIR.

De ontwikkeling van de verpleegkundige diagnostiek is van veel jongere datum. In de afgelopen 20 jaar is er, met name in de Verenigde Staten een basis gelegd voor de ontwikkeling van een eenduidig begrippenkader voor de verpleegkundige diagnostiek. Ook in Nederland begint de aandacht voor de verpleegkundige diagnostiek duidelijk terrein te winnen. Zo werd de tiende bijeenkomst van de NANDA in San Diego in 1992 door een groep Nederlandse verpleegkundigen bijgewoond.

Door deze verpleegkundigen werd het initiatief genomen voor het hier beschreven congres over verpleegkundige diagnostiek in Nederland. Dit congres is bedoeld om inzicht te geven in hetgeen reeds ontwikkeld is en hoe daar in Nederland mee verder gegaan kan worden.

De inhoud van het symposium:

De meest vooraanstaande auteurs op het gebied van de verpleegkundige diagnostiek waren vertegenwoordigd. Aanwezig waren onder andere Dr. M. Gordon, Dr. G. Bulechek, Dr. P. Kritek, Dr. V. Saba.

Deze in Nederland wellicht minder bekende mensen, zijn vooraanstaande leden van de NANDA en hoogleraren verpleegkunde aan verschillende Amerikaanse universiteiten. Zij hebben als specifiek interessegebied, de verpleegkundige diagnostiek.

Hierna volgen enkele kernpunten uit hun inleidingen.

Marjorie Gordon, professor aan de Boston College School of Nursing was presidente van de NANDA van 1973 tot 1983.

Haar inleiding was getiteld: "De ontwikkeling en het gebruik van de verpleegkundige diagnose".

Gordon heeft op basis van de door de NANDA vastgestelde verpleegkundige diagnoses een ordening van 11 categorieën ontwikkeld, de zogenaamde 'Functional Health Patterns'.

De dagelijkse levensverrichtingen van mensen worden daarbij als volgt onderscheiden:

1. Het patroon van gezondheidsbeleving en instandhouding.
2. Voedings- en stofwisselingspatroon.
3. Uitscheidingspatroon.
4. Activiteitenpatroon.
5. Waarnemings- en denkpatroon.
6. Zelfbelevingspatroon.
7. Slaappatroon.
8. Rol- en relatiepatroon.
9. Sexualiteits- en voortplantingspatroon.
10. Stressverwerkingspatroon.
11. Waarden- en verwachtingenpatroon.

Verpleegkundige diagnoses zijn volgens Gordon disfunctionele patronen of het risico op het ontstaan daarvan.

Gloria M. Bulechek, professor aan de universiteit van Iowa, college of Nursing, richtte zich meer op de verpleegkundige interventies.

De titel van haar inleiding was: "Classificatie van Verpleegkundige Interventies; een taal om de verpleegkundige handelingen te beschrijven".

Zij heeft een classificatie voor de verpleegkundige interventies ontwikkeld, de zogenaamde Nursing Intervention Classification (NIC). De NIC bevat 336 interventies, die verricht worden door verpleegkundigen. Op grond van de verpleegkundige diagnostiek worden de vereiste interventies uitgevoerd.

Phyllis B. Kritek, professor aan de Marquette University van Milwaukee, college of nursing, deed haar naam eer aan door kritische kanttekeningen te plaatsen bij de totstandkoming van het NANDA classificatiesysteem. De titel van haar lezing was: "Lessen, die geleerd kunnen worden aan de hand van een analyse van het NANDA classificatiesysteem."

Zij wees op de complexiteit van het proces van classificeren en noemt dit ook wel "the struggle to classify our diagnoses".

Zo wijst zij bijvoorbeeld op de verschillen in abstractieniveau van de diagnoses en de moeilijkheid met betrekking tot verschillende culturen. Een kernpunt in haar verhaal is de stellingname, dat het ontwikkelingsproces binnen de verpleegkunde en het classificatieproces gelijk op moeten gaan.

Virginia K. Saba, professor aan de Georgetown University School of Nursing is een pionier op het gebied van de verpleegkundige informatiesystemen. Zij houdt zich vooral bezig met verpleegkunde in de thuiszorg. De titel van haar verhaal was: "Het Georgetown Thuiszorg Classificatiesysteem Project."

Het doel van dit project was kennis te vergaren over de thuiszorg en een methode te ontwikkelen om de diensten te kunnen bepalen.

Op basis van een omvangrijk onderzoek, waarbij 40.000 verpleegkundige diagnoses en 80.000 verpleegkundige interventies werden gecodeerd ontstond het Thuiszorg Classificatie Systeem.

Op grond van dit classificatiesysteem werd een methode ontwikkeld, die de behoefte van patiënten aan verpleging voorspelt.

Helaas was wegens ziekte verhinderd, **Gertrude K. McFarland**, beleidsmedewerkster gezondheidswetenschap aan de U.S. Department of Health and Human Services.

Zij is vooral bekend binnen de psychiatrische verpleegkunde en zou haar verhaal baseren op de toepassing van de verpleegkundige diagnose met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg in relatie tot de DSM III-R. over deze koppeling hadden we graag enige discussie gevoerd. Helaas!

Kanttekeningen en aanbevelingen

Allereerst willen we enkele inhoudelijke kanttekeningen plaatsen bij de ontwikkeling van de verpleegkundige diagnostiek.

In de eerste plaats dient ons inziens de verpleegkundige diagnostiek onderscheiden te worden van de diagnostiek van andere disciplines.

Carpenito (1987) stelde in dit verband, dat het er niet om gaat, **dat** de verpleegkundige kan diagnostiseren, maar **wat** de verpleegkundige kan diagnostiseren. Door de verpleegkundige diagnostiek te reserveren voor het terrein van de verpleegkunde, namelijk de (dreigende) gevolgen van lichamelijke en/of geestelijke ziekteprocessen (NRV, 1988), kan deze onderscheiden worden van andere disciplines.

Als tweede willen we erop wijzen, dat er onderscheid gemaakt kan worden tussen het diagnostiseren als **proces** en als **produkt**.

Het proces betreft het verzamelen van gegevens, zoals we dat al sinds jaar en dag doen. De weg waarlangs wordt bepaald door de visie, theorie of model van waaruit gewerkt wordt.

Het produkt betreft de definiëring van de problematiek op basis van de gegevensverzameling. Deze definiëring leidt tot de verpleegkundige diagnose.

Het is dit produkt in de vorm van verpleegkundige diagnostiek waar de NANDA zich mee bezig houdt. Zij tracht deze diagnoses te valideren en onder te brengen in een classificatiesysteem.

Een laatste kanttekening willen we plaatsen bij het verband wat vaak gelegd wordt binnen de psychiatrische verpleegkunde tussen de medische DSM-III-R en de verpleegkundige diagnostiek. Sommige beweren zelfs, dat er een zesde as binnen de DSM ontwikkeld wordt voor de verpleegkundige diagnostiek.

Ons inziens brengt een dergelijke koppeling het risico met zich mee, dat het onderscheid tussen de beide disciplines vaag blijft. Bovendien loopt de verpleegkundige het risico, dat hij of zij meegezogen wordt in het medisch denken, door zich te zeer te richten op de pathologie.

Tijdens het symposium werd door Buluchek en Saba aangegeven, dat ook binnen NANDA bezwaren gerezen zijn tegen een dergelijke koppeling. Van een 6e as bleken zij in het geheel niet op de hoogte. Tenzij de APA helderheid kan verschaffen gaat het hier waarschijnlijk puur om een gerucht!

Naar aanleiding van dit symposium willen wij de volgende aanbevelingen doen:

- * Het is van belang de internationale ontwikkelingen te volgen, maar vooral waakzaam te blijven voor het al te gemakkelijk overnemen voor de in het buitenland ontwikkelde systemen. Ook de breed geaccepteerde NANDA diagnoses zullen in de nederlandse situatie getest en gevalideerd moeten worden.

- * Voor de ontwikkeling van een heldere en zorgvuldige verpleegkundige diagnostiek is een belangrijke voorwaarde, dat het terrein van de verpleegkunde in zijn algemeenheid en dat van de gespecialiseerde verpleegkundige in het bijzonder, nauwkeurig gedefinieerd wordt. Het is daarom van groot belang om voort te gaan met het vaststellen van het terrein van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Het beroepsprofiel van de NRV (1988) en het functieprofiel van de NVSPV (1988) vormen daarvoor belangrijke documenten.
- * Voor wat betreft de ontwikkelingen op het gebied van een mogelijke koppeling tussen de verpleegkundige diagnostiek en de DSM lijkt een terughoudende kritische houding op zijn plaats.

De ontwikkeling van de verpleegkundige diagnostiek bevindt zich in Nederland weliswaar in een beginstadium, maar is zeker de moeite waard om verder te volgen en daar waar mogelijk te ondersteunen vanuit onze beroepsgroep.

Voor de verdere professionalisering van ons beroep kunnen we niet buiten een zelfstandig en afgebakend diagnostisch kader.

Gebruikte literatuur:

- | | |
|-----------------------|--|
| Carpenito, L.J. 1987. | Nursing diagnosis; application to clinical practice , 2nd ed. F.A. Davis Company, Philadelphia. |
| NRV, 1988. | Verpleegkundig beroepsprofiel Klomp & Bosman, Rotterdam. |
| NVSPV, 1989. | Functieprofiel Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige Eindhoven. |

De kick is op

door G. Raaf

Ja Frans, of eigenlijk neen Frans! Het lukt mij niet opnieuw om een blik creativiteit open te trekken en daarbij ook nog leuk origineel te zijn. Bovendien moet het onderwerp betrekking hebben op de beroepsgroep. De koek is op! Ik geef de pijp aan Maarten. Die is ook leuk, knap, jong en kan zelfs schrijven. Hij is het prototype van de modale spv en voelt precies aan wat er in ons vak omgaat.

Bovendien Frans.....als Maarten niet wil, dan schrijf je zelf maar. Ik laat me niet meer gebruiken. Ik ga gewoon de WAO in. Ik laat me op psychische gronden afkeuren.

Frans zweeg..... Keek me bijna verwijtend aan. Daarna gaf hij onverwachts een directe hoek op mijn meest kwetsbare plek: "het schuldgevoel". Ik wankelde, maar bleef overeind.

Maarten gaf de pijp terug zonder hem, ook maar even, aangestoken te hebben. Ik voelde me teleurgesteld.

De WAO leek ook minder aantrekkelijk sinds de bomen niet meer zo hoog in de hemel groeiden. Er bleef weinig over. Afgebrand en wel pakte ik mijn pijp en begon aan de arbeid. Of eigenlijk, ik tuurde naar het beeldscherm van mijn PC, die wel veel kan maar géén verhalen schrijven. Van de spv heeft het nog nooit gehoord. Hoe lang ik ook keek, een tekst wilde maar niet verschijnen.

Het denkproces: wat gebeurt er op dit moment binnen onze beroepsvereniging, het werkveld. Weinig lijkt.

Bestaat de spv nog wel of is hij ondergedoken in de anonimiteit van de noeste arbeider? Op mijn werk herken ik mijn eigen collega spv niet eens meer. De een is stagiaire van de verkorte opleiding. De ander is ooit halverwege ingestroomd. De derde is HBOV maar volgt weer een applicatie cursus. De vierde... . Neen, ik voel me er niet meer bij thuis.

De salarissen dan. Mooi toch, dat we allemaal in dezelfde schaal zitten? Enige jaren geleden kostte het mij en mijn baas samen ongeveer een ton om de VO te mogen volgen en in die schaal terecht te komen. Nu is dit niet meer nodig. Verspilde energie van het achteraf. Die zwarte bladzijde in mijn geschiedenis sla ik dus snel om.

De oprukkende medische maffia dan, kan dat mij niet meer inspireren? Ja, die dames, heren psychiatoren hebben het weer mooi voor elkaar. Onder de rook van de tijdgeest ruiken ze de kans om het in de jaren 70-80 verloren terrein te heroveren.

"De medische verantwoordelijkheid" heet de ontdekking. Onder werktijd scholen ze samen om er over te praten.

Er moet een medisch directeur komen, vinden ze.

De psychiater moet elke patiënt zien, vinden ze.

Alleen zij kunnen een psychiatrisch beeld waarnemen of suicidaliteit of depressie waarnemen, vinden ze.

Maar, de multidisciplinaire samenwerking, is erg belangrijk, vinden ze.

Zelfs het werpen van een blik van, laten we zeggen, 5 minuten is voldoende om een oordeel te vellen, vinden ze.

Eigen zijn de spv-en, mw-en, psychologen net gek dat ze dit allemaal pikken! Wat vinden wij....?

In gedachten zie ik me weer een loopjongen van de dokter worden. Niets zou er meer van onze trots overblijven. Gelukkig vond ik onlangs een brief van de beroepsvereniging op de deurmat en merkte dat er toch een soort protest ontstaat. Er is toch een kleine hoop. Stop de verloedering!

In de krant las ik deze week ander nieuws. De staatssecretaris Simons heeft het voornemen een stichting in het leven te roepen die de positie van verpleegkundigen wil gaan verbeteren.

"Het aanzien" van onze beroepsgroep heeft een facelift nodig, is de strekking ervan. Een interessant idee lijkt me en ben benieuwd wat dit gaat opleveren. Misschien een uniform en pet met gouden strepen.

Nu dit was het dan. Tevreden Frans? Tot in het volgend Plektrum en bedankt voor het lezen, beste vrienden en collega's!

G. Raaf

Oproep!

Wie van jullie heeft als sociaal psychiatrisch verpleegkundige een eigen praktijk of een maatschap?

Kun je me daar iets over vertellen, heb je ervaring en/of ben je geïnteresseerd om de mogelijkheden voor een eigen praktijk of maatschap te onderzoeken, neem dan contact op met Elly Spijkerman, tel. 05700 - 54958.

SPV-en en vrouwenhulpverlening: terug naar de cliënt

door Anke Steinmann, psycholoog, organisatie-adviseur, coördinatrice VHV-project NVAGG.

Lezing tijdens de studiemiddag NVSPV:

"Knelpunten bij de implementatie van VHV in de sociale psychiatrie".

20 mei 1992, Harderwijk.

Inleiding

Wat is de rol die SPV-en spelen bij de invoering van vrouwenhulpverlening, zo vroeg ik me af bij de voorbereiding van deze lezing. Vanuit mijn ervaring met het integreren van VHV in de RIAGGs (ik leidde 5 jaar een landelijk project met deze opdracht bij de NVAGG, de koepelvereniging van RIAGGs en geef hierover cursussen bij de Leergangen Vrouwenhulpverlening), schoten me direct een aantal SPV-en te binnen die daarin een duidelijke rol spelen. Ook herinnerde ik me de uitspraak van een RIAGG-directeur die zei: bij ons kwam VHV vooral van de SPV-en, dus kreeg VHV al direct een sociaal-psychiatrische kleur.

Maar daar staat tegenover dat in vele andere instellingen VHV nog de naam heeft alleen geschikt te zijn bij lichtere problematiek. En tenslotte realiseerde ik me dat we met onze projectactiviteiten zelden op grote schaal SPV-en bereikten.

Op de vraag naar de rol van SPV-en is dus geen algemeen en eenduidig antwoord te geven. In de tweede helft van mijn lezing wil ik hier graag nog nader met u op ingaan.

Maar eerst zal ik kort de geschiedenis van VHV schetsen en de stand van zaken nu.

Historie VHV: waar komt het vandaan?

VHV is een produkt van de jaren 70. Patiënten- en cliëntenbeweging maakten mensen mondiger en doorbraken enigszins het taboe op van jezelf toegeven dat je hulp nodig had voor je psychische problemen.

Onder invloed van de vrouwenemancipatie veranderde in dezelfde periode de hulpvraag van vrouwen. Cliënten en patiënten kwamen met nieuwe problematieken bij de reguliere instellingen of wensten dat er bij de behandeling rekening werd gehouden met hun positie als vrouw. De instellingen hadden hierop meestal geen adequaat antwoord.

Tussen 1975 en 1985 ontstond dan ook een omvangrijk circuit van hulp-

en zorgverlening naast de instellingen, wat we nu het autonome circuit noemen. Van vooral zelfhulp in praatgroepen en assertiviteitstrainingen groeide dit met hulp van professioneel geschoolde vrouwen uit tot een landelijk web van alternatieve hulpverleningsvoorzieningen.

Voor de reguliere instellingen is het bestaan van dit circuit ernaast een signaal: veel vrouwen zijn kennelijk bereid om zelf op zoek te gaan naar hulp en daarvoor ook nog eens zelf te betalen, want deze hulp wordt in het algemeen nog niet door de verzekeringen vergoed. Veel andere vrouwen zijn bovendien zo "gek" om onbetaald en onder onzekere arbeidsvoorwaarden hulp te verlenen op de manier waarop zij vinden dat het beter kan. Het is nog nooit vertoond in de nederlandse gezondheidszorg dat ongenoegen op een zo duidelijke manier werd geuit. Dan moet er toch wel echt iets aan de hand zijn.

Dit signaal wordt de laatste 10 jaar ook in de reguliere instellingen opgepakt, vooral in de RIAGGs, maar ook steeds meer in APZ-en en instellingen voor verslavingszorg. En met succes.

Stand van zaken in cijfers en meningen

Volgens cijfers uit 1990 waren er toen 434 autonome VHV-projecten op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Ondanks de zorgelijke financiële situatie (slechts twee worden door WVC gesubsidieerd, een aantal ontvangt een bijdrage van provinciale of gemeentelijke overheid, maar nagenoeg nooit voor het hulpverleningswerk, hoogstens voor huisvesting en apparaatskosten) groeit dit aantal nog steeds. U moet hierbij denken aan vrouwegezondheidscentra, lotgenotenhulp rond b v. eetverslaving, medicijngebruik of postpartumdepressie, opvanghuizen of VIDO-groepen. Conservatieve berekeningen houden het aantal gebruiksters op 20.000 per jaar.

Dan de Riaggs. In 1991, bij de afsluiting van het project van de NVAGG waar ik werkte, werd er bij twee van de 57 Riaggs nog geen VHV geboden, en bij de anderen dus wel. Het aantal vrouwengroepen is de laatste vier jaar verdrievoudigd en bedraagt nu bijna 400 op jaarbasis. Daarnaast werken veel hulpverleners individueel volgens de uitgangspunten van VHV, wat bij elkaar maakt dat ongeveer 15.000 vrouwen per jaar bij de Riaggs VHV krijgen. Dit is een tiende deel van alle vrouwelijk cliënten, en dit aantal is stijgende.

Sinds de NZR vorig jaar een inventariserend onderzoek uitbracht, weten we van de APZ-en dat 34 van de 43 een aanbod VHV hebben. Ook hier gaat het om zowel individuele hulpverlening als vrouwengroepen. In minstens 22 APZ-en vindt individuele VHV plaats, terwijl er in 28 ziekenhuizen

tezamen 90 vrouwengroepen zijn. Hier worden dus zeker enige duizenden vrouwen (van de 14.000 opgenomen vrouwen per jaar) met VHV geholpen, met name op de deeltijdbehandeling en de polikliniek (en nauwelijks op de afdelingen voor langdurig verblijf of in de psychogeriatric).

En dan is daar nog de verslavingszorg, ook een terrein waar veel SPV-en werkzaam zijn. Hiervan zijn nog geen cijfers beschikbaar, maar gezien de belangstelling voor de studiedag van het Bouwmanhuis over VHV vorig jaar, en mijn eigen ervaringen in de drugshulpverlening in Amsterdam op dit moment, kunnen we rustig zeggen dat daar ook van alles gaande is. Als we alles bij elkaar optellen kent de VHV dus nu naar schatting 40.000 gebruiksters per jaar, en dan heb ik het nog niet over de maatschappelijke dienstverlening. Niet slecht voor een specialisme dat pas zo kort bestaat. Maar naast het aanbod zijn er ook resultaten geboekt op het terrein van verandering van attitude. Minder tastbare resultaten weliswaar, maar toch. In de laatste maanden van ons project hebben we de RIAGG-directies gesproken over wat ze vonden van VHV, en doordat dat een aantal jaren geleden ook al eens was geïnventariseerd kunnen we de uitspraken nu mooi vergelijken.

De scepsis was zo'n 7 jaar geleden groot; zo groot dat veel therapeutes van "weerstand" spraken. Vaak gehoorde reacties van managers waren: het is een modeverschijnsel, een eendagsvlieg. De omvang van de vraag naar VHV stelt percentueel gezien niets voor, niet genoeg tenminste om een nieuw aanbod te rechtvaardigen. Het brengt zoveel onrust in de organisatie, nou dachten we net dat het, na die reorganisaties, eindelijk rustig zou worden en nu dit weer. Wat is VHV nu eigenlijk, het blijft zo vaag. Volgens mij is het niets nieuws, dat doen wij allemaal al lang.

Het argument van de geringe omvang van de doelgroep van VHV heb ik bij de Riaggs de afgelopen jaren naar de achtergrond zien verdwijnen: nu vertellen Riagg-directeuren mij: ook al gaat het maar om een deel van de vrouwelijke cliënten, als dit kennelijk is wat men wil dan moeten we het eenvoudigweg bieden, dan heeft het PR-waarde voor mijn bedrijf om het te bieden, ja zelfs, dan lopen we achter als de anderen het bieden en wij niet. Trouwens, sinds er meer VHV-aanbod is wordt er steeds vaker, door klanten zelf en door verwijzers, expliciet om gevraagd. De vraag beïnvloedt het aanbod, maar het aanbod ook de vraag. En daar is wat mij betreft niets mis mee: we creëren geen probleem, we maken dat problemen anders benoemd kunnen worden. (Blijf-huizen maakten omvang mishandeling duidelijk; idem seksueel geweld, incest: pas toen er hulpverlening was voor de slachtoffers konden dezen het zich permitteren om over hun ervaringen te gaan denken en praten.)

Het schrikbeeld van de onrust in de instelling heb ik de afgelopen jaren, bij sommige managers en hulpverleners althans, zien plaatsmaken voor

plezier in het werken aan iets nieuws, een nieuw elan voor de instelling, een proces wat creativiteit losmaakt, zoals een directeur zei: innovatie moet je koesteren.

Anderen benadrukken de waarde van VHV om een debat tussen hulpverleners op gang te krijgen over: wat verstaan we hier eigenlijk onder goede hulpverlening, dus een bezinning op de kwaliteit van de hulp. Niet gemakkelijk, maar wel een kans voor een instelling die met VHV aan de gang gaat.

En tot slot het wat mij betreft belangrijkste voordeel van VHV: het levert goede resultaten op. VHV-sters hebben succes bij vrouwen met een lange hulpverleningsgeschiedenis waar iedereen, om het oneerbiedig te zeggen, zijn tanden op heeft stukgebeten. Er is een lage uitval bij VHV, een geringe afwezigheid tijdens de zittingen, een hoge tevredenheid onder cliënten, en dat is toch een niet onbelangrijk kwaliteitscriterium.

Zo veranderde de houding ten aanzien van VHV in de Riaggs in de afgelopen jaren. In plaats van vooral problemen ging men ook voordelen zien. Wat de RIAGGs betreft kunnen we dus tevreden terugkijken. En er is geen reden om aan te nemen dat dat binnen APZ-en en in de verslavingszorg anders zal gaan.

Wat was de rol van SPV-en en afdelingen Sociale Psychiatrie bij het ontwikkelen van VHV?

Graag had ik u daarvan een gedetailleerd overzicht willen geven. Door het opgaan van de sociale psychiatrie in afdelingen volwassenenzorg bij de RIAGGs is echter niet meer exact te achterhalen welke specifieke SP-activiteiten er plaatsvinden. In de Netwerkwijzer vond ik slechts bij 9 RIAGGs een expliciete vermelding van SP-groepen. Als ik afga op de thema's van groepen denk ik dat veel SPV-en in RIAGGs werken aan activiteiten voor vrouwen rond depressie, seksueel geweld, oudere vrouwen, verslaving (kalmerende middelen, eetverslaving), assertiviteit en de zgn. draaieur-clieñten. De thema's van de workshops vandaag bevestigen dit beeld. We kunnen dus rustig zeggen dat de sociale psychiatrie een flink aandeel heeft in de VHV.

Dit aandeel is vooral de laatste jaren in omvang toegenomen. In eerste instantie bestond VHV in de RIAGGs grotendeels uit een LGV-achtig aanbod voor zgn. lichtere problematiek, en werd dikwijls betwijfeld of VHV iets te bieden had aan psychiatrische klanten.

Er zijn mijns inziens een aantal verklaringen te geven voor het feit dat de opkomst van SP-initiatieven in eerste instantie op zich lieten wachten. De SPV-en zijn de "werkbijen" van de instelling: het zijn doeners, de werkdruk is hoog en er is weinig ruimte om eens achteruit te gaan zitten en te

denken over een nieuw hulpaanbod.

De afdelingen/teams SP zijn de meest hiërarchisch georganiseerde in de RIAGGs, de positie- en machtsverschillen tussen de twee belangrijkste disciplines die erin samenwerken, de SPV en de psychiater, zijn nergens groter als hier. Bovendien zijn ook SPV-en opgeleid vanuit een medische invalshoek, en het medisch model staat haaks op de waarden van VHV.

Anderzijds is het uit de ontwikkelingen van de laatste jaren ook te verklaren dat SPV-en een duidelijker rol zijn gaan spelen ten aanzien van VHV. Na een "groeï en bloei"periode in de jaren 70 en '80, waarin therapie het echte werk was en het bieden van ondersteuning en begeleiding tweedegrangs, zijn de RIAGGs zich de laatste tijd meer gaan profileren op zwaardere problematiek. Hiermee groeide het aandeel van en de waardering voor het SP-werk binnen de instellingen. Nu dit werk steeds meer de kern van het RIAGG-aanbod lijkt te worden kan dat niet anders dan een positieve invloed hebben op het zelfbewustzijn van SPV-en. En dan zie ik nog een inhoudelijke reden. SPV-en staan door hun aanpak en werkwijze (concreet en praktisch) naar mijn mening dicht bij de klanten, en dat is een uitstekende uitgangspositie voor VHV.

Hierop doordenkend, en met in mijn achterhoofd de knelpunten die SPV-en vaak te berde brengen ten aanzien van hun rol bij de integratie van VHV, wil ik eindigen met een aantal aanbevelingen.

Aanbevelingen voor de toekomst: de kansen van SPV-en bij VHV

In het algemeen verdient het aanbeveling om je bewust te zijn van je sterke en zwakke punten, op persoonlijk niveau en in je rol als SPV. Bij het kiezen van een strategie is het de kunst gebruik te maken van je sterke kanten en die activiteiten te kiezen waarbij je minder sterke kanten je zo min mogelijk in de weg zitten. Voor SPV-en zijn daarbij de volgende punten van belang:

- * VHV heeft zich de laatste jaren, uit de behoefte om serieus genomen te worden, sterk geprofessionaliseerd. Er zijn strategieën ontwikkeld voor beleidsbeïnvloeding, we zijn ons gaan bemoeien met de kwaliteit van hulpverlening, met het debat over normen en waarden in de hulpverlening. Dat heeft zijn goede kanten, maar het gevaar dreigt dat we te intellectueel bezig zijn en dat de klanten buiten beeld raken. Het is zeer belangrijk om nu de oorsprong van VHV, de beweging van kritische consumenten van onderop, weer op te zoeken. We zouden moeten kijken in hoeverre de cliënt als bondgenoot kan dienen bij het streven naar meer VHV in de instellingen, en daarbij is voor SPV-en, die dichtbij de klant staan, een grote rol weggelegd.

- * Niet iedereen die zich met VHV wil bezighouden hoeft zich direct met het instellingsbeleid te bemoeien. Zorg als werkgroep of platform VHV voor een goede onderlinge taakverdeling. Het is belangrijk om samen een visie te hebben op waar het naar toe moet in de instelling, maar kijk bij een taakverdeling naar wat ieder goed kan en graag doet.
- * Een goed zichtbaar aanbod VHV voor SP-cliënten is de beste reclame voor VHV in de instelling. Steek daar dus het merendeel van je energie in, informeer je over wat elders is ontwikkeld en ga praktisch aan de slag.
- * Zorg wel voor ontwikkeltijd: het ontwikkelen van een nieuw aanbod is ook werk! Je hoeft niet te veel overhoop te halen, maar even goed nadenken over keuzes van doelen en werkwijze komt de kwaliteit van wat je ontwikkelt zeer ten goede.
- * Zoek samenwerking in de regio rond je project, b.v. met een APZ. Regionale samenwerking is "in", VHV komt steeds meer in de aandacht als mogelijk onderwerp om rond samen te werken, en als het lukt komt het de status van je werk ten goede.
- * In VHV leren we vrouwen hun autonomie te ontwikkelen, op te houden met slachtoffer zijn, en dat is ook iets wat we op onszelf moeten toepassen. Ik wil de positie van SPV-en zeker niet mooier maken dan hij is, ik weet dat het zwaar werk is, tegen een relatief geringe beloning en met relatief weinig invloed, maar ik wil benadrukken: neem de ruimte die er is! Als SPV heb je ook recht op nascholing, op experimenteertijd binnen je werk. Maak gebruik van de trend dat RIAGGs willen scoren met sociale psychiatrie en vrouwenhulpverlening, stel de eisen die daarvoor nodig zijn en bedenk dat de wachtlijst niet jouw probleem is maar dat van het management.
- * Tenslotte: steun elkaar hierbij, en zoek vormen om ervaringen uit te wisselen met b.v. nieuw hulpaanbod rond VHV. Deze dag is hierbij een begin, misschien zijn regionale netwerken van SPV-en een vervolg?

In elk geval veel succes met het verder vormgeven van VHV binnen de sociale psychiatrie.

Het gebruik van de verpleegkundige diagnose door de sociaal psychiatrisch verpleegkundige in de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

door Paul van Kuijeren, spv, docent bij de SPV-opleiding te Amsterdam

Inleiding

De term diagnose komt waarschijnlijk uit het grieks, waarin het woord 'diagnoskein', 'onderscheid maken' betekent. Het is aan de hand van kenmerken herkennen en analyseren van (verpleeg, patiënten) problemen, met als doel het vaststellen van de 'eigenheid' van het probleem. (N.Oud 1992) Een praktische invulling van diagnostiseren, zoals wij dat over het algemeen binnen de verschillende disciplines van de gezondheidszorg wordt opgevat houdt het volgende in :

Het door middel van binnen de eigen discipline algemeen aanvaarde methoden, opsporen, vaststellen en volgens een classificatiesysteem benoemen van stoornissen en/of problemen bij cliënten, die vervolgens eventueel in aanmerking komen om behandeld te worden.

Het probleem bij het vaststellen van een diagnose binnen het werkgebied van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige, is het feit dat de SPV vanuit een verpleegkundige achtergrond en opleiding werkzaam is en vanuit zijn basisopleiding niet echt thuis is in het vaststellen van een diagnose. En dit komt weer omdat diagnostiseren tot voor kort niet tot het domein van de verpleegkundige gerekend werd.

Verpleegkundige diagnose of verpleegproblemen

De laatste paar jaar is er mede onder invloed van nota's van de vaste commissie Verpleging van de Nationale raad voor de Volksgezondheid (Advies eenduidig verpleegkundig begrippenkader) en het Nederlands Genootschap voor Verpleging, in toenemende mate aandacht voor het onderwerp "verpleegkundige diagnose". Het was zelfs één van de onderwerpen op een consensusbijeenkomst van 1000 verpleegkundigen die in januari 1992 in Utrecht werd gehouden.

Daar werd overigens vastgesteld dat wij in Nederland wel kunnen spreken van "verpleegproblemen" als basis waarop de planning van verpleegkundige zorg is gestoeld, maar dat wij deze nog niet kunnen benoemen als verpleegkundige diagnoses zolang er nog geen erkende verpleegkundige diagnoses zijn vastgesteld.

De aldaar aanwezigen verstaan onder verpleegproblemen overigens het volgende :

- Het eigenlijke probleem verwoord als beperking van een der functionele levensverrichtingen
- De oorzaak van het probleem (etiologie)
- De verschijnselen/symptomen die door het probleem veroorzaakt worden.

Salentijn en Leih hebben in een artikel in "Verpleegkunde" 1991/1992 nr 1 wel een poging gedaan om het begrip verpleegkundige diagnose te definiëren.

Zij brengen als kerngroepid van het Nederlands Genootschap voor Verpleegkunde het begrip verpleegkundige diagnose wel in verband met het begrip verpleegproblemen, maar onderscheiden het daar vervolgens ook weer van.

Onder verpleegproblemen verstaan zij :

"Verpleegproblemen zijn al die situaties (verschijnselen, processen, ervaringen etc.) van een persoon die door hem/haar als ongewenst worden gepresenteerd aan een verplegende in een verpleegsituatie, of waarvan verondersteld mag worden dat de persoon ze als ongewenst zou presenteren indien hij /zij daartoe in staat zou zijn."

"Verpleegkundige diagnoses zijn verpleegproblemen

- die tot het (autonome domein van de verpleegkundige behoren (deskundigheid, verantwoordelijkheid, aansprakelijkheid) en
- waarover de beroepsgroep consensus heeft bereikt betreffende:
 - . de nomenclatuur (standarisatie van namen en termen)
 - . de definities (begripsinhoud van naam en term)
 - . de ondersteunende gegevens of bepalende kenmerken (empirische verschijnselen op basis waarvan een diagnose vastgesteld wordt)

Verpleegkundige diagnoses zijn bij voorkeur geordend in een classificatiesysteem.

Zij stellen dus eigenlijk dat een verpleegkundige diagnose meer is dan de geïnventariseerde verpleegproblemen. Het verschil zit dan vooral in het kunnen indelen in een classificatiesysteem van de gehanteerde begrippen.

NANDA - en andere definities

NANDA, de Noord_Amerikaanse organisatie die zich alleen maar bezig houdt met verpleegkundige diagnoses heeft in 1990 ook een, vernieuwde en niet geheel onomstreden, definitie van het begrip verpleegkundige diagnose vastgesteld :

"Een verpleegkundige diagnose is een klinische uitspraak over individuele, familie of maatschappelijke reacties op actuele of potentiële gezondheids problemen/levens-processen. Verpleegkundige diagnoses zijn de basis voor de selectie van verpleegkundige interventies, om het resultaat te bereiken waarvoor de verpleegkundige verantwoordelijk is."

NANDA hanteert heel duidelijk een classificatiesysteem dat qua psychiatrische ziektebeelden tevens verwijst naar de DSM III R diagnostiek.(Townsend 1990)

Een laatste beschrijving van het begrip verpleegkundige diagnose die ik wil geven is van drs. Nico Oud verplegingswetenschapper die in een lezing op 24 april 1992 over "het waarom van de verpleegkundige diagnose" het als volgt formuleerde :

"Het is een beschrijving waarin de verpleegkundige na observatie, herkenning en analyse een klinisch oordeel geeft over de feitelijke of dreigende gevolgen van lichamelijk en/of geestelijke ziekteprocessen, handicaps, ontwikkelingsstoornissen en hun behandeling voor de fundamentele levensverrichtingen van de patiënt. Het wordt bereikt via een weloverwogen systematisch denkproces en analyse. Het bevat de basis voor en geeft richting aan de verpleegkundige interventies om doelen te bereiken waarvoor de verpleegkundige ook aansprakelijk gesteld kan worden. Het is een precieze omschrijving van de 'gezondheidstoestand' van de patiënt en het omvat voor zover mogelijk, tevens een omschrijving van de oorzaken met betrekking tot de vastgestelde feitelijke of dreigende gevolgen voor de fundamentele levensverrichtingen van de patiënt. Het gaat hierbij mede om het vaststellen, of gezondheidsproblemen die een patiënt presenteert, liggen op het terrein van de verpleegkundige of moeten worden gerekend tot het aandachtsgebied van andere disciplines."(N.Oud 1992)

Voor Oud is een mogelijk indeling in een classificatiesysteem dus geen voorwaarde om te kunnen spreken van een verpleegkundige diagnose. Hij pleit voor het gebruik van verpleegkundige diagnoses als onderdeel van het verpleegkundig proces, waarbij in de loop der tijd de mogelijkheid bestaat gehanteerde diagnoses in de praktijk te toetsen en nieuwe diagnoses te ontwikkelen. Mogelijk kan dit in de toekomst ooit leiden tot een (internationale consensus over de inhoud van de verpleegkundige diagnostiek.

Dat ook vanuit het praktijkveld behoefte bestaat aan duidelijkheid omtrent verpleegkundige diagnostiek bleek begin september 1992. Een 20 tal verpleegkundigen uit alle velden van de gezondheidszorg heeft toen een Landelijk Platform Eenduidig Begrippenkader voor de Verpleegkundige Zorgverlening opgericht, met als doel te komen tot een eenduidig

(diagnostisch) begrippenkader voor de totale verpleging.(verpleegkundig nieuws nr.37 1992)

De meest recente ontwikkeling op dit gebied is een vooronderzoek door de verplegingswetenschapper Harry van der Bruggen naar een eenduidig begrippenkader in de verpleging.

Hij heeft dat samen met een zeer uiteenlopende groep vertegenwoordigers uit de verpleging de afgelopen paar maanden in opdracht van de nationale raad voor de volksgezondheid verricht. Eind maart kwam v.d. Bruggen met de mededeling dat deze groep een voorlopige overeenstemming had bereikt over de volgende definitie:

Een verpleegkundige diagnose is: *een op de praktijkgegevens gebaseerd oordeel betreffende de reactie(s) van individu of groep op feitelijke of mogelijke gezondheidsprocessen of levensprocessen op grond waarvan (indien gewenst in overleg met deze) die zorg verleend kan worden die tot het eigen verantwoordelijkheidsgebied van de verpleegkundige behoort en waarover de beroepsgroep consensus heeft bereikt betreffende nomenclatuur, definitie en ondersteunende gegevens of bepalende kenmerken.*

De praktijk en de verpleegkundige diagnose

Uit het voorgaande blijkt dat over het **begrip** de verpleegkundige diagnose de verpleegkunde in zijn algemeenheid nog lang niet uitgepraat is.

Zodat het niet vreemd is dat de verpleegkundige op de werkvloer er nog niet zo duidelijk mee uit de voeten kan.

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige heeft daarbij nog een paar extra handicaps als het gaat om de praktische hantering van het begrip verpleegkundige diagnose. Ten eerste werkt hij veel solistischer dan in een ziekenhuis waardoor het moeilijker is om eigen ideeën te verifiëren met die van andere verpleegkundigen. En als hij wel samenwerkt is dat meestal met een niet verpleegkundige discipline. Ten tweede gaat het om psychosociale en psychiatrische problematiek die ook in de kliniek veel moeilijker voor verpleegkundige diagnostiek in aanmerking komt dan somatische problematiek.

Daarbij komt dat hij meestal werkzaam is in de ambulante geestelijke gezondheidszorg, een terrein waar veel gedragswetenschappers en artsen al jarenlang een zeer dominerende invloed hebben, en op het gebied van de diagnostiek de "regels", de terminologie en de classificatiemethodiek bepalen. Deze zijn meestal afkomstig vanuit het medisch/psychiatrische en psychologische referentiekader. Als de verpleegkundige daar dan een "nieuwe" verpleegkundige terminologie en/of classificatiesysteem zou gaan introduceren, als dat er zou zijn en daarmee gaat werken, komt dat zeker niet ten goede aan een optimale onderlinge communicatie in multidisciplinair verband. In een monodisciplinair verband bestaat dat probleem natuurlijk niet.

Vaststelling probleem en oorzaak

Een volgend probleem doet zich voor bij het methodisch vaststellen van de verpleegkundige diagnose.

Bij de meeste verpleegkundige modellen en theorieën gaat men bij de vaststelling van de verpleegkundige diagnose uit van de eerste of eerste twee fases van het verpleegkundig proces, ofwel het verzamelen van gegevens van de cliënt door interview en observatie en het analyseren of interpreteren van de gegevens en de behoeften van de cliënt.

Voor sociaal psychiatrisch verpleegkundigen is de eerste fase meestal geen probleem. Het cliëntsysteem en verwijzer leveren vaak gevraagd en ongevraagd voldoende informatie over de problemen en de symptomatologie. Het probleem bij de sociaal psychiatrische diagnostiek zit vooral in de tweede fase, het analyseren en interpreteren van de gegevens en het zoeken naar de etiologie.

Dit is een probleem, dat overigens voor alle disciplines in de A.G.G.Z. geldt. Het is namelijk heel moeilijk, binnen dit ambulante werkgebied om reeds in de eerste fase van het contact met de cliënt, de intakefase, het verband tussen de etiologie (of oorzaak) en de gepresenteerde symptomen vast te stellen en te benoemen. Zelfs als wij de term etiologie, zoals Mary C. Townsend (1990) voorstelt, vervangen door de term "beïnvloedende factoren" stuiten wij nog regelmatig op hetzelfde probleem. Heel vaak is er geen directe lijn te ontdekken tussen het probleemgedrag of de symptomen en allerlei bekende en onbekende beïnvloedende factoren. Hierdoor is het lang niet altijd mogelijk om de verpleegkundige diagnostiek, zoals deze in de literatuur wordt beschreven, in de praktijk van de AGGZ toe te passen.

"Laat u maar"

Als men bovenstaande bezwaren en problemen rond de verpleegkundige diagnose zo leest, is de verleiding groot om te zeggen "laat maar zitten", wat in de praktijk van de sociaal psychiatrische hulpverlening dan ook meestal gebeurt. Te meer omdat het veel tijd vraagt om diagnostiek en behandelplan uit te schrijven, en de druk om meer mensen in minder tijd te behandelen groot is. Ik pleit er echter voor om "het niet te laten zitten" en ook voor de sociaal psychiatrisch verpleegkundige een degelijk model te ontwerpen waarmee een goede en systematische diagnostiek bedreven kan worden door de sociaal psychiatrisch verpleegkundige, van waaruit een behandelplan uitgedacht en beschreven kan worden. De belangrijkste reden hiervoor is de toenemende wens en ook noodzaak tot professionaliseren van de gehele verpleegkundige beroepsgroep dus ook de sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

Een voorstel voor een strategisch model

Hieronder wil ik daarom een pragmatisch voorstel doen om toch tot een zorgvuldige en voor de sociaal psychiatrisch verpleegkundige goed werk-bare diagnostiek te komen, die de basis kan vormen voor een op te zetten behandelplan waar alle in de AGGZ werkzame disciplines, dus ook de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, mee uit de voeten kunnen.

Allereerst is er na de aanmelding, de fase van het verzamelen van informatie. De informatie wordt op verschillende manieren verkregen. Vaak, als de aanmelding gebeurt via een verwijzer, geeft deze al informatie. Het is verstandig om de informatie die de verwijzer kan geven uitgebreid te inventariseren aangevuld met zijn of haar visie en **hulpvraag**.

Dit laatste is belangrijk omdat later zou kunnen blijken dat de verwijzer een hele andere bedoeling met de verwijzing kan hebben dan de cliënt.

Vervolgens is er de fase van informatie verzamelen bij de cliënt en/of bij het cliëntstelsel. Binnen het bestek van dit artikel wil ik niet uitgebreid ingaan op de manier van informatie-verzamelen tijdens een intake, daarvoor verwijs ik naar de daarvoor bestemde literatuur hierover (o.a. van Kuijeren 1990 Van aanmelding tot behandelplan). Men kan bij deze informatie-verzameling al dan niet gebruikmaken van per instelling ontwikkelde intakeformulieren, checklisten, vragenlijsten of gewoon een open interview houden. Welke informatie belangrijk is hangt voor een deel af van de aanmeldingsklacht, ik pleit voor een inventarisatie op verschillende niveaus, zoals Oudshoorn in een strategisch behandelingsmodel heeft aangegeven, (zie voor de uitwerking hiervan Oudshoorn, Kinder en adolescentenpsychiatrie 1985)

Deze niveaus zijn :

- 1 Klinische syndromen
- 2 Duurzame stoornissen
- 3 Somatische gegevens
- 4 Ontwikkelings gegevens
- 5 Psychische functies
 - zwakke aspecten
 - gunstige aspecten
- 6 Milieu
 - pathogene aspecten
 - gunstige aspecten

Hoewel zes verschillende niveaus al erg veel lijkt, moeten wij er voor de sociaal-psychiatrische cliënten-populatie, zeker als wij systeemgericht willen denken en werken, in de AGGZ toch vijf dimensies bij zetten, namelijk :

- 7 De mate van "stress" die de cliënt of het hele cliëntstelsel ondervindt (zie ook Betty Neuman over de invulling van dit begrip).

- 8 De "Yolcompetentie". Daarmee wordt bedoeld de mate waarin de cliënt in staat is de sociale rollen die hij heeft te vervullen, b.v. die van huisvader, werknemer, kamerbewoner, echtgenote.
- 9 De coping-competentie. Daarmee wordt bedoeld de vorm van competentie die betrekking heeft op manieren waarop met problemen wordt omgegaan. Andere benamingen hiervoor zijn coping-stijl of probleemhanterings-stijl.
- 10 Culturele aspecten die meespelen ten aanzien van de problematiek, migranten, geloof e.d.
- 11 Sekse specifieke aspecten die mogelijk betrekking hebben op de problematiek.

Het spreekt voor zich dat bij een crisis aanmelding waarschijnlijk minder en andere gegevens worden geïnventariseerd dan bij een reguliere aanmelding. Daarbij is het goed ook voldoende na te vragen wat er allemaal nog goed gaat, en dat te accentueren.

Men dient er wel rekening mee te houden dat dit model erg individueel gericht is. Indien nodig moeten er natuurlijk meer systeemleden bij betrokken worden.

Belangrijk bij de inventarisatie is dat alle zintuigen gebruikt worden in deze fase. Men moet niet alleen het gesproken woord aandacht geven ook de omgeving, kleding, hygiënische verzorging, de manier van communiceren met anderen etc. geven veel informatie. In ieder geval zal in deze fase ook gevraagd moeten worden naar de hulpvraag van de cliënt en het cliëntstelsel, deze kunnen weer onderling verschillen bijvoorbeeld als er tegengestelde belangen in het spel zijn.

Het intakeverslag

Na de fase van informatie verzamelen bij cliënt(stelsel) en eventueel ook bij andere informatie gevers volgt het beschrijven hiervan in een intakeverslag.

Dit verslag dient als het ware bij de lezer een beeld te geven van de perso(en) in kwestie zoals de intaker deze ervaren heeft en de visies en hulpvragen van de verschillende betrokken personen, inclusief verwijzer.

Aan het eind van dit verslag behoort dan vervolgens eigenlijk een verpleegkundige diagnose geformuleerd te worden.

Hier doen zich echter twee problemen voor.

Zoals hierboven beschreven houdt diagnostiek ook in, het via een bepaald classificatiesysteem benoemen van een aantal kenmerken die algemeen door de gehele beroepsgroep aanvaard zijn. Ondanks het feit dat NANDA daarmee een heel eind op weg is, kunnen wij nog niet spreken van een in Nederland algemeen aanvaard psychiatrisch **verpleegkundig** classificatiesysteem.

Dit betekent dus, dat zolang dat nog niet bestaat, de sociaal psychiatrisch verpleegkundige daar ook niet mee aan het werk kan. Dus dan maar de DSM 3R hanteren?

DSM-3R of niet

Het zou van enige naïviteit getuigen als ik hier nu zou beweren dat er in de RIAGG's door sociaal psychiatrisch verpleegkundigen niet gediagnostiseerd wordt. De organisaties in de A.G.G.Z. verlangen vaak van alle hulpverleners, dus ook van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, dat zij met een voorstel komen van een psychiatrische diagnose aan het slot van een intake verslag.

Op zich is daar ook niets op tegen als de sociaal psychiatrisch verpleegkundige zelf, zich daar voldoende voor geschoold acht. De definitieve diagnose wordt toch in het multidisciplinair intake overleg vastgesteld. De DSM-3R, CHAM of ICD-9 diagnose kunnen echter nooit de verpleegkundige diagnose vervangen. Ze gaan namelijk over iets heel anders. De medisch-psychiatrische diagnose benoemt het ziekte-of toestandsbeeld mogelijk zelfs op meerdere niveaus. Een goede verpleegkundige diagnose benoemt de verpleegkundige aangrijpingspunten voor de behandeling/begeleiding/verpleging.

Als voorbeeld: de DSM-3R diagnose "schizofrenie, defectschizofrenie 295.63 zegt op zich niets over wat de sociaal psychiatrisch verpleegkundige met deze cliënt zou kunnen doen.

Terwijl de, hier onuitgewerkte, NANDA diagnoses: gevaar voor op zichzelf of andere gericht geweld, sociaal isolement, gebrekkige zelfverzorging en ineffectieve probleemhantering veel meer aanknopingspunten bieden.

Idealiter worden beide diagnoses naast elkaar gehanteerd aangezien ze beide iets anders benoemen.

Indien nu de organisatie waarin de sociaal psychiatrisch verpleegkundige werkt persé verlangt dat er door deze sociaal psychiatrisch verpleegkundige ook een medisch psychiatrische wordt geformuleerd, kan het beste aangesloten worden bij de in de organisatie gangbare diagnostiek. Dus DSM-3R, ICD-9 of CHAM-systeem.

DSM-3R biedt het voordeel dat het nu vrijwel overal bekend is en mee gewerkt wordt, en mogelijk dat er in de toekomst een zesde as bijkomt voor verpleegkundige diagnoses. Overigens was daar bij NANDA nog niets over bekend. Als die mogelijkheid zich in de toekomst inderdaad voor gaat doen zullen sociaal psychiatrisch verpleegkundigen zich opnieuw en terdege moeten gaan beraden of en zo ja op welke manier zij daar uitvoering aan gaan geven.

De oorzaak

Met betrekking tot het onderdeel "oorzaak of beïnvloedende factoren" (samenhangend met) kan naar mijn mening alleen dáár iets vermeld worden waar men ook duidelijk en zonder twijfel een causaal verband kan herkennen tussen de actuele symptomen en de etiologie.

In het merendeel van de gevallen zal dit echter niet lukken, maar kunnen er wel vermoedens bij de intaker zijn van beïnvloedende factoren. In dat geval spreekt men van een of meerdere vóóronderstellingen of hypothesen. Deze hypothesen die in het kader van de behandeling zeer belangrijk zijn dienen aansluitend aan de diagnose vermeld te worden.

Vervolgens zal, juist de verpleegkundige, iets moet formuleren over "de feitelijke of dreigende **gevolgen** van het lichamelijk/geestelijk ziekteproces, handicaps of ontwikkelingsstoornissen voor de fundamentele levensverrichtingen van deze cliënt". Dit behoort namelijk tot het specifieke domein van de verpleegkundige.

Het hulpverleningsdoel

Op grond van de inventarisatie, de diagnoses, de hypothesen, hulpvraag en feitelijke of dreigende gevolgen formuleert de hulpverlener samen met de cliënt één of meer doelstellingen van de hulpverlening. Het is daarbij heel goed mogelijk dat de cliënt iets anders wil als de hulpverlener, of iets anders dan de systeemleden rondom de cliënt.

Behalve als er indicaties zijn voor een gedwongen opname, is het dan zaak om eerst aandacht te geven aan dit verschil in gewenste doelstelling van de hulpverlening en te proberen uit te komen op één of meer gezamenlijke doelstellingen. Lukt dit niet dan dreigt de hulpverlening al vroegtijdig te mislukken omdat ofwel de cliënt af zal haken ofwel de hulpverlener iets doet waar hij niet achter staat.

De probleemvaststelling

Met het intake verslag inclusief de hulpvraag en de concept diagnoses en hypothesen gaat de hulpverlener (SPV) naar zijn multidisciplinair team. In dit team worden de ideeën van de intaker getoetst met de ideeën van de andere disciplines, zonodig aangevuld en bijgesteld en worden daarmee officieel vastgesteld.

Hierbij is opnieuw het strategisch model van Oudshoorn goed bruikbaar welke bij de vaststelling van de problemen opnieuw een zestal systeemniveaus onderscheid, te weten :

- 1 situationele problemen.
- 2 gezinssysteem problemen.

- 3 problemen op het niveau van de bewuste functies (emoties, cognities & gedragingen, alsmede de defecten daarvan.
- 4 emotionele conflicten met onbewuste aspecten.
- 5 ontwikkelings & persoonlijkheids stoornissen.
- 6 biologische stoornissen.

De kennisbagage van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige zal, net als die van alle andere disciplines over het algemeen niet toereikend zijn om ten aanzien van al deze punten adequate probleem-definiëringen en hypothesen te formuleren. Daarvoor is het goed gebruik te maken van de aanwezige kennis in het multidisciplinair team.

Het op een juiste manier gebruik maken van elkaars deskundigheid in een dergelijk team maakt dat de intake en behandeling van cliënten kwalitatief op een hoger pijl komt te staan, wat uiteindelijk de cliënt, de beroepsgroep en de instelling ten goede komt. Met het op een juiste manier bedoel ik met name dat alle disciplines op een gelijkwaardige manier van elkaars deskundigheden gebruik maken, dus over en weer. Alle disciplines hebben namelijk hun specifieke deskundigheden, dus ook de SPV is een gelijkwaardige partner in dit team.

Het behandelplan

Alle vastgestelde gegevens in dit verslag vormen de bouwstenen voor maken van een gefaseerd behandelplan. Waar ik spreek van behandelplan, mag men ook lezen: handelingsplan, begeleidingsplan of verpleegplan. In het multidisciplinair team worden in grote lijnen de uitgangspunten van een behandelplan vastgesteld. De nadere uitwerking en invulling is de verantwoordelijkheid van de hulpverlener die de cliënt gaat behandelen. De grote lijnen betreffen dan (Oudshoorn) :

- 1 Niveau
- 2 Doelstelling
- 3 Duur
- 4 Setting
- 5 Transacties
- 6 Aandachtsfocus
- 7 Communicatievorm

Uitgewerkt betekent het dat in een dergelijk behandelplan in ieder geval de volgende punten moeten staan :

- Wat is volgens hulpverlener en cliënt, op dit moment het probleem.
- Wat is de hulpvraag van de cliënt en/of cliëntensysteem.
- Wat is het doel is van de hulpverlening, (liefst met beschrijving van de

gewenste eindsituatie)

- Op wat voor manier wordt aan dit doel (of deze doelen) gewerkt, zoals de setting waarin gewerkt wordt, wat de frequentie van de contacten is en de hoeveelheid afgesproken contacten
- Mogelijke evaluatiemomenten
- Wat mag de cliënt van de hulpverlener verwachten en omgekeerd.

Een gefaseerd behandelplan wil zeggen dat de hulpverlener ook aangeeft wat het eerst moet gebeuren en waar later aan gewerkt wordt, ofwel korte en lange termijn doelen formuleren.

Op deze manier heeft het behandelplan het karakter van een behandelingscontract. Het afsluiten van een dergelijk contract verhoogd zeker de kans van slagen van een behandeling of begeleiding.

Townsend

In grote lijnen komt deze werkwijze overeen met de door Townsend beschreven stappen (blz. 11-12 punten 1-6) Echter met enkele punten die daar van afwijken. Ik pleit voor een grotere invloed van het multidisciplinair team, het begrip hypothesen vind ik belangrijker en het onderscheid tussen verpleegkundige, en niet verpleegkundige interventies is in de ambulante sector vrijwel niet relevant.

Eventueel kan de hulpverlener, in samenspraak met zijn team, nog beschrijven wat hij denkt dat de uitwerking zal zijn van een of meerdere interventies. Ook dit noem ik hypothesen. Om het verschil aan te geven met hypothesen over de etiologie noem ik dit "werkhypothesen". Deze werkhypothesen hebben een direct causaal verband met de etiologie-hypothesen.

Schematisch weergegeven ziet het er dan als volgt uit :

X is het gepresenteerde probleem (diagnose), stel dat Y de oorzaak is van dat probleem (hypothese), dan zou het mogelijk zijn dat Z een goed antwoord is op dat probleem (werkhypothese).

De hypothese kan gedurende een behandeling steeds bijgesteld worden op grond van aanvullende informatie die tijdens een behandeling verkregen wordt van de cliënt of cliëntensysteem.

Op grond daarvan zal de werkhypothese dan ook moeten wijzigen, en daarmee het behandelplan. Dit alles natuurlijk altijd in samenspraak met de mede opstellers van het behandelplan, het multidisciplinaire team, en de cliënt.

Waar ik mij binnen het bestek van dit artikel niet mee bezig gehouden heb is de vraag welke vormen van behandeling nu wel en welke niet tot het domein van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige behoren. Ik erken dat die grenzen er wel degelijk zijn, de sociaal psychiatrisch verpleegkundige moet niet alles kunnen en moet ook niet alles doen. Waar de grenzen van zijn domein liggen wordt op dit moment vooral bepaald door een combinatie van persoonlijke ambities, gecombineerd met aanwezige kennis en tradities binnen de instelling waar gewerkt wordt. Zolang er nog veel onduidelijkheid is over de grenzen van het domein van het sociaal psychiatrisch verpleegkundig werkgebied, is naar mijn overtuiging, de voornaamste grens die nooit overschreden dient te worden, de persoonlijke grens waarvoor de verpleegkundige met een gerust hart verantwoordelijkheid durft te nemen.

Tot slot van dit lange verhaal, wil ik de gehele fase van de aanmelding en behandeling proberen kort schematisch weer te geven, deze ziet er dan als volgt uit

Cliënt(systeem) ervaart een probleem »
Cliënt vertelt probleem en vraagt hulp »
SPV inventariseert probleem en hulpvraag —»
SPV checkt (dreigende) gevolgen van probleem voor cliënt »
SPV checkt zijn visie op het probleem met de visie van de cliënt »
SPV stelt samen met de cliënt doelen voor de behandeling op »
SPV en team stelt diagnose vast en formuleert hypothesen over etiologie —»
SPV + team formuleert behandelplan inclusief hypothesen over uitwerking behandeling volgens behandelplan —»
SPV legt voorstel behandelplan voor aan cliënt —»
SPV en cliënt maken samen een behandelcontract —»
SPV start de behandeling van cliënt »
Bij elementaire aanvullingen van informatie kan hypothese over etiologie wijzigen —»
SPV, team en cliënt wijzigen eventueel behandelplan —»
SPV evalueert na het behalen van de doelen samen met de cliënt de behandeling —»
SPV evalueert behandeling eventueel met het team.

Epiloog

Ik hoop met deze bijdrage de onduidelijkheid met betrekking tot het gebruik van het begrip diagnostiek, alsmede de hele gang van zaken omtrent een aanmelding qua systematiek wat overzichtelijker te hebben gemaakt.

Ik ben mij bewust van het feit dat dit een zeer persoonlijk visie is en dat daarbij de praktijk nooit zo gestroomlijnd loopt als hier beschreven.

Maar in het kader van de professionalisering, van ons (sociaal psychiatrisch) verpleegkundige beroep zullen wij toch moeten laten zien dat wij op een verantwoorde manier systematisch te werk gaan bij hele de route van aanmelding en behandeling. Ik hoop dat dit artikel handvatten geeft om de geschetste werkwijze in de praktijk uit te werken en mogelijk te verbeteren. Ik sta in ieder geval open voor kritiek, en op of aanmerkingen op de geschetste werkwijze, als dat de systematische manier van werken van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige in de ambulante geestelijke gezondheidszorg kan optimaliseren.

Driehuis maart 1993

Literatuurlijst

Hanrahan, M.H., Hellema, F.G., Salentijn, C, Wille, N.
Hoofdstuk 2, verpleegproblemen,
Programmaboekje, consensusbijeenkomst verpleegkundige verslaglegging
24 januari 1992 Utrecht

Herpers Th. M.M.
De verpleegkundige diagnose
Tijdschrift voor ziekenverpleging, 6, 1992, 198-199

Kuijeren van P.H.H.
Van aanmelding tot behandelplan in de geestelijke gezondheidszorg
Een handleiding voor sociaal psychiatrisch verpleegkundigen
Niet uitgegeven, Utrecht, 1990

Leih P. en Salentijn C.
Verpleegkundige diagnoses; betekenis, classificatie en vragen
Verpleegkunde, 1991, 1, 3-10

Mistiaen P.
Reactie op artikel: Verpleegkundige diagnoses; betekenis, classificatie en
vragen
van Salentijn en Leih, met antwoord van Salentijn
Verpleegkunde 1991/1992 2, 105-106

Nationale raad voor de volksgezondheid
Advies eenduidig verpleegkundig begrippenkader
Zoetermeer, 1991

Nationale raad voor de volksgezondheid
Verpleegkundig beroepsprofiel
Zoetermeer, 1988

Nederlands vereniging voor sociaal psychiatrisch verpleegkundigen
Functieprofiel sociaal psychiatrisch verpleegkundige
Huizen, 1989

Nouwens, R.
Competentie en toelichting
Intern paper Hogeschool van Amsterdam
1991

Oud Drs. N.
Het waarom van de verpleegkundige diagnose
Lezing gehouden op het symposium van de verpleegkundige staf van
Brinkgreven te Deventer, op 24 april 1992

Oudshoorn D.N.
Kinder en adolescentenpsychiatrie
Een pragmatisch leerboek
Van Loghum Slaterus 1985 Houten

Pasch, Tonny van de
Consensus verpleegkundige verslaglegging
Tijdschrift voor ziekenverpleging nr. 2, 1992

Ross, M.
The Betty Neuman Systems Model in nursing practice
a case study approach.
Journal of Advanced Nursing, 1985, 10, 199-207

Townsend Mary C.
verpleegkundige diagnostiek in de psychiatrie
De Tijdstroom Loghem 1990

Vries de Wiebe
Het gebruik van DSM III
Tijdschrift voor ziekenverpleging nr.5, 1990, 156-159

De rol van de SPV in de sociaal netwerkbenadering

door Yolanda Licher, sociaal psychiatrisch verpleegkundige bij de Riagg Westelijk Utrecht.

De vakgroep Sociale Psychiatrie van de R. U. Limburg heeft een sociaal netwerkmodel ontwikkeld, waarin de structuur het uitgangspunt is voor een systematische verkenning van de sociale integratie van de cliënt.

Bij de Riagg Westelijk Utrecht wordt met dit model gewerkt door het zogenaamde sociaal-netwerkteam. Dit team bestaat uit 5 spv-en en 1 preventie-medewerker. In een tweede rapport werd uitvoerig aandacht gegeven door en aan de rol van de spv in de sociaal netwerkbenadering. Een gedeelte van dit rapport vormt onderstaand artikel.

Inleiding

Het betrekken van het sociale milieu bij het werk met cliënten in de sociale psychiatrie is niet nieuw.

Van oudsher bij de ontwikkeling van de voor- en nazorg-functie van de sociale psychiatrie, nam de leefsituatie van cliënten een vanzelfsprekende plaats in.

Misschien werd hier niet altijd zo bewust en methodisch gebruik van gemaakt, maar toch.

Het doen van huisbezoeken maakte, meer dan nu, deel uit van het dagelijks werk, waardoor automatisch al meer aandacht en zicht was op het sociale milieu.

Met de groei van de AGGZ is er veel veranderd. De Sociaal Psychiatrische Diensten waar voornamelijk psychiaters en SPV-en werkten, hielden zich oorspronkelijk bezig met psychiatrische patiënten. Zij gaven begeleiding ná opname en probeerden heropnamen te voorkómen. Het bijhouden van medicatie en begeleiding in de thuissituatie stond centraal.

De SPD werd de sociaal-psychiatrische afdeling van de RIAGG en via integratie met het Bureau voor Levens- en Gezinsvragen (LGV) en Psychotherapie, vormde zij later de afdeling Volwassenen van de RIAGG.

Ambulante behandeling kreeg steeds meer een eigen identiteit en was minder gerelateerd aan de voor- en nazorg van de klinische behandeling. Er ontstonden multi-disciplinaire teams; de methodieken breidden zich uit en ook de hulpvragen werden veel gedifferentieerder.

Door deze integratie binnen de RIAGG-organisatie zijn de SPV-en en andere werkers in de sociale psychiatrie enigszins opgeschoven in de therapeutische richting. De aandacht kwam meer te liggen bij ontwikkelende behandelingen en veranderingsgerichte methodieken.

Voorts is de doelgroep breder geworden en de hulpvragen zijn ruimer. De veranderde opvattingen over bijvoorbeeld 'ziekte' en 'gezondheid' spelen eveneens een rol. De grenzen tussen levensproblemen, psychische klachten en symptomen van psychiatrische ziekten vervagen op die manier.

Tussen sociaal-psychiatrische en psycho-sociale problematiek is geen strikte scheiding te maken; er is een vrij groot overgangsgedebied.

Deze ontwikkelingen leidden ertoe dat de begeleiding van sociaal-psychiatrische cliënten minder aandacht kreeg, ook van SPV-en, en dat de aandacht voor de groep cliënten met meer psycho-sociale problemen zich uitbreidde.

Deze tendens zal ook te maken hebben gehad met de factor erkenning en waardering. Hetgeen de naam 'therapie' droeg, kreeg veelal meer aanzien, zowel binnen als buiten het werkveld.

Ook het verschil in aanduiding, behandeling tegenover begeleiding, kan in de hand werken dat sociaal-psychiatrische cliënten op het tweede plan komen te staan als een categorie waaraan weinig eer te behalen is. Ons eigen woordgebruik, zoals: 'pappen en nathouden', doet hier ook niet bepaald goed aan.

De laatste tijd echter is de aandacht voor de groep sociaal-psychiatrische cliënten en sociaal-psychiatrische methodieken toegenomen. Wel valt er een zekere achterstand weg te werken.

SPV-en zijn minder gewend om hun werkwijze methodisch te expliciteren in tegenstelling tot hulpverleners uit de 'therapeutische' hoek; hun academische achtergrond geeft meer theoretische kaders mee en bepaalde methodieken zijn meer omschreven en onderbouwd. Bij SPV-en, met hun achtergrond van praktijkervaring en daaraan gekoppelde scholing, vormen een pragmatische instelling en intuïtief handelen de basis. Methodische en theoretische kaders worden daar minder duidelijk bij gebruikt.

Toch zijn die er wel: het model van Romme en de homeostasis-theorie van Querido zijn bij uitstek sociaal psychiatrische concepten.

Romme (1981) gaat uit van een integrale benadering, waarbij biologische, psychologische, sociale en maatschappelijke aspecten betrokken dienen te worden, en sprake is van wederzijdse beïnvloeding (circulaire causaliteit). Querido (1970) legt de nadruk op het sociaal homeostase-principe (het evenwicht tussen individu en omgeving). Het veronderstelt dat psychiatrische symptomen vormen van vervangend functioneren zijn; ziekte neemt de plaats in van sociaal geïntegreerd functioneren.

Van recentere datum zijn het in Nederland o.a. Gerssons, Giel, de Jong en Henselmans (1991) die concepten met betrekking tot de sociaal- psychiatrische doelgroep hebben ontwikkeld en uitgewerkt.

De sociaal netwerkbenadering, als onderdeel van sociale integratie c.q. rehabilitatie is een methodiek die direct aansluit op deze sociaal-psychiatrische concepten. Het past heel goed bij de oorspronkelijke sociaal-psychiatrische werkvorm en bij de betreffende categorie cliënten, namelijk: de (dreigend) 'chronici' oftewel de ambulante sociaal- psychiatrische begeleidings-clieënten.

SPV-en hebben de meeste van deze cliënten in hun case-load. Aangezien huisbezoeken in de loop van de tijd en onder invloed van de productienormen teruggebracht zijn tot het hoogst noodzakelijke is de sociale context minder in beeld.

Wanneer cliënten voldoende mobiel zijn om voor afspraken naar de RI-AGG te komen, betekent het dat je de cliënten min of meer 'kaal' in je werkkamer ziet en je minder goed een beeld kunt vormen van het sociale milieu.

De meesten van ons, SPV-en, zijn dit als onbevredigend gaan ervaren. Vaak korte afspraken, die weinig inhoud hadden (voornamelijk 'vinger aan de pols'), waarbij weinig vooruitzichten zijn en verandering mogelijk is. En een erg solistische, individuele manier van werken.

Met de introductie van de sociale netwerkbenadering binnen onze setting is er een geleidelijke ontwikkeling op gang gekomen waarbij de begeleiding van deze cliënten steeds meer vorm en inhoud heeft gekregen.

Overigens was er wel sprake van zekere ambivalente gevoelens, want veel van ons zijn SPV geworden om los te komen van het 'inrichtings'-werk. Door weer specifiek aandacht te richten op de ambulante chronici, doemden beelden op uit het verleden van het werken met chronische psychiatrische patiënten wat reacties uitlokte als: "Niet weer achter de koffiekar" en "Niet meehelpen met zogenaamde bezigheids-therapie." Maar we weten ook dat er de laatste tijd intramuraal ontwikkelingen zijn die aan de zorg voor deze categorie cliënten meer vorm en inhoud geven.

Wij zijn doordrongen van het feit dat de groep van chronische cliënten een wezenlijk deel uit maakt van de taak en de populatie van de RIAGG. De sociaal netwerkbenadering en aanverwante methoden geven ook een opwaardering van een onderdeel van ons werk dat er, ten onrechte, bij kan hangen.

Kernbegrippen sociaal netwerkmodel

Onder het sociaal netwerk wordt verstaan 'die groep van mensen met wie iemand min of meer duurzame banden onderhoudt voor de vervulling van de noodzakelijke levensbehoeften (Speck/Attneave, 1973).

Het sociaal netwerk van iemand kan worden onderverdeeld in drie sectoren:

1. sector **familie (FAM)**: (ex-)partner, kinderen, ouders, schoonouders, broers, zussen, ooms, tantes en overige familieleden.
2. sector **vriendschappelijke betrekkingen (VB)**: vrienden, collega's, burens, overigen.
3. sector **maatschappelijke diensten (MD)**: arbeid en school, eerste lijns, tweede lijns, intramuraal, justitie, maatschappelijke dienstverlening, sociale wetgeving.

Met behulp van de structurele en functionele eigenschappen van het netwerk is het mogelijk de mate van sociale integratie van een persoon vast te stellen.

De **structurele** eigenschappen worden onderverdeeld in de volgende elementen:

- a. de **omvang**: het totaal aantal mensen met wie, volgens bovenstaande definitie van het netwerk, contact bestaat.
- b. de **gevarieerdheid**: de variatie van netwerkleden in leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, werk, scholing.
- c. de **dichtheid**: het open dan wel gesloten zijn van potentiële communicatiekanalen, zoals blijkt uit de frequentie van het contact, wie het initiatief neemt en het gewicht van het contact.
- d. **bereikbaarheid**: de geografische afstand tussen cliënt en netwerkleden en de wijze waarop die afstand overbrugd wordt.

De **functionele** eigenschappen van het sociaal netwerk bestaan uit de volgende elementen:

- e. de **affectieve** behoeften: de mate waarin het netwerk waardering en erkenning geeft. Bijvoorbeeld emotionele ondersteuning.
- f. de behoefte aan **aansluiting**: de mate waarin het netwerk de cliënt het gevoel geeft erbij te horen. Bijvoorbeeld gemeenschappelijke interesses.
- g. de **materiële** behoeften: de mate waarin het netwerk materiële ondersteuning biedt. Bijvoorbeeld huisvesting en voeding.
- h. de behoefte aan **sociale zekerheid**: de mate waarin netwerkleden via afspraken en regelingen zekerheid aan contact bieden. Bijvoorbeeld een arbeidsovereenkomst, vereniging, kerk.

Uiteraard is bovenstaande een zeer beknopte weergave van het theoretische model. Weggelaten zijn bijvoorbeeld de te onderscheiden fasen en het proces bij sociaal netwerkbenadering. In het kader van dit artikel beperken we ons tot deze korte samenvatting.

De introductie

De hulpverlener geeft aan dat het nodig of zinnig lijkt om de sociale situatie eens nader te bekijken. Dat kan gemotiveerd worden door te wijzen op de samenhang tussen hun functioneren enerzijds en hun leefsituatie en sociale contacten anderzijds. Het evenwicht kan eerder verstoord worden, als je weinig hebt om op terug te vallen en door psychiatrische problemen (met bijvoorbeeld opname, echtscheiding, WAO) vallen contacten nogal eens weg.

Sommige cliënten herkennen dit direct en vertalen het naar hun eigen situatie. Bij anderen is het nodig dat wij die vertaalslag maken (door voorbeelden uit hun leefsituatie aan te halen die wijzen op het belang van sociale steun).

De meting

Bij de start van de meting, het werken met vragen en formulieren, begint eigenlijk al het effect op het contact. Het meetinstrument maakt dat je samen met de cliënt aan het werk bent (en letterlijk naast aan elkaar aan tafel zit) om de verschillende netwerkleden in kaart te brengen.

De rol van de cliënt is **actiever**. Je doet een beroep op wat de cliënt weet van netwerkleden, zoals: leeftijd/burgerlijke staat/beroep/opleidingsniveau en feitelijkheden als: hoe vaak er contact is; hoe lang het contact bestaat, hoe de bereikbaarheid is en van wie het contact uitgaat. Verder hoe de cliënt het contact ervaart (mate van affectie/aansluiting/zekerheid).

Behalve dat je als hulpverlener een veel **concreter beeld** krijgt (namen en personen kunt plaatsen) merk je ook vaak dat het de cliënten uitnodigt om meer te vertellen, omdat je interesse toont hoe hun leven eruit ziet.

Tegelijkertijd is het meetinstrument **structurerend**. Het biedt een zekere emotionele afstand om over contacten te praten wat in een direct gesprek te beladen zou kunnen zijn. Die structuur (de formulieren die er 'tussen' zitten) geeft de cliënt tevens een vorm van **veiligheid**. Het meetinstrument gaat uit van de samenstelling van het netwerk via veel feitelijke vragen en bij de beleving (hoe zij het contact ervaren) wordt gerespecteerd wat zij daarover aangeven, het gaan immers om hun beleving.

Vaak komen cliënten nog met aanvullingen of correcties tijdens of na de meting. Of blijkt op andere manieren dat zij er nog mee bezig zijn geweest,

bijvoorbeeld doordat zij er met familie of bekenden over gepraat hebben; door 'toevallige' ontmoetingen en eventuele actuele ontwikkelingen te noemen.

Juist deze categorie cliënten voelt zich soms afgeschreven en ook weieens door de hulpverlening minder serieus genomen, omdat er weinig haalbaar lijkt. Een nieuwe benadering, zoals via de netwerkmeting, geeft een vorm van aandacht die bevestiging geeft dat het de moeite waard is om met hun leefsituatie bezig te zijn.

De invloed van netwerkmeting tijdens een lopend begeleidingscontact bestaat uit een actievare rol van de cliënt en een gelijkwaardiger verhouding hulpverlener - cliënt.

Bij netwerkmeting aan het begin van het contact is er minder persoonlijke binding dan bij een lopend begeleidingscontact. Dit hoeft geen nadeel te zijn. Het maakt de discrepanties in het sociale netwerk duidelijk voordat die weer gedeeltelijk opgevuld worden door de hulpverlening en kan al te grote afhankelijkheid van de hulpverlener voorkómen.

Van belang is verder dat duidelijk is voor de cliënt dat het zijn/haar papieren zijn en dat zij dus uiteindelijk zelf bepalen wat ermee gedaan wordt.

Een aanvulling of vervolg op de meting van de actuele sociale contacten kan zijn het afnemen van de netwerkbiografie om zo de invloed van de geschiedenis (bijvoorbeeld opname, verhuizing, scheiding) op het netwerk duidelijk te krijgen en de al dan niet aanwezige vitaliteit te kunnen inschatten.

Analyse en interpretatie

We komen er steeds meer op uit dat, al kijken we er eerst als team naar, het van belang is om de bespreking met de cliënt zoveel mogelijk open te houden en de cliënt zelf te laten reageren op de gegevens.

In tweede instantie kiezen we er dan vaak voor de resultaten van het gewicht van de contacten te verifiëren met de schaal van Brim (1974). Hieruit kan duidelijk worden of personen die in betekenis hoog scoren ook dezelfde zijn als degenen op wie de cliënt **daadwerkelijk** terug valt voor praktische zaken, emotionele steun of aansluiting. Anders gezegd: het gaat er dan om of de beleving van de betekenis van een contact overeenkomt met de realiteit.

Als de omvang van het netwerk vrij beperkt is of bepaalde delen ervan tamelijk leeg zijn, hoef je dit als hulpverlener niet te verbloemen of positief te benoemen.

Wel is het belangrijk om te kijken wat een cliënt er zelf van vindt en deze opvatting te vergelijken met de eigen interpretatie. Je kunt je afvragen in

hoeverre deze methode confronterend is voor cliënten bij wie de omvang van het netwerk heel beperkt blijkt te zijn.

Natuurlijk is het zo dat een cliënt best weet wat hij aan sociale contacten heeft en de schraalheid ervan nog nadrukkelijker aan het licht komt door de methode.

Het uitgangspunt is echter de beleving van de cliënt en onze ervaring tot dusver is dat het niet te confronterend is. Het is eerder onze eigen voorzichtigheid die maakt dat we ons dit afvragen dan dat het blijkt uit reacties van cliënten.

Wij merken in elk geval dat het bezig zijn met het sociaal netwerk tot gevolg heeft dat op een vrij vanzelfsprekende manier relaties en interacties aan de orde komen en deze een centrale plaats krijgen in het gesprekscontact in plaats van het ziek-zijn en de psychiatrische problematiek. Cliënten gaan meer nadenken over de manier waarop zij zelf relaties onderhouden en minder over hoe anderen dat doen.

Het aandeel van de cliënt in het begeleidingscontact wordt groter en het aandeel van de hulpverlener wordt minder bepalend. De hulpverlener krijgt meer een regisserende rol. Dat wil zeggen ten aanzien van de vorm van de gesprekken en het verloop van de begeleiding. Wat betreft de inhoud krijgt juist de cliënt meer de regie. Het gaat immers over zijn/haar leefsituatie en sociale contacten.

De afhankelijkheid van de cliënt ten opzichte van de hulpverlening wordt minder groot. De cliënt bepaalt in feite zelf of de uitkomsten van de netwerkmeting leiden tot het ondernemen van bepaalde stappen. Afhankelijk van hun eigen behoeften kijk je met de cliënt of bepaalde leemtes op te vullen zijn; door contacten met bepaalde netwerkleden te verstevigen of door uitbreiding te zoeken. Dit kan door te denken aan: bijvoorbeeld werk/daginvulling, woonvorm, lotgenotengroepen.

Om dit te realiseren kan bemiddeling van de hulpverlening nodig zijn, maar het zou mooi zijn als het lukt om hier één of enkele van de bestaande netwerkleden bij te betrekken.

Het doel is immers dat de rol van de hulpverlening tot het noodzakelijke beperkt blijft; wanneer bepaalde behoeften of taken door netwerkleden vervuld kunnen worden, verdient dat de voorkeur.

In ieder geval kan door de meting concreter teruggegrepen worden naar personen uit het netwerk. Bijvoorbeeld bij vakantie van de hulpverlener of van een belangrijk netwerklid valt te bespreken op wie dan een beroep kan worden gedaan.

Voor het toepassen van de sociaal netwerkbenadering is een kader of **samenwerkingsverband** nodig.

Dit kan zijn vorm vinden in het betrekken van een collega bij de meting en later bij de bespreking met de cliënt en netwerkleden. Zeker bij een lopend contact maakt in feite ook de hulpverlener deel uit van het netwerk. Dan zal het gewenst zijn dat er in gesprekken met cliënt en netwerkleden een persoon aanwezig is die geen deel uit maakt van het netwerk en een onafhankelijke positie in kan nemen in de bespreking.

Verder is het van belang dat deze benadering en werkwijze erkenning vindt en ingebed raakt in de teams en de afdeling van de RIAGG.

Praktisch, voor de uitvoering, maar ook in de ontwikkeling van deze benadering is een vorm van intervisie of een sociaal netwerkteam nodig.

Dit biedt een zekere waarborg voor de voortgang. Het maakt het mogelijk om ervaringen uit te wisselen; deskundigheid te bevorderen, enthousiast te blijven en elkaar te stimuleren.

Bovendien gaat de sociaal netwerkbenadering uit van een concept waarmee je minder individualiserend kijkt naar psychiatrische cliënten. Het is dan ook van belang dat je als werker hier niet individueel en solistisch mee bezig bent en zelf gebruik maakt van een 'netwerk'.

Samenvattend

Mijn ervaring en die van collega's is dat met deze benadering het sociaal psychiatrische werk met begeleidingscliënten leuker wordt, meer voldoening geeft en meer inhoud heeft.

En zelfs dat er meer beweging en verandering mogelijk blijkt in de leefsituatie van deze cliënten dan je zou verwachten. Vanuit de methodische opzet en uitgangspunten is overdraagbaar te maken hoe je als SPV werkt met deze cliënten en dit kan ertoe bijdragen dat deze categorie cliënten en de sociaal psychiatrische werkvorm een volwaardige plaats in gaat nemen binnen de totale RIAGG-hulpverlening.

Geïnteresseerden voor het hele rapport kunnen contact opnemen met Yolanda Licher, sociaal psychiatrisch verpleegkundige Riagg Westelijke Utrecht, telefoon 030 - 809311.

Oproep 2

Wie kan mij helpen aan informatie over functie en taken van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige binnen de plokliniek van een psychiatrisch ziekenhuis? In het kader van mijn afstuderen als sociaal psychiatrisch verpleegkundige wil ik mijn eindwerkstuk hierover schrijven.

Adrie Slager, Oudelandsedijk 28, 4691 RR Tholen
Telefoon 01660 - 3872.