



"Loslaten door anders vast te houden"

Alice Corten-Adams

SPV, Reinier van Arkel, FACT Regio Zuid

---

## **Casus**

*Dhr X heeft een psychose. Hij heeft eerder deze maand zijn medicatie niet zorgvuldig ingenomen. Daarnaast is hij gaan blowen om zijn emoties te onderdrukken. Zijn partner met wie hij niet samenwoont had al wel een vermoeden van de medicatie ontrouw, ze durfde het echter niet te bespreken met dhr. Ze belt naar de SPV omdat dhr in een week tijd al zijn geld heeft opgemaakt. Het signaleringsplan dat een jaar geleden is opgesteld, ligt onderin de la bij dhr thuis, er is al die tijd niet naar gekeken en zijn vriendin was niet eens op de hoogte van het plan. Nu is het te laat en wil dhr zich aan geen enkel plan meer houden.*

## **Inleiding**

In Nederland maken ongeveer één miljoen mensen gebruik van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) waarvan een meerderheid ambulant begeleid wordt (Trimbos, 2018). De laatste jaren is ambulantisering van behandeling in de GGZ een speerpunt (Couwenbergh & Van Weeghel, 2014). Twintig procent van deze ambulante cliënten heeft te kampen met ernstige psychische aandoeningen (Delespaul, 2013), oftewel EPA. De meest gehanteerde definitie van EPA is van Delespaul et al (2013): "er is sprake van een psychiatrische stoornis, die zorg/behandeling noodzakelijk maakt en die met ernstige beperkingen in het sociaal en of maatschappelijk functioneren gepaard gaat en waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van de psychiatrische stoornis". De professionals in de GGZ, waaronder de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) ervaren dat de complexiteit van stoornis en behandeling van deze cliëntenpopulatie groeiende is (Trimbos, 2018). De focus in de maatschappij ligt steeds meer op herstel en participatie. Conform de participatiewet worden ook de EPA-clieënten gestimuleerd een actief aandeel te hebben in het eigen herstelproces door zelf regie te voeren (Couwenbergh & Van Weeghel, 2014) (Smeerdijk, Delespaul, Keet, & Nugter, 2017). Zelfmanagement wordt door het CBO (2014) omschreven als een "zodanig omgaan met de chronische aandoening (symptomen, behandeling, lichamelijke, psychische en sociale consequenties en bijbehorende aanpassingen in leefstijl) dat de aandoening optimaal wordt ingepast in het leven" (CBO, 2014). Dit is voor mensen met EPA een forse maar broodnodige uitdaging aangezien het complexe problematiek betreft, wat zich uit op verschillende levensgebieden (Smeerdijk, Delespaul, Keet, & Nugter, 2017). In het plan van aanpak betreft herstelgericht werken, "Over de Brug" (2014) wordt beschreven dat de EPA-clieënt achter loopt in gezondheid, veiligheid, acceptatie en vermogens om eigen doelen te behalen. Ze beschrijven dat veel zorgbehoeften onvervuld blijven.

Zorg moet juist aansluiten op de individuele behoeften aan ondersteuning en herstel. Herstel wordt in het plan van aanpak omschreven als het weer proberen op te pakken van het leven ondanks de ziekte (Couwenbergh & Van Weeghel, 2014). Ook wereldwijd zijn eigen regie, herstel en participatie steeds meer de kernbegrippen geworden in de zorg voor mensen met EPA (Olij & Haan, 2009) (Van Hoof & Knispel, 2013). De definitie van gezondheid van Huber, van Vliet & Boers (2016) sluit hier mooi op aan. Zij leggen namelijk de focus op "het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven".

### **Gebruik signaleringsplan**

Eén van de zelfmanagementtools die bij deze cliënten ingezet wordt, is het gebruik van een signaleringsplan. Ondanks dat het signaleringsplan is opgenomen in de richtlijn Schizofrenie (2012), blijkt het gebruik van deze tool niet te resulteren in minder decompensaties dan wel klinische opnames (De Jong, et al, 2016).

Vroeg-signalering en inspelen op eigen doelen en wensen van de cliënt, eventueel door verplichte ambulante hulp, worden gezien als factoren die kwaliteit verhogend kunnen werken (Broer, Koetsier, & Mulder, 2015). Dwangtoepassingen kunnen tot een minimum worden beperkt door van te voren de wensen over behandeling in crisistijd vast te stellen (Henderson, et al., 2017). Uit een meta-analyse blijkt dat signaleringsplannen één van de meest hoopvolle interventies is om een gedwongen opname te voorkomen (De Jong, et al., 2016). Ideaal gezien wordt een signaleringsplan door de cliënt samen met de hulpverlener opgesteld (Veldhuizen, Bähler, Polhuis, & Os van, 2009). Bij elke voor de cliënt typerende fase worden de signalen van terugval en interventie beschreven die toegepast kunnen worden. Zo wordt helder omschreven wat kan helpen in geval van crisis, om escalatie te voorkomen en terug te keren naar een eerdere fase.

### **Rol SPV**

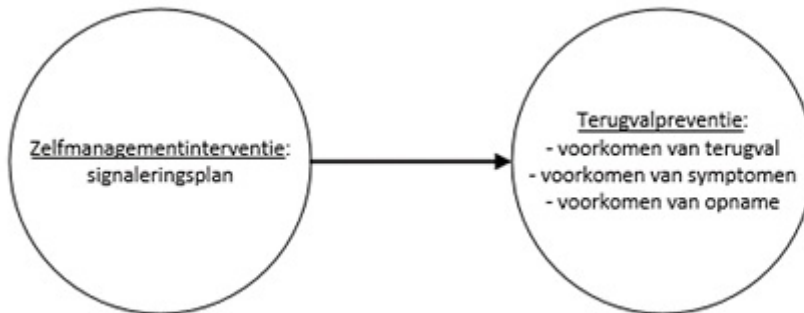
De SPV zal vanuit zijn meervoudige competenties de cliënt optimaal kunnen ondersteunen (V&VN-SPV, 2014). Het gaat hierbij niet alleen om het behandelen van symptomen, maar ook het begeleiden naar herstel op alle domeinen. In het expertisegebied SPV wordt het bevorderen van zelfregie als een belangrijke taak gezien (V&VN-SPV, 2014). Bij EPA-clieënten kan het, door de complexiteit, voor de SPV echter lastig zijn een balans te vinden tussen het bevorderen van zelfregie en overnemen van zorg om een crisis te voorkomen (Van Hooft, Dwarswaard, & Van Staa, 2015). Uit onderzoek blijkt dat verpleegkundigen geneigd zijn alleen te kijken naar het medisch domein bij de ondersteuning van zelfregie (Been-Dahmen, Dwarswaard, Hazes, Ista, & A, 2014). De SPV zal echter vanwege die complexe problematiek, rekening moeten houden met verschillende niveaus van functioneren om de beïnvloedende factoren van zelfregie in beeld te krijgen (Romme, Kraan, & Rotteveel, 1981).

### **Vraagstelling**

De vraag rijst of de EPA-clieënt wel in staat is om regie te voeren en zijn zorg te managen. Het hanteren van zelfregie bij onder andere medicamenteuze behandeling lijkt moeilijk voor de EPA doelgroep. Uit onderzoek komt naar voren dat een groot aantal cliënten (meer dan de helft) de medicatie niet consistent en adequaat inneemt of depot- injecties ontloopt (Thomas, 2007) (De Haan & Bremmer, 1999). Bij het plotseling staken van de medicatie wordt een risico op terugval of opname drie tot vijf keer groter geschat (Fenton, Blyler, Heinssen, 1997). Dit heeft gevolgen voor meerdere leefgebieden en raakt zowel de cliënt als zijn omgeving. Signaleringsplannen zijn dan belangrijke hulpmiddelen om opname te voorkomen, volgens Farrelly et al. (2015a).

Juist daar wringt de schoen. Ondanks dat het gebruik van een signaleringsplan evidence based is, waarom worden opnames dan onvoldoende voorkomen? Het doel van dit praktijkonderzoek is het verkrijgen van inzicht in beïnvloedende factoren bij de inzet van signaleringsplannen bij EPA-cliënten in het kader van terugvalpreventie.

Dit leidt tot de vraagstelling met welke belemmerende en bevorderende factoren de SPV rekening moet houden bij het inzetten van signaleringsplannen als zelfregiemiddel, om adequate hulp te bieden en een psychotische terugval of opname te voorkomen bij de crisisgevoelige EPA-cliënt?



## Resultaten

Vanuit interviews met zeven SPV-en en een psychiater met daarnaast literatuurstudie, komen factoren aan het licht waar de SPV rekening mee moet houden bij het hanteren van signaleringsplannen bij crisisgevoelige EPA om een terugval in psychose of opname te voorkomen. Drie hoofdthema's, cliënt/sociaal/organisatie, komen naar voren in het literatuuronderzoek.

Op alle domeinen is relevante informatie gevonden. Naast de perspectieven van Romme (1981) zijn data geanalyseerd vanuit het herstelgericht perspectief (Couwenbergh & Van Weeghel, 2014) vanwege het belang voor de SPV praktijk.

Op cliënt niveau is therapietrouw belangrijk in het voorkomen van gedwongen opname vanwege de positieve invloed op de psychotische symptomen (De Jong, et al., 2016). Hierdoor is de cliënt beter in staat het signaleringsplan zelfstandig te hanteren.

De SPV kan dit bevorderen door gebruik te maken van o.a. gedeelde besluitvorming (Stovell, Morrison, Panayiotou, & Hutton, 2016). De SPV zal zich deze attitude wel eigen moeten maken. Dit kan betekenen dat de SPV zich zekerder gaat voelen om te handelen in een crisissituatie of wellicht eerder zal interveniëren en dat de cliënt meer eigen regie ervaart. Vertrouwen in de eigen deskundigheid van cliënten en een open communicatie, waarin de cliënt zich vrij voelt zijn mening te geven, zijn onontbeerlijk gevonden (Farrelly et al, 2015b). Wanneer cliënten het gevoel hebben dat ze controle kunnen uitoefenen op hun eigen zorg en de SPV een betrokken houding heeft, wordt hun kracht benadrukt en voelen ze zich wellicht meer gerespecteerd. Hierdoor kan er vertrouwen ontstaan dat de SPV in crisissituaties de juiste beslissingen zal nemen. Een proactieve houding, waar ruimte is voor extra huisbezoeken, is een must voor het goed kunnen monitoren door de SPV (De Jong, et al., 2017). De FACT methodiek met op- en afschaling van zorg sluit hier mooi bij aan.

Een confronterend resultaat uit literatuur en interviews is de sceptische houding van de hulpverlening tegenover het gebruik van signaleringsplannen, ondanks de bevinding dat het opstellen en uitvoeren van de plannen een positieve invloed heeft op de therapeutische relatie (Thornicroft, et al., 2013). Hulpverleners ervaren te weinig tijd in de voorbereiding, vinden het aangeboden format niet werkbaar, zien het nut er niet van in of zien het alleen als een verplichting om weer een formulier in te vullen.

De inzet van een ervaringsdeskundige wordt onderschreven, zowel in literatuur als in de interviews. De ervaringsdeskundige kan een lotgenotengroep opzetten en hierdoor zelfmanagement en steun vergroten (Milton, et al., 2017). Het werken vanuit de triade, waarin familie een belangrijke rol speelt, betekent dat er tijd genomen moet worden voor het proces van terugvalpreventie en dat de organisatie deze tijd beschikbaar moet stellen (Ruchlewska, et al., 2014). Hoe meer tijd er beschikbaar is voor het juist opstellen van het plan, des te effectiever is de inzet ervan (Henderson, et al., 2017). Het is interessant te onderzoeken hoe familie het best betrokken kan worden bij het hanteren van signaleringsplannen. In dit onderzoek komt alleen naar voren dat het belangrijk is dat ze betrokken worden. Ook het ontbreken van een steunsysteem en hoe dit te ondervangen komt in dit stuk niet uitgebreid naar voren.

Het is opvallend dat er weinig maatschappelijke factoren naar voren zijn gekomen, de gevonden invloed ligt vooral op cliënt- en hulpverleningsniveau. Steun en training zullen dan ook vooral gericht moeten zijn op het vergroten van kennis, vaardigheden en zelfvertrouwen van de hulpverlener en cliënt (Ludman, et al., 2013).

Het gevaar zit erin dat in tijden van crisis niemand denkt aan het signaleringsplan en er snel gehandeld moet worden. Het is daarom belangrijk om reeds in het voortraject herhaaldelijk het plan erbij te halen, ook in goede tijden.

*In onderstaand schema worden de gevonden beïnvloedende factoren uit literatuur en interviews geïntegreerd weergegeven.*

<p><b>Cliëntgebonden factoren m.b.t. gezondheid</b></p> <p>Psychotische symptomen, middelenmisbruik, laagbegaafdheid, laaggeletterdheid, hechtingsproblematiek, cognitie, kwetsbaarheid direct na opname, bijwerkingen, agressie. Krachten, ziektebesef, ziekte inzicht.          "Bij achterdocht kan cliënt boodschap niet van je aannemen. Het helpt dan wanneer je een band hebt met de cliënt".          "Je moet ook rekening houden met de fasen van herstel waarin iemand zit".</p>
<p><b>Cliëntgebonden individuele factoren</b></p> <p>Zorg mijddend, dakloos, levensgebeurtenissen, alleenstaand, alleen wonend. Persoonlijke informatie in het plan, eigen taalgebruik, beschrijven wat bij een opname belangrijk is, ook in goede tijden bespreken, zelfvertrouwen, eigen doelen en wensen kunnen omschrijven, succes ervaringen.          "Het motiveert cliënten om zelf actie te nemen in crisis of de interventie te accepteren wanneer je kunt zeggen dat ze het zelf hebben bedacht".          "Eerst moet de basisbehoefte op orde zijn, dan is er ruimte voor zelfregie".</p>
<p><b>Sociale factoren (hulpverlening, netwerk en naasten)</b></p> <p>Toestemming om info te delen en anderen te betrekken, privacywet, overbelast steunsysteem of ontbreken ervan, afspraken niet nakomen door hulpverlener. Sociale steun, gedeelde besluitvorming, steun voor naasten en voor de hulpverlener, werkrelatie, langdurige relatie met hulpverlener, presentiebenadering, cliëntgericht, geloof in belang van het plan, motiverende gespreksvoering, oplossingsgerichte attitude van de hulpverlener, samen opstellen met cliënt en zijn naaste, respectvolle benadering, lotgenotencontact.          "Familie moet niet denken dat het een afschuifstelsel is. Het kan angstig zijn dat er van alles van ze verwacht wordt".          "Wanneer er geen steunsysteem is, betrek ik de ketenpartners zoals de wijkverpleging".</p>

## Organisatorische factoren

Geen verplichting, tijdsinvestering, productienorm.

Opschaling van zorg, outreachend werken, heldere en haalbare interventies, zelfmanagement trainingen voor hulpverleners, inzet ervaringsdeskundige, inzet onafhankelijk adviseur, geïntegreerd behandelaanbod, herstel ondersteunende zorg, regelmatige terugkoppeling, maatschappelijke onrust voorkomen door actief in de wijk te participeren door cliënt en hulpverlener, praktische hulp bieden, voorbeeldijst, eHealth, duidelijk plan, terug te vinden in dossier bij cliënt en naaste.

"Niet overal is een ervaringsdeskundige in dienst, maar die erbij betrekken zou wel goed zijn, drempelverlagend, herstelgericht, meedenken, laagdrempelig".

"Ik zou graag een kleiner plan willen gebruiken, zoals een stoplicht met fase groen, oranje, rood, we zijn nu verplicht een veel te lang gedrocht te gebruiken waar de duidelijkheid ontbreekt".

## Conclusie

Uit dit praktijkonderzoek zijn meerdere beïnvloedende factoren naar voren gekomen waarmee de SPV rekening moet houden bij het inzetten van signaleringsplannen als zelfmanagementinterventie ter voorkoming van terugval of opname bij EPA-cliënten. De resultaten uit literatuur en interviews ondersteunen elkaar en geven het belang aan van het onderkennen van cliënt-, familie-, hulpverleners- en organisatie gebonden factoren. Een goed opgesteld signaleringsplan is de basis van succes. Het betekent voor de SPV dat deze in gedeelde besluitvorming met cliënt, familie en een (onafhankelijk) ervaringsdeskundige het signaleringsplan moet opstellen om de zelfregie van cliënt te kunnen vergroten. Daarnaast is het van belang om te werken vanuit een herstelgerichte visie en zal de SPV zich het evidence based werken eigen moeten maken, om het belang van het hanteren van signaleringsplannen te onderkennen.

Inzetten op een positieve werkrelatie met de cliënt, het geven van voortdurende steun/zelfmanagementtraining en het mogelijk maken van lotgenotencontact zijn belangrijke tools voor de SPV in het gehele proces van terugvalpreventie.

