

Sociale Psychiatrie: Juni 1994, 13^e jaargang, nummer 37

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

Hans van Dooren

Hans is als projectcoördinator verbonden aan een zorgvernieuwingsproject voor mensen met chronisch psychiatrische problematiek van de Rigg Oost Veluwe.

Aan dit project werken mee het Psychiatrisch Centrum de Wellen, Riagg Oost Veluwe en de RIBW Oost Veluwe onder auspiciën van de Rigg Oost Veluwe.

ZORGVERNIEUWING GGZ-AFHANKELIJKEN

Zorgvernieuwing voor langdurig van ggz-hulp afhankelijken, is een project voor "sociaal psychiatrische hulpverlening, wonen en dagactiviteiten in samenhang".

In de volgende bewerking van de lezing op de studiemiddag van de NVSPV op 18 november 1993 over zorgvernieuwing zullen een aantal onderwerpen de revue passeren. Deze hebben betrekking op zorgvernieuwing voor langdurig van geestelijke gezondheidszorg (ggz) hulp afhankelijken.

In de bespreking wordt niet of nauwelijks ingegaan op concrete uitvoeringsdoelen van het bedoelde zorgvernieuwingsproject voor langdurig van ggz-hulp afhankelijken. Veel meer zal worden ingegaan op de onderliggende visie en de opgedane ervaring in het werken aan zorgvernieuwing voor deze groep mensen.

Vragen die in dit verband beantwoord dienen te worden zijn er volop. In dit kader is het onmogelijk, zo het al niet per definitie mogelijk is, om alle relevante vragen te stellen. Laat staan ze afdoende te beantwoorden. De werkelijkheid is complex en grillig, bovendien per regionale situatie verschillend. In dit kader wordt een poging ondernomen de problematiek te verkennen. Binnen deze verkenning worden antwoorden gezocht op de volgende vragen.

Wat zijn bruikbare concepten om chronisch psychiatrische problematiek en zorgvernieuwing te definiëren? Welke uitgangspunten kunnen tbv zorgvernieuwing voor langdurig van ggz hulp afhankelijken geformuleerd worden? Wat is een bruikbaar hulp

verleningsprogramma voor mensen met psychotische stoornissen ?

Wat zijn belemmerende en steunende factoren in de ontwikkeling van een circuit voor langdurig van ggz hulp-afhankelijken ?

Tot slot komt de vraag aan de orde welke rol de sociaal psychiatrisch verpleegkundige in dit geheel speelt.

Zorgvernieuwing.

Wat is zorgvernieuwing en wat is kenmerkend voor een zorgvernieuwingsproject ?

Ik zal hier de omschrijving gebruiken zoals die voor de registratie van zorgvernieuwingsprojecten wordt gebruikt, door o.a. het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsge-zondheidszorg (Nivel) en het Nederlands centrum geestelijke volksgezondheid (NcGv):

"zorgvernieuwingsprojecten zijn ruim te omschrijven als projectmatige/experimentele activiteiten die streven naar verhoging van de kwaliteit en/of de doelmatigheid van de zorg met als achterliggend doel aan te sluiten bij de behoeften van de cliënt".

Deze omschrijving brengt ons direct bij de kern van de zaak.

De kern is: aansluiten bij de behoeften van de patiënt/cliënt. Steeds meer wint het idee terrein dat de patiënt/cliënt centraal moet staan in het aanbod van de voorzieningen.

Dit betekent dat niet het aanbod van de voorzieningen centraal dient te staan, maar de behoeften van de cliënt. Met andere woorden er dient sprake te zijn van zorg op maat. Voorgaande eist een benadering die niet uitgaan van het aanbod van de instellingen, maar één die uitgaat van de behoeften van de cliënt.

Het aanbieden van functies sluit het meest aan, ongeacht welke ggz-instelling deze aanbiedt.

Voorbeelden van functies zijn:

behandelen, begeleiden, verplegen, verzorgen en beschermen.

Chronisch psychiatrische problematiek.

In het artikel "Defining chronic mental illness: a concept paper" van Leona L. Bachrach in Hospital and Community Psychiatry, april 1988, beschrijft zij deze stoornissen in termen van duur, diagnose en beperkingen

op psycho-sociaal terrein.

Vanuit dit standpunt bezien omvat chronisch psychiatrische problematiek: alle ernstige psychopathologie, die een chronisch verloop heeft of waarvan op goede gronden is te verwachten dat deze een chronisch verloop zal laten zien in combinatie met één of meer handicaps op psycho-sociaal terrein.

Dit zal vaak gelden voor:

- chronisch verlopende psychosen;
- affectieve stoornissen;
- ernstige ontwikkelingsstoornissen.

Kenmerken

Het betreft dus cliënten/patiënten met een complexe problematiek, deze problematiek heeft een chronisch verloop en de problemen die deze cliënten/patiënten ervaren, ervaren zij op verschillende niveaus in hun leven.

De bedoelde niveaus zijn: (Romme e.a., 1981)

- het lichamelijke niveau;
- het psychologische/psychiatrische niveau;
- het niveau van de kleine groep;
- het maatschappelijke niveau.

De betrokken cliënten/patiënten hebben vaak moeite met de vervulling van de verschillende sociale rollen.

Deze complexe en ernstige problematiek is gebaat bij een ruim hulpaanbod.

Complicerende factor is dat de behoefte aan het soort hulp en de intensiteit en frequentie daarvan vaak sterk wisselt.

Met andere woorden, soms hebben deze cliënten/patiënten behoefte aan specialistische medisch-psychiatrische hulp, soms aan vrijwilligershulp en alles wat daar tussen ligt.

Voorbeelden daarvan zijn:

verpleging/verzorging, begeleiding, bescherming, dagbesteding, enz.

Bedoelde mensen zijn gemiddeld kwetsbaarder dan anderen, ze reageren op stress met psychiatrische symptomen, ervaren problemen in de communicatie, hebben een gering probleemoplossend vermogen, hebben nauwelijks de beschikking over een sociaal netwerk, functioneren marginaal in de samenleving, hebben meestal geen betaald werk, behoren tot de armsten in de samenleving, enz.

Anders gezegd: ze hebben veelal handicaps als het gaat om hun psycho-sociaal functioneren.

Bijkomend probleem is dat er meestal discontinuïteit in de zorg optreedt. Dit hangt samen met de problematiek van de cliënt/patiënt en het te weinig cliënt/patiënt-gericht zijn van de voorzieningen.

Ten gevolge van deze discontinuïteit lopen deze het risico tussen de wal en het schip te vallen en dreigen zij geen of te weinig hulp te krijgen, juist op het moment dat deze het meest nodig is.

Uitgangspunten bij zorgvernieuwing

Zorgvernieuwing voor langdurig van ggz hulp afhankelijk vereist meer dan een functionele benadering. Er zijn een aantal aanvullende uitgangspunten te formuleren.

- Zorg op maat (dat betekent uit het zorgaanbod krijgen wat nodig is);
- Rehabilitatie. (dit is het proces waarin iemand met psychiatrische handicaps geholpen wordt zo goed mogelijk gebruik te maken van de restvermogens zodat hij of zij op een optimaal niveau kan functioneren in een zo normaal mogelijk sociaal kader, G. Shepherd, 1989);
- De zorg staat centraal in plaats van de behandeling;
- De zorg is cliëntgericht in plaats van voorzieningengericht;
- Er is een breed scala aan voorzieningen waar de cliënt gebruik van kan maken;
- Er is continuïteit van zorg.

Voorgaande impliceert dat voor mensen met chronisch psychiatrische problematiek transmuraal gewerkt moet kunnen worden. Dit vereist voor de betrokken hulpverleners de bevoegdheid, zelfs de verplichting werkzaam te zijn binnen het totale werkgebied (domein) van langdurig van ggz-hulp-afhankelijken wanneer de behandeling/begeleiding dit noodzakelijk maakt.

Een programma.

Bovenstaande betekent dat er hulpverleningsprogramma's ontwikkeld dienen te worden waarin de nodige functies aangeboden worden.

Hieronder volgt een voorbeeld van een dergelijk programma zoals dat door de NVAGG ontwikkeld is (programma voor psychotische toestandsbeelden, 1990).

(Zie schema op de volgende bladzijde)

Reden tot contact

Eigen hulpvraag vanuit de omgeving OGGZ-problematiek

Functies	Taken/activiteiten
behandelen	farmacotherapie crisisinterventie psychotherapie revalidatie
begeleiden	steunend/structurende begeleiding thuiszorg netwerkbegeleiding en -ontwikkeling woonbegeleiding
verpleging/verzorging	
beschermen	beschermende woonomgeving dagstructurering

Randvoorwaarden

7 x 24 uren-bereikbaarheid
acute flexibele hulp op verschillende plaatsen
snel beschikbare opname-mogelijkheden
van laag frequent/intensief tot hoog frequent/intensief
samenhang met voorzieningen buiten de GGZ
case-management

Voorbeeld: programma voor psychotische toestandsbeelden

Dit programma is bestemd voor mensen met ernstige psychiatrische stoornissen, zowel in de acute als in de chronische fase. In elk geval moeten alle toestandsbeelden die acuut psychiatrische ingrijpen noodzakelijk maken in dit aanbod een plaats kunnen vinden. Dat zal vaak ook gelden voor acute stoornissen die niet tot de psychotische stoornissen gerekend worden.

De ordening intra-muraal, semi-muraal en extra-muraal doet er dan niet meerzo toe.

Vanzelfsprekend moet "voorkomen van" - de preventie-functie - een plaats krijgen.

Voorgaande pleit voor een ontwikkeling van een circuit, waarbinnen het gehele benodigde hulpaanbod voorhanden is en waarbinnen goede afstemming en samenwerking is. Zo mogelijk onder een multi functionele regie.

Bedoeld circuit biedt een gedifferentieerd aanbod, dat op maat datgene kan bieden dat nodig is op het continuüm zorg - behandeling.

Anders geformuleerd: dit circuit kan een aanbod doen op het continuüm gespecialiseerde psychiatrische behandeling - maatschappelijke voorzieningen.

Met name het gebruik van maatschappelijke voorzieningen is belangrijk, omdat dit een appèl doet op vermogens van cliënten, hen stimuleert van hun vermogens gebruik te maken en zo min mogelijk stigmatiserend is.

Voorgaande vereist goede samenwerking tussen instellingen op het gebied van de ggz: APZ, Riagg, Ribw, Paaz en daarbuiten.

Eigen ervaringen.

Als ik terugblik merk ik dat er in het werken aan zorgvernieuwing voor mensen met chronisch psychiatrische problematiek een aantal belemmerende en steunende factoren te benoemen zijn.

Deze hebben voor een groot deel betrekking op de samenwerking tussen de ggz-instellingen. Dat is niet verwonderlijk, omdat mijns inziens zorgvernieuwing voor deze groep per definitie werken is aan samenwerking tussen de ggz-instellingen.

Steunende factoren t.a.v. de ontwikkeling van een circuit:

- Zorginhoudelijke factoren:
- gezamenlijke doelgroep;
- het inzicht dat deze groep het aanbod van verschillende instellingen nodig heeft (tegelijkertijd/achtereenvolgend);
- het inzicht de ggz-instellingen elkaar aanvullen;

- inzicht dat zorgcoördinatie essentieel is;
- inzicht dat afstemming van het aanbod op elkaar belangrijk is.
- Politieke factoren:
- stelselherziening, zorg op maat, flexibel aanbod, versterking positie van ziektekostenverzekeraars en van consumenten, substitutiebeleid overheid.

Belemmerende factoren t.a.v. de ontwikkeling van een circuit:

- de behoefte aan het vasthouden van de eigen identiteit van de instellingen;
- de behoefte aan behoud van autonomie van hulpverleners;
- het gevoel het beter te doen dan de collega instelling.

Wat is belangrijk in de samenwerking tussen de instellingen en bij de ontwikkeling van gezamenlijke projecten:

- het proces is evenals de resultaten belangrijk: investeer in samenwerking;
- stel lage doelen;
- realiseer je dat je te maken hebt met verschillende mammoettankers die op één koers moeten komen te liggen, m.a.w. weet dat het om moeilijk te veranderen culturen, inzichten, organisaties, posities van mensen en procedures gaat;
- er moet sprake zijn van een top-down en bottom-up benadering;
- de onderkenning dat concurrentie op het gebied van de care weinig zinvol is voor cliënten en voor de betrokken instellingen;
- je moet elkaar vinden in de aanvulling, niet in de concurrentie;
- profilering van het eigen specifieke hulpaanbod is belangrijk, dat is de sterke kant van de verschillende instellingen;
- samenwerking waar mogelijk, profilering waar mogelijk;
- netwerk ontwikkeling binnen en buiten de GGZ op management en hulpverlenersniveau;
- probeer consensus te bereiken over een gezamenlijk doel, een gezamenlijke missie;
- vertaal deze missie in concrete doelen.

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige (spv) is een kerndiscipline binnen de sociaal psychiatrische hulpverlening aan langdurig van GGZ-hulp afhankelijken.

Zowel in het direct uitvoerende werk als binnen leidinggevende functies.

Wellicht dat in de toekomst spv-en nog meer dan nu betrokken zullen worden bij het ontwikkelen van beleid op macro-niveau.

Het zou interessant zijn vanuit de discipline zelf te vernemen of men daar behoefte aan heeft en of daarvoor aanvullende voorwaarden geschapen moeten worden.

Gebruikte literatuur:

Bachrach, Leona L.

Defining chronic mental illness: a concept paper.
Hospital and Community Psychiatrie, april 1988

Beek, H. van de

Tussen zorgen en behandelen.

Utrecht, Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1991
(NcGv-reeks 91-13)

Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur,

Nota Onder Anderen.

Leidschendam, Ministerie van WVC, 1993

Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg

Nota Functionele GGZ-programma's.

Utrecht, 1990.

Rigg Oost Veluwe, project zorgvernieuwing voor langdurig van ggz hulp afhankelijken

Notities: "regionale indicatiecommissie voor langdurig van ggz hulp afhankelijken" (concept); "case-management"; "sociaal pension".

Romme, M.A.J., Kraan, H., Rotteveel, R.

Wat is Sociale Psychiatrie.

Alphen a.d.Rijn/Brussel, Samson Uitgeverij, 1981.

Shepherd, G
Rehabilitatie van de chronisch psychiatrische patiënt.
Utrecht/Antwerpen, Bohn, Scheltema & Holkema, 1989.

Workshop Gemeenschapsvoorzieningen
Workshop dr. Jo Smith en dr. Dermot McGovern. Delft, 31-5-1991.