

Sociale Psychiatrie: Januari 1994, 13^e jaargang, nummer 36

Uitgever: Nederlandse Vereniging van Sociaal psychiatrisch Verpleegkundigen
Hosingenhof 5, 5625 NJ Eindhoven. E-mail: Uitgever@nvspv.nl

Magda Brands

Magda is sociaal psychiatrisch verpleegkundige en werkt sinds vijf jaar op de polikliniek en in het Sociaal Psychiatrisch Diensten Centrum, beide onderdeel van het Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam.

Poli - spv.... intermediair?

Sociaal psychiatrisch verpleegkundige op de polikliniek

In dit artikel wil ik iets vertellen over de reorganisatie van de GGZ in Amsterdam. Het Amsterdamse Model, zoals deze grootschalige herziening wordt genoemd, heeft verregaande consequenties voor alle GGZ medewerkers. Ik heb daar als verpleegkundige de afgelopen jaren middenin gestaan. Mijn eigen ervaringen vormen de bron voor dit artikel.

Het Amsterdamse Model

Nu zo'n tien jaar geleden, ontstond mede onder druk van het patiëntenplatform, de gemeente Amsterdam en het bestuur van de provincie Noord Holland, de eerste plannen voor wat nu het Amsterdams Model is gaan heten. Zij wensten veranderingen in de organisatie en aanpak van de geestelijke gezondheidszorg. Zij lieten zich inspireren door ontwikkelingen in het buitenland met name in Amerika en Italië.

Vanuit Amerika is onder andere het Boston model als voorbeeld van aanpak bekend geworden. Door verkleining en verplaatsing van het Provinciaal Ziekenhuis Santpoort naar Amsterdam en door verregaande regionalisatie, substitutie en een scheiding tussen wonen en behandelen zou de kwaliteit van de patiëntenzorg verbeteren. Men veronderstelde dat hierdoor stigmatisering en uitstoting van patiënten zouden afnemen. Men ging er tevens vanuit dat succesvolle revalidatie en resocialisatie pas mogelijk werden als psychiatrische patiënten in hun eigen leefomgeving/ buurt, in kleinschalige voorzieningen werden opgenomen. Samenwerking met de Riagg zou gemakkelijker worden en sociale contacten en netwerken zouden gemakkelijker in stand kunnen blijven.

Het grote APZ zou in zijn huidige vorm geleidelijk aan verdwijnen. Een goede afstemming van de intramurale en ambulante psychiatrische zorg was dan ook noodzakelijk. Een goede inzet van functies met een optimaler behandelaanbod, per patiënt afgestemd, zouden de opnameduur kunnen verkorten.

Het Sociaal Psychiatrisch Diensten Centrum Centrum\Oud-West

(SPDC C\O-W)

In 1988 is de eerste afdeling van Santpoort vanuit de duinen naar het hartje van Amsterdam gekomen. Een spannende gebeurtenis want er zou voor alle medewerkers veel veranderen. Het SPDC is een regionale opnamekliniek en verzorgt het gebied Centrum Oud\West in Amsterdam.

Er worden veelal acuut gedecompenseerde, chronische patiënten opgenomen.

De manier van denken en werken is functiegericht. Het gaat uit van wat de patiënt nodig heeft; dus zorg op maat. Dit betekent in de praktijk dat er veel meer gekeken wordt naar wat iemand nodig heeft aan vaardigheden om optimaler te functioneren in zijn eigen omgeving. Dit om te voorkomen dat hij weer decompenseert.

Het SPDC heeft 76 behandelplaatsen in plaats van opnamebedden. Lang niet alle SPDC patiënten die in behandeling zijn blijven dan ook slapen. Deeltijdbehandeling wordt nl. centraal gesteld. Het gehele SPDC functioneert als 'substitutieproject'. Overdag tussen 9 en 17 uur is er een behandelaanbod.

Verder zijn er 13 intensive care bedden. In de eerste plaats voor mensen die met een justitionele maatregel worden opgenomen.

Wanneer het met een patiënt tijdelijk slechter gaat kan na afloop van het dagprogramma een bed op recept worden aangeboden. De andere patiënten gaan naar huis of naar een andere voorziening maar kunnen altijd een beroep doen op het SPDC, hetzij telefonisch hetzij door binnen te komen lopen. De continuïteit van zorg wordt zo dus gewaarborgd.

Het behandel programma

Het behandelprogramma bestaat, naast medicamenteuze behandeling uit een uitgebreid aanbod van cursussen, trainingen en gespreksgroepen om de coping mechanismen van de patiënt te versterken. Hierdoor kan het maatschappelijk functioneren gunstig beïnvloedt worden.

De behandeling vindt tussen 9 en 17 uur plaats. Het beddenhuis is gescheiden van de ruimtes waar de behandeling plaats vindt. In het begin van 1994 zal er nog specifiekere gekeken naar de verschillende soorten patiënten. Ze worden dan ingedeeld naar diagnoses maar tevens volgt een indeling naar het niveau van functioneren: dus welke vaardigheden moeten een patiënt geleerd worden om in het dagelijks leven zich beter te handhaven.

Zo wordt er bijvoorbeeld met een patiënt getraind om zelfstandig een maaltijd voor te bereiden en klaar te maken wanneer blijkt dat hij zichzelf verwaarloosde en dat mede een reden voor decompensatie was. De patiënt leert zo beter voor zichzelf te zorgen in zijn thuissituatie en krijgt hierdoor meer zelfvertrouwen.

Overdag is het in het woongedeelte erg rustig want iedereen heeft zijn of haar eigen programma en volgt een gespreksgroep, training, is thuis bezig of in de buurt in. Zo zijn er kookgroepen, sociale vaardigheidstrainingen, themagroepen, buurtoriëntatie (wat is er in de buurt te doen), Psycho-educatieve lesprogramma's, medisch uur, sport en spel groepen.

Er is een ergotherapeute aangenomen die onderzoekt welke beperkingen patiënten hebben en wat er via een uitgebreid stappenplan getraind dient te worden zodat zij zich beter kunnen handhaven in de maatschappij. Ook vrouwenhulpverlening heeft de aandacht en in april 1994 start er een eerste vrouwenthemagroep.

Er wordt middels een zeer uitgebreide intake onderzocht op welke gebieden de patiënt extra ondersteuning nodig heeft. Hij leert nieuwe vaardigheden en hierdoor versterkt hij zijn psychisch evenwicht. In het dagelijks leven betekent dit dat hij beter met zijn psychiatrisch handicap om leert gaan, weet hoe hij zijn sociale contacten kan onderhouden en weet hoe hij zijn huishouden moet doen. Hij leert dat structuur belangrijk is en weet hoe hij zich ontspannen kan. Je kan zeggen dat we van een praat-naar een doe-cultuur zijn overgestapt.

Huiskamerproject

Sinds mei jongstleden is er een huiskamerproject gestart waar een laagdrempelige ondersteuningsstructuur wordt geboden met als doel 'care'. Hier kunnen patiënten terecht die [nog] geen programma aan kunnen, of wachten op overplaatsing naar een verblijfsafdeling of RIBW voorziening. Patiënten die een ernstig psychiatrisch handicap hebben, vaak van chronisch aard, kunnen op indicatie terecht in de huiskamer. Het is bedoeld voor patiënten die behoefte hebben aan 'holding', structuur en sociale contacten.

Er heerst in de huiskamer een sfeer van vertrouwen, gezelligheid en veiligheid. Het unieke van dit project is dat er gewerkt wordt met gastvrouwen en -mannen, die dit doen op vrijwillige basis. Het zijn buurtbewoners. Op deze manier haalt het SPDC de gewone wereld binnen. Er worden spelletjes gedaan, er zijn creatieve spullen aanwezig, er kunnen kranten etc. gelezen worden en er is koffie.

Werkwijze

De medewerkers van het SPDC zijn verdeeld in 3 teams. Deze teams werken samen met de 3 SPD-teams van de Riagg Centrum/Oud-West. In elk SPDC team werken psychiaters, assistent-psychiaters, psychologen en casemanagers.

Met de Polikliniek in het zelfde gebouw, is een intensief contact. Veel medewerkers werken zowel in het SPDC als op de Poli. Op de Poli zijn ook 3 teams die corresponderen met de 3 teams in het SPDC. Met andere woorden het SPDC en de Polikliniek bieden een gezamenlijk pakket van behandeling aan wat continuïteit van zorg waarborgt.

Samenwerking

Er is een goede samenwerking met de GGZ-instellingen binnen de regio zoals met de Riagg COW en de Centrale Riagg Dienst (CRD). De Riagg is in elk SPDC-team vertegenwoordigd en dit bevordert de samenwerking. Er is veel overleg en er kan snel gehandeld worden.

Opgenomen patiënten worden zo, soms voor hun leven, aan een team verbonden. Met de CRD en andere regio-partners is wekelijks een indicatie overleg waarin o.a. alle ontslagen en opgenomen patiënten uit het werkgebied besproken worden.

Differentiatie van de verpleegkundige discipline

Door de nieuwe ontwikkelingen in de werkwijze van het SPDC zijn er binnen de verpleegkundige discipline ingrijpende veranderingen ontstaan.

De verpleegkundige op de afdeling 'oude stijl' is verdwenen. Hier kwamen de junior en senior verpleegkundige voor terug. Deze hebben taken en verantwoordelijkheden passend bij de huidige structuur en opzet van het SPDC.

De senior verpleegkundige is per dienst verantwoordelijk en specialiseert zich in een bepaald gebied zoals het intensive care werk. De junior verpleegkundige doet in sommige situaties een beroep op de senior verpleegkundige.

Een voorbeeld:

Een patiënt komt 's avonds binnen lopen, voelt zich gespannen en wil medicijnen hebben. De junior verpleegkundige zal dan overleggen met de senior verpleegkundige.

Het behandelaanbod is zeer ruim geworden en hierdoor moesten de verpleegkundigen flexibeler worden.

De verpleegkundigen doen nu meer mee met trainingsgroepen zoals kook-, sociale vaardigheids- en adl-groepen. Ze gaan meer mee naar buiten en mee naar huis als daar reden toe is. Zo kan het zijn dat het bij een patiënt thuis een puinhoop is en er middels een stappenplan hieraan gewerkt moet worden om de situatie weer leefbaar

te maken. Of een patiënt moet leren een band van zijn fiets te plakken om zo niet te isoleren en zijn sociale contacten te onderhouden of om naar de sociale dienst te kunnen voor zijn uitkering. Dus er wordt heel praktisch gewerkt.

Naast deze 2 verpleegkundigen die in continu dienst werken beschikken de 3 teams van het SPDC over casemanagers. De casemanager, een ervaren verpleegkundige, is de centrale figuur rondom de patiënt, familie, vrienden en behandelpersoneel. Hij inventariseert de problematiek, doet voorstellen aan de patiënt, aan de leden van het netwerk en het behandelteam. De casemanager zorgt ervoor dat de patiënt de juiste behandelonderdelen volgt en kan bijvoorbeeld een huis bezoek plannen om te inventariseren wat er allemaal moet gebeuren.

De SPDC-COW benadering streeft flexibiliteit en creativiteit na om de patiënt op het juiste moment de juiste zorg te geven die op dat moment nodig is.

Mijn eigen werk

De SPV van de polikliniek is meer in het SPDC gaan werken om aansluiting te vinden bij de andere disciplines. Ik werk nauw samen met de verpleegkundigen, psychiaters en andere disciplines om de patiënt de juiste zorg te bieden. Mijn functie loopt dwars door de organisatie heen. Dit geeft mij de ruimte tijdens de behandeling van een patiënt, waar ik ook mee te maken kan hebben, op elk moment mee te denken of suggesties te doen.

Ik leid het huiskamerproject omdat ik veel overzicht heb en weet waar ik iedereen kan bereiken. Ik heb met veel medewerkers contact, van huismeeester tot psychiater. In april 1994 ga ik samen met een casemanager een vrouwengroep starten. Dit omdat dit tot nu tot ontbrak in het totale behandelplan en ik affiniteit heb met vrouwenhulpverlening.

Ook heb ik met medewerkers van andere (ook niet GGZ) instellingen uit de regio, via het Integratieproject voor (ex)psychiatrische patiënten (IEP) in de 4 stadsdelen van Oud-West, contacten gelegd om drempels bijvoorbeeld in buurthuizen, lager te maken.

Er zullen in dit kader twee cursussen starten. De eerste is een oriëntatiecursus, zodat mensen met psychiatrische klachten zich kunnen oriënteren op de aanwezige mogelijkheden op het gebied van (vrijwillerigs)werk en dagbestedingsactiviteiten.

De andere cursus is een Goldstein training voor sociaal zwakkeren en voor psychiatrische patiënten. Verder is er het project Vriendendienst waarin vrijwilligers uit de buurt contacten leggen met psychiatrische patiënten en hen ondersteunen bij allerlei dagelijkse bezigheden. Er is ook een kunstenaarscollectief, waarvan alle leden behoren tot de doelgroep. Ze hebben al verscheidene malen met succes geëxposeerd. De belangstelling was groot. Al deze activiteiten richten zich op rehabilitatie en reïntegratie van de doelgroep.

Ik leid twee ambulante groepen voor patiënten met langdurige psychiatrische problematiek. Patiënten die ontslagen zijn uit het SDDC en patiënten die op de polikliniek in zorg zijn kunnen er gebruik van maken. De groep komt wekelijks bij elkaar en biedt steun en structuur om zich in het dagelijks leven staande te houden. Er is een telefoonlijst zodat ze elkaar kunnen bellen. Ik heb over deze groepen regelmatig overleg met verschillende disciplines uit het SPDC en poli.

Ik heb ook nog een eigen caseload op de polikliniek waar ik patiënten zie met allerlei sociaal psychiatrische problematieken. Als het nodig is ga ik ze thuis bezoeken om te kijken wat er nodig is om iemand optimaler te laten functioneren en om zijn geheel welbevinden te bevorderen.

Samenvatting

Ik heb in vogelvlucht de veranderingen binnen de sociale psychiatrie in Amsterdam weergegeven.

Dit betekende voor alle betrokkenen een grote verandering. Het SPDC is een laagdrempelig behandelcentrum geworden met het gezicht naar buiten gericht, naar de buurt waar ook de patiënten wonen.

In het centrum krijgen de patiënten zolang dat nodig is intensieve zorg en begeleiding.

De verschillende disciplines werken nauw met elkaar samen teneinde hun deskundigheid uit te wisselen. Dit komt de patiënt ten goede.

Ik zie dat er binnen de verpleegkundige disciplines verschillende specialisaties zijn ontstaan en dat taken steeds duidelijker worden. Ik vind de ontwikkelingen positief en merk dat ik als SPV een hele centrale functie heb verworven. De klassieke afdeling van het APZ is, in de vorm zoals we die jaren gewend waren, verleden tijd geworden. Wel zal er de komende jaren nog heel wat bij- en nascholing nodig zijn om de Amsterdamse plannen te effectueren. Dat is voor mij de laatste jaren duidelijk geweest en ik heb mij moeten bijscholen. De noodzaak tot bijscholen geldt in feite voor de gehele verpleegkundige discipline.

Bronvermelding

Jonge, Prof.Dr. F. de en Dekker, Drs. J.

"Ver van mijn bed. Het Sociaal Psychiatrisch Diensten Centrum: Van theorie naar praktijk".

Lindt, S.M. van de

"Projectplan huiskamer SPDC"

Stichting innovatie projecten GGZ.

Kortman, Frank en Tholen, Fons
"Cure en Care in de psychiatrie", 1991
In: MGV, februari 1992.

Weeghel, Jaap van
"Werk en Dagbesteding in een regionaal perspectief" NcGv-reeks, 1990.

Weeghel, Jaap van en Zeelen, Jacques
"Rehabilitatie en deinstitutionalisering, Arbeidsrehabilitatie in een vernieuwde GGZ", 1990
Lemma BV Utrecht.

Beleidsnotitie SPDC 1993

Jaarverslag Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam, april 1991 tot december 1992.

Notitie polikliek psychiatrie C\OW