

Ketensamenwerking met als doel arbeidsparticipatie- Bemoeizorg voor zorgwekkende zorgmijders

Peter Kerstholt, zorgconsulent werkzaam bij Tractio

Inleiding

Na een lange loopbaan in de zorg kan ik mijn kennis en ervaringen in mijn dagelijks werk goed gebruiken als zorgconsulent en beleidsmedewerker bij Tractio in Almere. In de praktijk valt mij op dat mijn klantengroep soms bekend is bij meerdere instellingen en dat een integrale samenwerking in de praktijk vaak ontbreekt. De professionals verwachten dat cliënten de verantwoordelijkheid nemen om zelf goed om te gaan met de kennis en informatie die zij tijdens de behandeling krijgen. Professionals doen in de praktijk hun best op hun eigen vakgebied en besteden daarbij veel aandacht aan de vraag van de cliënt. Cliënten met meervoudige problematiek (problematiek op meerdere leefgebieden) die zelf geen hulp vragen hebben en waarbij een eigen sociaal netwerk ontbreekt, blijven vaak buiten beeld omdat zij bijvoorbeeld geen overlast voor de omgeving veroorzaken. Doordat we het in dit land zo goed geregeld hebben met de privacy van iedere burger, kan dit met zich meebrengen dat mensen die in een sociaal kwetsbare positie verkeren onnodig langs de kant blijven staan, en verstoekt blijven van de nodige hulp. Deze groep mensen kan het vaak niet meer opbrengen om op eigen kracht de eigen (gezondheids)problemen op te lossen. Eigen trots, schaamte, onvermogen en teleurstelling ligt hieraan vaak ten grondslag. Er kan in de praktijk winst en resultaten geboekt worden als er sprake is van een integrale samenwerking binnen de Ketens tussen de Zorginstellingen, Re-integratiebedrijven en Uitkerende instanties.

In 2011 heb ik de opleiding Bemoeizorg bij de Rino-groep gevolgd. Mijn mening over het belang van meer bekendheid en samenwerking tussen de wereld van zorg, re-integratie en uitkerende instanties (Sociale Diensten en UWV) werd gedeeld door zowel docenten als andere professionals. Naast het feit dat deze integrale samenwerking zijn voordelen kent, is de uitkering een belangrijke "vindplaats" voor mensen die buitenspel staan.

Ik zal mijn ervaringen aan de hand van een casus illustreren en aangeven op welke wijze ik op de werkvloer deze samenwerking vorm geef. Ik zal daarbij vooral ingaan op mijn motivatie voor mijn dagelijks handelen.

Tractio

Tractio maakt onderdeel uit van Tomingroep. Tomingroep biedt re-integratiediensten aan voor o.a. de gemeente Almere. Almere is een centrum- en groeigemeente binnen Flevoland. In het verleden is er binnen de regio nauwelijks aandacht geweest voor de specifieke doelgroep van sociaal kwetsbaren.

Cliënten worden bij Tractio door de klantmanager van de Sociale Dienst aangemeld voor een re-integratietraject. Doel van dit traject is het verkrijgen van regulier (betaald) werk. Indien dit niet mogelijk is, zal gezocht worden naar een beschermde werkplek (zoals de Sociale Werkvoorziening) of (AWBZ/WMO)dagbesteding. Om dit te kunnen realiseren zal er tijdens het traject zo nodig begeleiding worden ingezet op acht verschillende levensgebieden.

De trajectbegeleiding is gericht op het verkrijgen van een vertrouwensrelatie, het beheersbaar krijgen van de persoonlijke problemen en het vergroten van de zelfredzaamheid van de cliënt. Indien gewenst, worden er verbindingen en dwarsverbanden gelegd in het contact met de diverse hulpverleners. Cliënten krijgen desgewenst ondersteuning bij het bezoeken van andere professionals. Deze ondersteuning wordt hen vanuit de vertrouwensrelatie aangeboden en is vaak noodzakelijk aangezien zij door hun eigen problematiek vaak geen vertrouwen meer hebben in andere hulpverleners.

Casemanager

Als zorgconsulent bied ik trajectbegeleiding aan, waarbij ik mij een coördinerende rol toebedeel. Naast de afgesproken trajectafspraken en opgebouwde vertrouwensrelatie, worden de gemaakte afspraken ook op naleving gecontroleerd. Dit is mogelijk doordat de cliënt bij de intake een machtiging heeft ondertekend waarmee toestemming wordt verkregen om informatie met andere professionals te kunnen uitwisselen.

Vanuit de opgebouwde vertrouwensrelatie tijdens het traject wordt zoveel mogelijk de aansluiting gezocht bij de kennis en expertise van de verschillende ketenpartners. Zorgwekkende zorgmijders worden gestimuleerd, gemotiveerd en aangemeld voor Bemoezorg van stichting Kwintes. Hierbij hebben wij zeer goede ervaringen met de "tangbeweging" techniek. Bij deze techniek wordt van iedere cliënt medewerking verwacht en beëindigen we het traject van een cliënt pas op het moment dat de cliënt goed in begeleiding is gekomen bij de andere professionals. Met de tangbewegingstechniek bedoel ik hier vooral de sluitende samenwerking tussen alle betrokken ketenpartners, waarbij ik de ingezette doelstellingen bewaak en de cliënt vanuit mijn relatie blijf ondersteunen in de afgesproken richting. Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat mensen gelukkiger zijn wanneer zij beschikken over eigen autonomie, een eigen sociaal netwerk en passend werk of een dagbesteding. [Bron: Lohuis, G. Van bemoei-naar groeizorg. 2008. Noordhoff Uitgevers]

Casus Marcel K.

Marcel K. (naam is gefingeerd) is een ongehuwde man, geboren in 1971 te Amsterdam. Hij is door de klantmanager aangemeld voor een re-integratietraject bij Tractio. Hij heeft een drankprobleem, financiële problemen en een vervuild huis. Via de woningbouwvereniging zijn er klachten binnen gekomen door buurtbewoners. Hij wil graag werken en heeft als bijverdienste een krantenwijk. Marcel is een vriendelijke man met een slechte zelfverzorging. In het contact merk ik al vrij snel dat hij niet alles begrijpt en dat ik soms iets meerdere keren moet uitleggen. In het contact is hij geneigd om "ja" te zeggen, terwijl achteraf uit zijn handelen, blijkt dat hij het niet goed heeft begrepen. De cliënt heeft geen eigen sociaal netwerk.

Dagritme

Marcel wil graag werken, maar kan slecht in een dagritme komen. In het begin komt hij vaak niet of te laat op zijn werk. Tijdens het bespreken van zijn schulden kan hij slecht de gemaakte afspraken nakomen. Uiteindelijk heb ik besloten om op huisbezoek te gaan, om samen met hem zijn administratie door te nemen. Hij vindt dit prettig en laat mij vol trots zijn huis zien. Ik schrik enorm van de lucht van maar liefst acht katten die hij thuis heeft. De pislucht komt beneden in het trappenhuis al op mij af. Om vertrouwen te blijven winnen ben ik in het eerste gesprek niet de confrontatie aangegaan. In vervolgesprekken ben ik wel terug gekomen op zijn vervuild huis. Hij zegt dat zijn katten zijn 'kinderen' zijn en dat hij daar goed voor moet zorgen. Zijn financiële problemen zijn groot: hij vult het ene gat met het andere en komt telkens om hulp vragen omdat hij het overzicht kwijt is.

LVB & alcoholafhankelijkheid

Ik heb zijn drankprobleem met hem besproken. Hij wil minderen, maar niet stoppen. De regels begrijpt hij goed. Als hij op het werk is, verwachten wij dat hij nuchter is. Hierover heb ik met hem afgesproken dat ik hem zonder aankondiging op de werkplek kan bezoeken om hem te laten blazen. In de auto heb ik een blaasapparaat en een speekseltest voor het aantonen van alcohol- en/of drugsgebruik. Het afnemen van een dergelijke blaasest doet ik altijd discreet, zodat hij geen gezichtsverlies lijdt ten opzichte van bijvoorbeeld andere collega's. Regelmatig komt het voor dat hij toch onder invloed is op zijn werk. Daarom zijn we uiteindelijk samen naar de huisarts gegaan voor een verwijzing naar verslavingszorg. Later blijkt dat Marcel bang is voor een opname in een verslavingskliniek. Hij is bang om zijn 'kinderen' achter te moeten laten. Ik heb het vermoeden dat er bij Marcel sprake is van een verstandelijke beperking, hetgeen ik bij de huisarts navraag. De huisarts kan de LVB problematiek bevestigen, maar beschikt niet over een diagnostisch rapport. De verslavingszorg krijgt in de verwijzing de vraag om een intelligentietest af te nemen en het drankprobleem te behandelen. Uit het intelligentie onderzoek, die is afgenomen door een psycholoog, is een IQ van 70 vastgesteld. De verslavingszorg is tot de conclusie gekomen dat zij hem door zijn lage niveau niet kunnen behandelen, omdat zij niet beschikken over expertise en een passend aanbod voor mensen met een licht verstandelijke beperking. Omdat ik mij hierin niet kan vinden ben ik, zonder cliënt, in gesprek gegaan met zijn huisarts en heb ik de situatie uitgelegd. De huisarts was zeer verbaasd en sprak direct over discriminatie van de doelgroep.

Uiteindelijk heb ik na diverse gesprekken met uitvoerende medewerkers en het Hoofd Behandeling van verslavingszorg kunnen afspreken dat mijn cliënt wel in begeleiding kan komen. Ik heb de verslavingszorg het advies gegeven om in de begeleiding samen te werken met de ambulante woonbegeleiding van de verstandelijke gehandicaptenzorg. Met beide hulpverleners en de cliënt heb ik afspraken gemaakt over deze gewenste begeleiding, zodat de cliënt de begeleiding en behandeling krijgt die hij nodig heeft, waardoor hij dagelijks met ondersteuning zo goed mogelijk kan functioneren.

Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)

Ondertussen ben ik met behulp van het diagnostisch rapport (waarin het verlaagde IQ is geconstateerd) bezig geweest met het aanvragen van een indicatie bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) voor begeleid zelfstandig wonen, een aanvraag voor een WSW-indicatie en een Wajong uitkering. Met het aanvragen van deze voorzieningen hoop ik dat mijn cliënt ondersteuning en begeleiding kan krijgen binnen het reguliere zorgcircuit. Hij accepteert mijn bemoeienis op werk- en privé gebied. Ik heb hem uitgelegd dat hij door het accepteren van hulp en ondersteuning bij het zelfstandig wonen aan zijn drankprobleem kan werken en minder dagelijkse problemen in zijn werk zal ervaren en weer meer van het leven kan gaan genieten.

Goed arbeidsritme

Marcel heeft inmiddels een goed arbeidsritme ontwikkeld. Er wordt door de begeleiders van de verstandelijke gehandicaptenzorg en de verslavingszorg nu samen aandacht besteed aan zijn drankprobleem. Door de persoonlijke ondersteuning van de verstandelijke gehandicaptenzorg heeft het leven van de cliënt weer positieve waarde, veroorzaakt hij geen overlast meer en is er sprake van een duidelijke participatie in de samenleving. Dit is bereikt doordat hij hulp heeft gekregen bij het zelfstandig wonen, zijn huis weer gezellig heeft ingericht en ondersteuning heeft geaccepteerd bij de verzorging van zijn katten en hygiëne in zijn huis.

Daarnaast is mijn cliënt succesvol doorgestaan met de begeleiding bij de verslavingszorg en zijn er geen nieuwe klachten meer gekomen vanuit de woningbouwcoöperatie. Door het vasthouden van een goed opgebouwd werkritme heeft hij een zinvolle betaalde dagbesteding en meer plezier in het leven. Verder heeft hij nu positieve ervaringen met zijn sociale contacten en krijgt hij weer waardering voor wat hij doet. Deze cliënt, die bekend stond als een overlast gevende zorgmijder, heeft inmiddels de begeleiding aan huis geaccepteerd, waarmee acceptatie is ontstaan van zijn LVB beperking. De dienstverlening vanuit de Stadsbank is goed opgepakt. Van de begeleider heb ik begrepen dat er op vrijwillige basis een Onder Bewindvoering zal worden aangevraagd, waardoor Marcel financieel meer bescherming krijgt.

Tijdens de begeleiding heb ik vanuit mijn rol in het contact met Marcel en de andere hulpverleners bewust gebruik gemaakt van mijn doorzettingsmacht. De WWB uitkering (Wet, Werk en Bijstand), zegt namelijk dat van iedere cliënt verwacht mag worden dat hij/zij meewerkt aan het verbeteren van de eigen leef- en gezondheidsomstandigheden en daarnaast iets terug mag doen voor de uitkering die wordt ontvangen. Met iets "terug doen" bedoel ik meewerken aan een dagbesteding of werktraject en mogelijk uitkeringsonafhankelijk worden. Deze uitgangspunten bieden mij de gelegenheid om, in situaties waarin mijn cliënt het moeilijk heeft en de overige betrokken hulpverleners moeilijk met mijn cliënt in contact te komen, ik vanuit mijn vertrouwensband en bemiddelende rol hem kan aanspreken op zijn nalatigheid waardoor andere hulpverleners hun eigen rol gemakkelijk kunnen oppakken. Doordat werken (en het traject) niet vrijblijvend is, is het altijd mogelijk om contact met elkaar te mogen hebben. Voor vrijwillige hulpverlening ligt dit anders, hierbij kan een cliënt de hulpverlener gemakkelijk op afstand houden zonder dat dit consequenties heeft. Een sluitende samenwerking binnen de keten, met behoud van ieders eigen rol en verantwoordelijkheid, kan dus veel voordelen opleveren. Bij deze bemoeizuchtige begeleiding is het van belang om er voor te zorgen dat andere hulpverleners zich committeren aan de doelstellingen die zijn afgesproken met de cliënt. Elke bijdrage van een hulpverlener is gericht op het ondersteunen en vergroten van de sociale zelfredzaamheid. Dit gaat veelal het beste samen met een goed dagritme. In mijn contact en samenwerking met hulpverleners benadruk ik altijd het belang van een ingezet re-integratietraject. Als een ambulante woonbegeleider bijvoorbeeld zich uitsluitend bezig zou houden met alle woonaspecten en geen waarde hecht aan het hebben van een goed dag- en werkritme kan "vrijblijvendheid" in het contact ontstaan tussen hulpverleners en de cliënt. Met de ambulante hulpverlener spreek ik af dat zij verantwoordelijk zijn alle privé leefgebieden en dat ik als consulent verantwoordelijk blijf voor het werkdeel, maar dat we elkaar wel informeren als daar aanleiding toe is. Er kan worden vastgehouden aan de noodzakelijke ingezette veranderingen, om terugval in oude patronen te voorkomen. Als alle neuzen dezelfde kant op staan, is dit voor de cliënt veel duidelijker en ontstaat er een efficiënte samenwerking rondom de cliënt en voelt de cliënt zich meer begrepen. Hierdoor kunnen andere hulpverleners gemakkelijk handelen en daarbij op mij terug vallen als dat nodig is.

Het werken binnen de Sociale Werkvoorziening heeft Marcel uitkeringsonafhankelijk gemaakt en de Wet Sociale Werkvoorziening geeft hem bescherming en ondersteuning. Er is voor Marcel een vorm inclusie ontstaan, hiermee bedoel ik dat Marcel een verandering heeft doorstaan en weer meedoet aan maatschappelijke activiteiten en zich hiertoe met ondersteuning heeft aangepast.

Conclusie

Door deel te nemen aan het re-integratietraject is er veel veranderd voor Marcel. Hij heeft nu een betaalde baan bij de Sociale Werkvoorziening (WSW). Hij veroorzaakt geen overlast meer voor zijn burens, zijn drankprobleem is

beheersbaar geworden en hij wordt begeleid door een ambulante woonbegeleider vanuit de gehandicaptenzorg. Verder geeft hij aan blij en tevreden te zijn met zijn eigen leven en werk.

Samenwerking tussen uitkeringinstanties, de daarbij behorende re-integratiebedrijven en zorginstanties is van groot belang omdat er in hun klantenbestand ook zorgwekkende zorgmijders en mensen met meervoudige problematiek te vinden zijn. Door een generalistische benadering waarbij er samengewerkt wordt met meerdere professionals ontstaat er een sluitende aanpak, waarbij het accent ligt op het bevorderen van de zelfredzaamheid van mensen en het vergroten van hun eigen kracht. Voor veel mensen die in een sociaal kwetsbare situatie verkeren wordt de huidige samenleving als te ingewikkeld ervaren, waardoor deze groep mensen helaas eerder afhaakt. De zogenaamde "tangbeweging" of doorzettingsmacht maakt dat mensen aangesproken worden op hun eigen verantwoordelijkheid en de mogelijkheid om hun omstandigheden te veranderen. Als mensen meedoen is de kans op vereenzaming of overlast veel kleiner en krijgt iedere burger de hulp die hij nodig heeft om te kunnen participeren.

Alles draait om samenwerking. De nieuwe Wet Werken naar Vermogen (WWnV), de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en alle taken vanuit Jeugdzorg waarvoor de Gemeente in de toekomst verantwoordelijk wordt, bieden mogelijkheden om voor iedereen de hulp te gaan organiseren die nodig is. Het zou uiteindelijk mooi zijn als hulpbehoevende mensen in de toekomst een zorg/werk arrangement aangeboden krijgen van de gemeente, dat aansluit bij mogelijkheden van de individuele burger.

Contact

pke@tractio.nl, telefoon 06-42802699

Priapisme, geen slap gelul

Harold Wenning, SPV/POH-GGZ bij DENK, Leeuwarden

Inleiding

Sinds januari 2008 is de beleidsregel Praktijkondersteuner Huisartsenzorg - Geestelijke Gezondheidszorg van kracht (POH-GGZ)¹. Uitgangspunt hierbij is de stepped-care methodiek. Het doel is patiënten in de eerste lijn te behouden en minder in de duurdere tweede lijn te behandelen waardoor er uiteindelijk een kostenbesparing zal ontstaan.

Eind 2009 werkten in Nederland 150 POH's-GGZ voor 900 huisartsen. Een jaar later is dit meer dan verdubbeld: 360 POH's-GGZ voor 1915 huisartsen². Dit betekent dat inmiddels een kwart van de Nederlandse huisartsen gebruik maakt van deze vorm van praktijkondersteuning. De functie van POH-GGZ wordt in zeventig procent van de gevallen ingevuld door een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige maar de functie is niet voorbehouden aan de SPV. De overige dertig procent betreft Maatschappelijk werkers, basispsychologen en een kleine groep anders HBO-opgeleiden². Voor een gemiddelde huisartsenpraktijk (2350 patiënten) is vier uur POH-GGZ per week beschikbaar¹. Een POH-GGZ werkt dus altijd voor meerdere huisartsenpraktijken.

Conform het functieprofiel³ behoren tot het takenpakket van de POH-GGZ:

- Consultatie van de huisarts
- Probleemverheldering
- Kortdurende begeleiding of behandeling

- Begeleiden van doorverwijzingen
- Casemanagement
- Preventie
- Onderhouden van netwerk

Ik beschrijf deze casus omdat het een goed beeld geeft van de problematiek waarmee de POH-GGZ wordt geconfronteerd. Het zijn niet altijd duidelijke psychiatrische stoornissen die onmiddellijk een psychiatrische behandeling behoeven. Veelal zijn lichte interventies in de nulde of eerste lijn al toereikend. Daarnaast is de combinatie van lichamelijke en psychische klachten een veel voorkomende combinatie in de huisartsenpraktijk. Tevens wil ik met deze casus duidelijk maken dat goede diagnostiek van groot belang is en hoe bepalend het missen van een diagnose voor iemand zijn leven kan zijn.

De verwijzing

Ik zie in mijn agenda dat om 9.30 uur meneer Meijerink op het programma staat. Ik ken hem nog niet en zie hem vandaag voor het eerst. Ik kijk in het Journaal van het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) en zie dat hij bij de huisarts is geweest vanwege spanningsklachten.

De huisarts heeft conform de Soep-methode in het Journaal gerapporteerd.

S(ubjectief):

Gejaagd, gespannen, slechts slapen, trillen, eenzaam. Durft niet meer naar werk, zit alleen thuis. Moeder drie jaar geleden overleden, altijd voor haar gezorgd.

O(b)jectief)

Bloeddruk: 150/95

E(valuatie)

Spanningsklachten door veranderingen op werk en overlijden moeder. Fobie?

P(lan)

Aanstaande vrijdag afspraak POH-GGZ voor probleemverheldering en bepalen verder beleid.

Er zijn verder weinig consulten bij de huisarts geregistreerd. Hij loopt de deur hier zeker niet plat.

Probleem verhelderen

'Meneer Meijerink,' roep ik in de wachtkamer. Een man van een jaar of zestig staat op en geeft mij een zachte hand. Hij stelt zich voor als Jouke Meijerink en kijkt mij wat onzeker aan. Hij heeft een vrouwelijke motoriek en praat zacht. 'Hartelijk welkom, fijn dat u er bent,' zeg ik. Ik vertel hem dat ik sociaal psychiatrisch verpleegkundige ben, werk in de functie van POH-GGZ en graag met hem in gesprek zou gaan. 'Wat mij betreft is het doel van het gesprek het probleem helder te krijgen. Zo mogelijk kunnen we aan het einde van het gesprek zelfs een eerste plannetje maken wat we er aan kunnen doen. We hebben ongeveer een half uur de tijd om daar samen eens van gedachten over te wisselen. Als het nodig is maken we gewoon weer een nieuwe afspraak'. Ik vertel dat ik in het HIS heb gelezen wat de reden van het consult bij de huisarts is geweest en nodig hem uit wat meer over zijn situatie te vertellen.

Hij vertelt over zijn werk als laborant. Hij werkt 33 jaar in een medisch laboratorium en hecht veel waarde aan de vaste structuur. Tot voor kort verzuimde hij nauwelijks. Hij heeft zich ziek gemeld nadat hij een nieuwe collega kreeg. Dit gaf hem veel spanningen.

'Volgens mij bent u heel erg trouw.' vat ik samen. 'En kost het omgaan met veranderingen u veel moeite'.

'Ik heb mijn moeder lang verzorgd tijdens haar ziekbed. Sinds haar dood voel ik mij erg ongelukkig. Ik voel me onzeker bij andere mensen en ben erg onrustig. Ik kan mijn draai niet vinden.'

'Het overlijden van uw moeder is natuurlijk een enorme verandering voor u geweest. Hoe is het eigenlijk zo gekomen dat u altijd bij u moeder bent blijven wonen?'

Vervolgens wordt ik gegrepen door zijn bizarre levensverhaal.

'Toen ik negen jaar was zei mijn moeder dat ik mezelf maar moest wassen. Ik had vanaf die tijd altijd al snel erecties. Ik wilde dat met mijn moeder bespreken maar zij ging er niet op in. Ik schaamde me dood. Ook met gymnastiek op school. Ik durfde natuurlijk niet te douchen en deed bij zwemles wel vier zwembroeken over elkaar zodat niemand mijn erecties zou zien. Met mijn ouders ging ik vaak naar Zandvoort. Naar het strand gaan vond ik een hel. Eigenlijk is dat altijd zo gebleven. Ik heb nooit een relatie durven aangaan omdat ik bang was dat ik zou worden afgewezen vanwege mijn erecties. Ik heb nooit een relatie gehad'.

'Maar erecties zijn toch heel normaal. Waarom schaamt u zich daarvoor?' vraag ik hem.

'Ik heb altijd heel snel erecties en ze blijven lang aan. Vaak loop ik de hele dag met een erectie. Ik ben bang dat mensen het zien en ik probeer dat op allerlei mogelijke manieren te voorkomen. Ik ben laborant geworden omdat ik dan zo'n lange witte jas aan heb die de boel wat bedekt. Met die jas voel ik me tamelijk veilig maar sinds kort heb ik een nieuwe collega en sindsdien voel ik die onzekerheid weer terugkomen. Ik ben heel bang dat mijn nieuwe collega het zal opmerken. Ik ben 59 jaar maar ik heb nog nooit gemeenschap gehad. Na een ejaculatie heb ik na een half uur alweer een erectie. Ik heb ook erecties zonder dat er ook maar sprake is van een erotische gedachte of zoiets'.

'Tsjonge, jonge, jonge dat is nogal wat.' zeg ik verbaasd. 'Wat een toestand. De meeste mannen scheppen op over hun erecties maar dat kan ik van u niet zeggen. Ik begrijp dat de schaamte over uw erecties in belangrijke mate uw levensloop heeft bepaald.'

'Daar heeft u helemaal gelijk in. Ik heb nooit een relatie durven aangaan en heb bewust voor het werk van laborant gekozen. Het voelde heel veilig om bij mijn moeder te blijven wonen.'

'En heeft u hier wel eens met iemand anders over gesproken?'

'Tien jaar geleden liepen de spanningen zo hoog op dat de huisarts mij naar de Riagg verwees. Ik zat daar te praten met zo'n jong meisje dat nog in opleiding was. Ik vroeg haar of ik ook over seks kon praten maar toen verschoot ze gelijk van kleur. Ze werd echt helemaal rood en toen heb ik het er maar bij gelaten en ben niet meer geweest.

Vijf jaar geleden heb ik mijn erectieprobleem eindelijk met mijn vorige huisarts durven bespreken. Hij is nu gelukkig met pensioen. Ik had alle moed bij elkaar verzameld en met lood in de schoenen heb ik een afspraak gemaakt. Ik vertelde hem over mijn aanhoudende erecties en zijn reactie was: 'Stop maar kamferballen in je onderbroek, dat deden wij in diensttijd ook'. Einde consult. U begrijpt dat ik daar natuurlijk niet mee geholpen was.'

Kamferballen zijn moderne mottenballen, geurballen genoemd en bevatten dichloorbenzeen. Deze stof is slecht afbreekbaar en kan bijdragen aan de concentratie vluchtige organische stoffen in huis. Blootstelling aan deze stoffen kan leiden tot irritaties aan de slijmvliezen van de neus, keel en ogen. Geurballen dienen buiten het bereik van kinderen en huisdieren gehouden te worden en gebruikte geurballen kunnen worden weggegooid als Klein Chemisch Afval.

'Ik waardeer het erg dat u mij dit allemaal toevertrouwd. Ik vind dat u een heel bijzonder en persoonlijk verhaal vertelt. U bent buitengewoon dapper. Wat zal u veel in uw eentje hebben getobd. U heeft een krachtig overlevingsmechanisme anders had u hier allang niet meer gezeten. In het begin van het gesprek heb ik aangegeven wat het doel is van dit gesprek. Namelijk het probleem helder krijgen en een eerste plannetje maken.

Ik wil daar nu graag op terugkomen. Ik denk dat uw psychische klachten komen door de veranderingen in uw leven en door een heel vervelend lichamenlijk probleem. U voelt u gespannen en angstig omdat u bang bent dat uw nieuwe collega uw erecties zal zien. De duur van uw erecties is niet normaal en lijkt een lichamenlijk oorzaak te hebben. Ik heb er eerlijk gezegd nog nooit van gehoord maar het heeft vast een oorzaak en er is vast een behandeling voor. Ik stel voor dat ik met de huisarts ga overleggen en dat wij samen een nieuwe afspraak maken om verder te praten. Kunt u zich vinden in mijn bevindingen en mijn voorstel?'

'U zult het wel gek vinden dat ik het gelijk allemaal aan u vertel maar het moet er gewoon nu allemaal uit. Ik kan zo ook niet langer doorgaan. Ik ben zo gespannen. Het zou fijn zijn als u het met de dokter wilt bespreken en ik kom graag bij u terug'.

Als ik de casus voorleg aan de huisarts weet ook hij niet onmiddellijk wat het is maar hij gaat in overleg met de uroloog die gelijk roept: 'Priapisme'. Zij adviseert de huisarts Digoxine voor te schrijven en als dat niet helpt, kan de patiënt naar haar worden doorverwezen. Digoxine is een hartglycoside dat uit de bladeren van het vingerhoedskruid (*Digitalis purpurea*) wordt geëxtraheerd. Het is een sterk werkende stof. In 1785 werd door William Withering het klinische effect van digitalisextract op het hart beschreven. In Nederland is digoxine op de markt onder andere onder de naam Lanoxin verkrijgbaar. Digoxine vergroot de contractiekracht van het hart (positief-inotroop) en verlaagt de hartfrequentie (negatief-chronotroop). Daarnaast vertraagt het de geleiding over de AV-knoop (negatief-dromotroop).

Door Digoxine wordt het hormoon Na-K-ATPase in de gladde spieren onderdrukt en intracellulaire Calcium verhoogd. Daarnaast heeft Digoxine ook effect op een andere mediator in de spiercontracties (NO) die de erecties beïnvloeden. Deze factoren leiden tot een afname van erecties (Bron: fk.cvz.nl).

Priapisme (Bron: medscape.com)

Priapisme is de aanwezigheid van een langdurige, aanhoudende, hevige, vaak pijnlijke erectie van de penis die geen verband houdt met seksuele stimulatie of seksueel verlangen. Het is een urologische aandoening dat kan leiden tot permanente weefselschade door zuurstoftekort, waarbij de beschadigde spiervezels vervangen worden door niet-elastische vezels met impotentie tot gevolg. De aandoening kan worden veroorzaakt door specifieke medische aandoeningen en bepaalde farmacologische stoffen. Deze aandoeningen komt niet zo vaak voor: slechts 1,5 op 100.000 mannen wordt er jaarlijks mee geconfronteerd. De incidentie stijgt tot 2,9 op 100.000 wat betreft mannen die ouder zijn dan 40 jaar. Deze aandoening komt slechts zelden bij kinderen voor. Er zijn twee oorzaken aan te wijzen voor priapisme:

- een verminderde afvoer van bloed via de aders;
- een verhoogde toevoer van bloed via de slagaders.

Vaak gaat het om een verminderde bloedafvoer, als het bloed niet uit de stijve penis weg kan. Een verhoogde bloedtoevoer komt veel minder vaak voor. Vaak hangt dit samen met het gebruik van bepaalde medicijnen. De behandeling van Priapisme kan naast adequate pijnstilling bestaan uit het verstreken van geneesmiddelen die de bloedvaten vernauwen waardoor de hoeveelheid bloed in de penis afneemt. Ook kan via een injectienaald de penis voorzichtig worden ontdaan van alle overtollige bloed, vaak gevolgd door het spoelen van de bloedvaten van de penis met een zoutoplossing. Op beide behandelingen volgt onmiddellijke verlichting van de pijn en een afname van de erectie. In het geval van meneer Meijerink was er sprake van een verhoogde toevoer van bloed via de slagaders. Digoxine verlaagt de contractiekracht van het hart en de hartfrequentie waardoor de erecties afnemen.

Het maken en bespreken van het plan

'Meneer Meijerink,' roep ik precies een week later weer in de wachtkamer. 'Komt u verder. Fijn dat u er weer bent. Ik ben benieuwd hoe het met u gaat en hoe u terugkijkt op ons vorige gesprek.'

'Ik heb het gevoel dat ik u wel met iets heb opgezadeld. U zult wel gedacht hebben dat ik allemaal onzin heb vertelt. Het voelt voor mij aan de ene kant als een opluchting maar het voelt ook wel vreemd. Ik heb u wel iets heel persoonlijks vertelt, ik weet niet of ik er goed aangedaan heb.'

'Misschien heeft u wel de gedachte dat u mij met iets heeft opgezadeld maar zo ervaar ik het niet. Ik waardeer het zeer dat u mij in vertrouwen heeft genomen en ik heb veel van het gesprek met u opgestoken. Zoals afgesproken heb ik uw situatie met de huisarts besproken en hij heeft overleg gehad met de uroloog. Zij herkende de klachten meteen als Priapisme, een zeldzame aandoening.'

Ik vertel meneer Meijerink hetgeen ik inmiddels aan de weet ben gekomen over Priapisme. Hij luistert aandachtig, stelt vragen waar ik het antwoord ook niet op weet en samen zoeken we de antwoorden op internet.

'Hoe nu verder?' vraagt meneer Meijerink zich af.

'Daar heeft u een belangrijke stem in. Ik zou het erg op prijs stellen als u actief wilt meedenken bij het maken van een plan. Heeft uzelf een idee wat u zou willen?'

'Ik denk dat het goed is dat ik een afspraak bij de dokter maak en de voor- en nadelen van dat medicijn ga bespreken. Ik wil het graag proberen. Daarnaast zou ik graag bij u terugkomen want ik moet dit allemaal wel even verwerken.'

Inmiddels zijn we drie maanden verder. Meneer Meijerink is goed ingesteld op Digoxine en de frequentie en de duur van de erecties is duidelijk afgenomen. Hij voelt zich bevrijd van zijn 'eeuwigdurende' erecties. Hij is weer aan het werk en neemt deel aan de gespreksgroep 'Eenzaamheid en Isolement' van Humanitas. Een groep gericht op het doorbreken van sociaal isolement en waar mogelijk het zelfstandig opbouwen en onderhouden van contacten. Daarnaast heeft hij wekelijks contact met iemand van het Maatjesproject.

Humanitas is een organisatie voor mensen die het even niet in hun eentje redden. Ze vinden steun in een van de 600 projecten, variërend van maatjescontacten bij inburgering tot het doorbreken van eenzaamheid. En van opvoedingsondersteuning tot rouwverwerking. Jaarlijks zijn er ruim 10.000 vrijwilligers en 36.000 deelnemers. De projecten en activiteiten van Humanitas worden door lokale afdelingen het hele land georganiseerd.

Vorige week nam ik, na zeven gesprekken, met een stevige handdruk afscheid van Jouke Meijerink. We spraken af dat hij via de doktersassistente desgewenst een nieuwe afspraak kan maken.

Noten

¹⁾ Beleidsregel CV-5000-4.0.6.-5 per 1-1-2011 aangepast: CV-5000-4.0.6.-6. Nederlandse Zorgautoriteit. www.nza.nl

²⁾ Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerste Lijn. Nieuwsbrief december 2010. www.lvg.org

³⁾ Functieprofiel POH-GGZ. Good Care Support BV en Bureau Ben Venneman, maart 2008 www.poh-ggz.nl

Sociale psychiatrie, Onze ontdekkingsreis

Ina Mast en Siepie Struiksma

Binnen het wereldbeeld van Aborigines laat elke betekenisvolle activiteit, gebeurtenis en het levensproces zelf trillingen achter, net zoals planten een beeld van zichzelf achterlaten in de vorm van zaadjes. Die onzichtbare vibraties en de vorm van het land, de bergen, rotsen, rivierbedden en bronnen weerspiegelen de gebeurtenissen die hebben geleid tot de creatie van de dingen om ons heen.

Inleiding

Haar huis is knalpaars geschilderd, ze steekt er mooi bij af in haar oranje kleren en rode bos haar. Ze vertelt over haar studieverleden en vraagt hoe het staat met dat van mij. "Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige? Waar staat dat 'sociale' voor?", vraagt ze. Sociaal staat voor gelijkwaardigheid, wederzijds respect, luisteren naar jouw verhaal, kijken waar jij last van hebt en wat voor betekenis dit heeft voor jou en je omgeving. Ze is er stil van. "Fijn dat jij me niet voor gek verklaart."

We schrijven september 2010, voor ons is het de eerste dag van de (post)HBO-SPV- opleiding, die zal doorgaan tot februari 2012. In de loop van de komende maanden zal sociale psychiatrie betekenis voor ons gaan krijgen. In deze bijdrage kunt u lezen hoe dat in zijn werk is gegaan. Hierbij komt aan de orde wat voor ons het kenmerkende van sociale psychiatrie is. Om mensen te kunnen helpen met complexe problemen.

De start- bewustwording

Wanneer je op reis gaat neem je bagage mee, in ons geval een goed gevulde rugzak met veel ervaring. In onze rugzak is een groot vak gevuld met gewoontes, zekerheden, patronen die we hebben ontwikkeld in de loop der tijd, waarbij we nauwelijks nog stilstaan. Hierdoor denken we minder buiten de kaders en blijven creatieve oplossingen uit. Aan het begin van de opleiding worden we gewaarschuwd: "Jullie zekerheden gaan we ter discussie stellen". Binnen een maand is dit vak dan ook leeg. Het begin van een kennismaking met de sociale psychiatrie: een proces van bewustwording en reflectie op een klinische praktijk. In de sociale psychiatrie vertellen omgevingsfactoren een eigen verhaal. Op natuurlijke wijze ontvouwt zich een beeld van hoe iemand functioneert, in wisselwerking met zijn omgeving. Ieder mens is daarbij op zoek naar geluk en soms heb je daar ondersteuning bij nodig. Geluk zit in autonomie, nuttige contacten, en een reden om je bed uit te komen, aldus Ruut Veenhoven, de Nederlandse 'geluksprofessor'. In het Manifest van de sociale psychiatrie staat dit als volgt beschreven: *Ieder mens heeft de behoefte om te groeien binnen zijn of haar mogelijkheden en wil zijn eigen leven richting geven (autonomie). Ieder mens heeft een diepe wens om goed te zijn in wat hij doet (competentie) en dat het betekenis heeft voor zichzelf en de ander.* (2011 Onderwater en Venneman)

Contact

We hebben elkaar nog niet zo vaak gezien, naast onze leeftijd kennen onze levens weinig raakvlakken. In alle rust drinken we koffie Ze zegt dat het goed met haar gaat. Haar hondje springt bij haar op de stoel. "Hij weet alles van mij", zegt ze met een zucht. We hebben het over haar hondje, welk ras het is en hoe lastig het kan zijn om hem uit te laten als het regent. Het is even stil, vervolgens zegt ze: "Mijn hondje vindt dat het klote met me gaat".

Het praten over het schijnbare niets is in deze casus een methodisch instrument, gericht op het invoegen in de wereld van de cliënt.

Praten over schijnbaar niets, omdat het voor een buitenstaander lijkt alsof iemand praat over alledaagse zaken. Dat lijkt niet erg professioneel. Maar juist zo'n praatje kan er toe leiden dat er een relatie ontstaat. Omgangsvormen en rituelen worden zichtbaar en hier kan de hulpverlener op inspelen: tuning. In feite worden hierdoor de omgangsvormen bepaald en afgesproken. (1994 Polstra, Baart) Tuning en praten over het schijnbare niets zijn methodische werkvormen om vanuit de beleving van de cliënt te komen tot het vaststellen van een ervaren probleem. (2008- Lohuis e.a.)

Als we te veel uitgaan van onze eigen kennis en inzichten gaan we voorbij aan de kwaliteiten en krachtbronnen van cliënten. Valkuil van uitgaan van eigen kennis is dat er betekenis gegeven wordt vanuit eigen perspectief en hierdoor kan het aansluiten op de betekenis van de cliënt mislukken. Er ontstaat hulpverlening die niet aansluit en die verandering in de weg staat. Aansluiten en de tijd te nemen maken dat de autonomie bij de cliënt ligt en hij zijn eigen leven beter richting leert te geven. Voor ons houdt sociale psychiatrie in dat we niet langer de alwetende hulpverlener zijn maar ondersteuning bieden: *"leading one step behind"*. Dit kan betekenen dat een oplossing voor een probleem/klacht af kan wijken van wat voor mij, als professional, een juiste interventie lijkt. Door de cliënt probleemhouder te laten zijn en niet over te nemen behoud hij zijn autonomie. Maas zegt hierover: "De kracht van het woord, het contact en de communicatie zit dus vaak niet in wat ik als hulpverlener te zeggen heb, maar hoe ik het woord van de ander meer tot leven kan brengen. Een houding van nieuwsgierigheid en betrokkenheid aannemen en zo samen met de cliënt een beeld te ontvouwen van wat in de dagelijkse gang van zaken voor de cliënt moeilijk onoplosbaar lijkt of juist erg steunend is". (2003 Maas)

Betekenis gerichte zorg

Jelle loopt met stramme ledematen door de stad met zijn cowboyhoed op. Hij kijkt op nog om. Later tref ik hem in de dagopvang en bied hem een kop soep aan. Ik zit samen met anderen een tijdje bij hem aan tafel. Enkele dagen later is hij er weer, blijkbaar smaakt de soep naar meer. In de loop van maanden ontstaat er contact. Op straat groet Jelle me en muziek en de natuur zijn onderwerpen van ons gesprek. Op een dag zegt Jelle: " ik hef wat pine yn e bûk " Hij vindt het goed dat we naar het spreekuur van een dokter gaan.

Presentie geeft aan wat we bedoelen met betekenisgerichte zorg. We worden als professionals opgeleid om doelgericht te handelen en de interventies daarop af te stemmen. Leren er te zijn voor de ander en de betekenis die daarvan uitgaat, is iets anders. Er zijn tegenover iets doen, betrokken zijn in plaats van afstandelijk, volgend in plaats van bepalend, vragend in plaats van antwoordend, proces in plaats van doel, trouw in plaats van een gefaseerd plan, belangeloos in plaats van voorwaardelijk. (2001, Baart). Presentie en interventie gaan samen, maar dat gaat niet vanzelf.

Wat ons betreft is dit de basis van een betekenisvolle relatie, het vergt een "open houding" en het loslaten van vaste denkkaders. Aansluiten en *echt* luisteren, kijken naar de mens en niet alleen naar een diagnose. De cliënt is per slot van rekening niet zijn diagnose. "Iemand raken en daarmee een nieuw inzicht geven: dat is pas moeilijk". (2010 Tielens en Verster)

Elk verhaal heeft zijn eigen betekenis, de Aboriginals weten het immers al eeuwen lang. Zij vertellen hun verhaal, zij hebben dit nodig om betekenis te geven aan hun bestaan. Voor ons is het niet anders; door op een narratieve manier het verhaal samen op te tekenen kunnen we gelijksoortige verhalen die door verschillende generaties spelen met elkaar verbinden. Dit geeft inzicht waarom mensen iets doen want vaak is het een overlevering binnen de familie.

Werken aan zingeving in deze context is onmisbaar, het maakt deel uit van het herstel: het proces van persoonlijke verandering. De wens om goed te zijn in wat je doet, samen ontdekken waar mogelijkheden liggen en op zoek gaan naar zingeving. Met andere woorden, een reden om je bed uit te komen.

Evidence-based practice (EBP)

Vele opnames hebben haar achterdochtig gemaakt ten aanzien van de hulpverlening. Er zijn grote zorgen over haar. Ze woont nu alleen en is vijf maanden zwanger. In haar hoofd is het een chaos maar daar zijn we het niet over eens. Door deze drukte in haar hoofd kan ze het boodschappen doen maar lastig voor elkaar krijgen. Ze vertelt dat ze last van haar rug heeft zodat ze niet meer fietsen kan. Dit geeft problemen; hoe krijg je dan je boodschappen thuis? Ze slaapt er niet van. De keuze om gezamenlijk naar de supermarkt te gaan was zo gemaakt. De volgende dag krijg ik een sms, "Ik heb heerlijk geslapen". Ondertussen vraag ik me af hoe ik dit nu "evidence based" kan verantwoorden; goede nachtrust door een gevulde voorraadkast.

Een verbond tussen "evidence based" en "practice": evidence based kennis en intuïtief handelen, de betekenis van het probleem vanuit de beleving van de cliënt, een drie-eenheid voor goede hulpverlening. Probleem, betekenis en context samen dienen te bepalen hoe een behandeling uitgevoerd moet worden, (2011, Lohuis)

In een tijd van zorgpaden en vooraf bepaalde behandelingen, lijkt creativiteit een niet ter zake doende competentie. Vertrouwen op intuïtie, kennis en ervaring maken dat achteraf keuzes methodisch verantwoord kunnen worden. Juist in de sociale psychiatrie, waar een bedachte oplossing vaak niet logisch is maar het resultaat wel, is creativiteit een competentie.

Het is de wisselwerking tussen risicofactoren (genetische aanleg, middelengebruik, netwerk en werk/leefomstandigheden) waardoor de cliënt soms een beperkt vermogen heeft om zijn leven richting te geven. Hij heeft te weinig vaardigheden om zijn leven richting te geven, om zelf problemen op te lossen, met conflicten om te gaan, waardoor geestelijke gezondheidsproblemen kunnen toenemen. Als SPV ben je een verbindende schakel tussen cliënt, systeem en maatschappij, doordat je probeert de wereld begrijpbaar te maken en ondersteuning te bieden daar waar nodig. Hierdoor probeer je gevoelens van onmacht en negatief zelfbeeld te verminderen, geef je voorlichting en psycho-educatie aan cliënt, systeem en maatschappij met als doel onbegrip te voorkomen, inzicht te geven, afwijzing te voorkomen en zo marginalisering te verminderen. Als SPV heb je een groot netwerk nodig, wat je kunt inzetten daar waar nodig en waarbinnen je gebruik kunt maken van elkaars kennis.

Conclusie

Een cliënt verwoorde het "Als je me niet kunt genezen help me dan te leven." Het is een soort snelrein waar we instappen in september 2010. In rap tempo worden we wegwijs gemaakt in de sociale psychiatrie; daarbij wordt al snel duidelijk dat we de S van SPV niet cadeau krijgen. In de loop van de tijd, merken we dat de sociale psychiatrie ons in zijn greep krijgt en wij er [van onze kant] steeds meer grip op krijgen. Context, betekenis en perspectief zijn begrippen die als rode draad door de opleiding lopen. Contact is de basis. Een contact van mens tot mens. Het probleem is de reden van contact, waarbij de betekenis van het probleem, in de beleving vanuit de cliënt, uitgangspunt moet zijn. Er worden vele tools, handvatten aangereikt die zeer toepasbaar zijn in de praktijk, steeds met de boodschap: gebruik dat wat je nodig hebt, denk buiten je kaders, wees creatief, "doe niet goed maar doe het goede". In februari 2012 stappen wij uit met een goed gevulde rugzak.

Literatuur

- Baart, A, (2001), *Een theorie van de presentie*, Lemma, Utrecht
- Reader SPV (2010), inleiding in de reflectie *Hanze Connect*, Groningen
- Lohuis, G (2011) *SP nr. 96* Een verbond tussen evidence based en practice, Eindhoven
- Tielens, J en Verster, M (2010) *Bemoeizorg*, De Tijdstroom, Utrecht
- Lohuis G. (2003) *Ga weg ik heb je nodig*, Bohn Stafleu van Loghum ,Houten