

## Sociale Psychiatrie: Januari 1994, 13<sup>e</sup> jaargang, nummer 36

**Uitgever:** Nederlandse Vereniging van Sociaal psychiatrisch Verpleegkundigen  
Hosingenhof 5, 5625 NJ Eindhoven. E-mail: [Uitgever@nvspv.nl](mailto:Uitgever@nvspv.nl)

### GEÏNTEGREERD ZORGSYSTEEM "HET KASPERSPAD"

#### **Henk Pruijssers**

*Sociaal psychiatrisch verpleegkundige en teamleider bij de sociaal psychiatrische kliniek Kasperspad.  
Henk schreef eerder artikelen in diverse vakbladen voor de ggz.*

#### **Henk Hiemstra**

*Sociaal psychiatrisch verpleegkundige en eveneens werkzaam bij het Kasperspad.*

## Sociaal-psychiatrische kliniek "Het Kasperspad" komt naar u toe

Een geïntegreerd zorgsysteem voor chronische psychiatrische patiënten in de regio Dordrecht. Een samenwerkingsverband tussen de RIAGG Dordrecht e.o. en het psychiatrisch ziekenhuis "De Grote Rivieren".

### **Doelgroep**

In Europa zijn de economische grenzen weggefallen tussen de verschillende landen. Een gelijksoortig initiatief is er in Dordrecht genomen in de geestelijke gezondheidszorg door de oprichting van de sociaal-psychiatrische kliniek Kasperspad.

De grenzen tussen intramurale, semi-murale en ambulante zorg zijn in dit project opgeheven. Doelgroep zijn de patiënten tussen de 18 en 65 jaar die lijden aan een ernstige psychiatrische stoornis die chronisch is of dreigt te worden en beperkingen in het maatschappelijke functioneren met zich meebrengt. De patiënten met een schizofrene stoornis of andere psychotische stoornis komen bijvoorbeeld hiervoor in aanmerking. Ze zijn wel of niet vaker opgenomen geweest.

Ook ernstige persoonlijkheidsstoornissen, zoals borderline patiënten die jarenlange zorg behoeven, komen in aanmerking van de zorg van Het Kasperspad. De sociaal psychiatrische kliniek betreft iedereen die iets voor de patiënt kan betekenen, zoals familie, partner, huisarts, politie actief bij de behandeling.

### **Mobiele behandelteams**

Het opheffen van de grenzen wordt gerealiseerd door het instellen van mobiele behandelteams (MBT's), die bestaan uit 1 psychiater en 5 tot 7 sociaal psychiatrische verpleegkundigen.

Deze mobiele behandelaars volgen de patiënt waar deze zich ook bevindt en blijven hoofdbehandelaar, ook als de patiënt is opgenomen, klinisch of deeltijd.

Er zijn 3 MBT's gevormd voor drie verschillende zorgregio's waarin de RIAGG en het A.P.Z. werkzaam zijn.

De caseload van een mobiele behandelaar (spv) is gesteld op maximaal 40 patiënten. De psychiaters (1 voor elk MBT) hebben voor de helft hun taak in het kliniekgedeelte van Het Kasperspad naast hun deel in het MBT.

Deze kliniek in aanbouw (oplevering jan. 94) heeft 62 klinische bedden en 24 stoelen, voor de deeltijd-/dagbehandeling. Aanvankelijk waren er 82 bedden. Door gebruik te maken van het substitutiemodel (opname vervangende behandeling) is het hiermee vrijgekomen bedrag aangewend om extra sociaal psychiatrische verpleegkundigen aan te stellen die aan de MBT's werden toegevoegd.

De totale capaciteit komt hierdoor op ongeveer 800 patiënten (62 klinisch, 24 deeltijd en ongeveer 720 ambulante).

In de kliniek komen dan de lokale behandelteams (LBT's) voornamelijk gevormd door psychiatrische verpleegkundigen en activiteitenbegeleiders. Deze zullen werkzaam zijn in de afdelingen voor noodsituaties, voor intensieve behandeling, voor woontraining en de deeltijdbehandeling.

### **Zorg op maat**

De centrale verantwoordelijkheid voor de behandeling ligt bij de MBT's, in casu de sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

Doel van de behandeling of zorg is het bieden van continuïteit en de zorg op maat.

Allerlei keuzemogelijkheden zijn hierdoor aanwezig, bijvoorbeeld herhaaldelijke kortdurende crisisopname met intensieve thuiszorg of dagbehandeling en bed op recept. Door de constructie dat de MBT-behandeling de patiënt altijd volgt, waar hij/zij zich ook bevindt, wordt die continuïteit grotendeels gewaarborgd.

De zorg op maat is ook terug te vinden in de praktische uitvoering van de behandeling. De behandeling zal worden aangepast aan de individuele patiënt en aan de situatie waarin deze zich bevindt. Uitgangspunt hierbij is het handicapmodel. De aandacht is hierbij gericht op het accepteren van de ziekte en de beperkingen die deze met zich meebrengt.

Daarnaast wordt er gestreefd naar beter sociaal functioneren en maatschappelijke integratie.

## **Behandelmodules**

Om dit te realiseren zijn er behandelmodules opgesteld, toepasbaar in zowel kliniek, deeltijdbehandeling als ambulante zorg. Een deel van deze modules is voor elke patiënt, een ander deel zal facultatief blijven.

Niet iedere patiënt volgt bijvoorbeeld training in zelfverzorging, koken of andere sociale vaardigheden. Ook arbeid en wonen krijgen een belangrijke plaats in Het Kasperspad. Het zo verkregen individuele behandelplan wordt zoveel mogelijk met de patiënt samen opgesteld, uitgevoerd, geëvalueerd en zonodig bijgesteld.

Een opname zal nu ondersteunend en aanvullend zijn. De patiënt wordt directer bij zijn behandeling betrokken en daardoor gewezen op zijn onmogelijkheden (handicaps) als gevolg van zijn ziekte, maar meer nog op zijn mogelijkheden ondanks zijn ziekte.

Familieleden en andere direct betrokkenen worden zoveel mogelijk betrokken bij de zorg voor de patiënt. Op deze wijze wordt het mogelijk om een langdurig revalidatie programma op te stellen.

## **De praktijk**

Dit is het plan. Nu de praktijk.

Helaas is er nog geen casuïstiek waarbij al volledig gewerkt wordt volgens het geïntegreerd zorgsysteem. Dit omdat het kliniekdeel van Het Kaspers-pad nog niet gereed is.

In de loop van 1994 kunnen we misschien een stuk met praktijkvoorbeelden in dit blad schrijven. Nu zult u het moeten doen met een voorbeeld waarbij al getracht wordt in de "geest van Het Kasperspad" te werken.

## **Casus : mevrouw B. te J.**

Een 32 jarige vrouw, alleenwonend naast haar oude hulpbehoevende vader. Zij zou al vanaf haar adolescentie vreemd gedrag vertonen, maar hier nooit voor behandeld zijn. Nadat een vriendin van vader de Riagg heeft ingeschakeld, wordt zij in 1992 met extrapyramidale verschijnselen opgenomen in een APZ, na het gebruik van alcohol in combinatie met een door de Riagg verstrekte tablet Semap.

De SPV van de Riagg had een sterk verwaarloosde en vervuilde vrouw aangetroffen met akoestische en imperatieve hallucinaties.

Vanuit het APZ wordt getracht deze vrouw in een RIBW voorziening te plaatsen. Maar de patiënte weigert dit, na in eerste instantie erg coöperatief te zijn geweest. Mogelijk heeft dit te maken met teruggekeerde stemmen ondanks de neuroleptica.

In overleg met de familie werd patiënte ontslagen naar huis met nazorg van de Riagg.

De familie was niet erg gelukkig met dit besluit en was niet van plan om erg veel energie in hun zus te investeren.

Vader zit in een moeilijke positie; door een lichamelijk gebrek en financiële tekorten kan hij zijn dochter nauwelijks bijstaan. Omgekeerd komt het niet bij patiënte op om vader ergens mee te helpen.

De dagen brengt zij passief, rokend voor de t.v. door, of in de kroeg. Al gauw werd duidelijk dat de omgang met financiën een probleem geworden was. In 3/4 jaar tijd had zij een schuld van een paar duizend gulden opgebouwd en dreigde uit haar huis gezet te worden. In eerste instantie heeft de spv dit probleem ter hand genomen, maar doordat patiënte zich niet aan de afgesproken te besteden bedragen per week hield, is in overleg met haar en in het bijzijn van haar door de sociale dienst de financiële kant overgenomen.

Een ander aspect was de zelfzorg, zowel zichzelf wassen als verzorging van de kleding. Elke week ging de spv langs en ruimde een beetje het huis op, verschoonde het bed terwijl zij zich dan op verzoek ging douchen en verschonen. Op het moment dat dit enigszins liep werd, in overleg met patiënte, de gezinsverzorging ingeschakeld om deze taak over te nemen. Dit was in eerste instantie gespecialiseerde gezinszorg, maar is nu overgegaan in gewone gezinszorg.

Het laatste wat we nu in samenspraak met patiënte geregeld hebben is dat zij samen met de gezinsverzorgster boodschappen gaat doen, zodra haar geld (1 maal per week) binnen is. De laatste tijd bleek dat zij het geld dat zij kreeg in twee dagen tijd in het café verorberd had en dus nauwelijks at. Af en toe kreeg zij wat van vader, maar deze kon maar met moeite wat missen. Tafeltje dekje is overwogen maar met patiënte zijn moeilijk afspraken te maken rond tijden van aanwezigheid (al begint dit wel te komen).

## **Vertaling naar Het Kasperspad**

Een aantal Kasperspad kenmerken zijn duidelijk in deze beschreven casus terug te vinden:

aansluiten bij wat de klant wil (thuis wonen);

intensieve zorg (wekelijks bezoek, soms 2 maal);

coördinatie van zorg (sociale dienst, gezinszorg);

betrekken van familie bij de behandeling;

als de kliniek opengaat, zou patiënte ook in aanmerking komen voor behandeling op de afdeling intensieve training in zelfverzorging en sociale vaardigheden (in deeltijd of klinisch).

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige blijft ook in de kliniek hoofdbehandelaar, zodat continuïteit van zorg na patiënte en familie is gewaarborgd.

Zoals gezegd, in januari 1994 wordt de sociaal psychiatrische kliniek "Het Kasperspad" geopend. In de loop van 1994 zullen we verslag uitbrengen van onze eerste ervaringen.

**Noot van de redactie**

*Dit project verkreeg onlangs (1994) de kwaliteitsprijs van Ypsilon voor de behandeling van schizofrene patiënten. Het is de tweede keer dat deze prijs is toegekend.*