

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

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

Peter van Loon

Peter is sociaal psychiatisch verpleegkundige en werkzaam als coördinator volwassenenzorg bij de Riagg Kop Noord-Holland.

ZORGVERNIEUWING IN DE PRAKTIJK

De veranderende sociaal psychiatisch verpleegkundige in de praktijk.

Dit artikel is een bewerking van mijn lezing op de studiemiddag van de NVSPV op 18 november 1993. Ingegaan zal worden hoe zorgvernieuwing in de praktijk gestalte kan krijgen.

Inleiding

Naast zorgvernieuwingprojecten, die met dikke nota's over samenwerkingsstructuren, doelgroepen en na te streven doelen gepaard gaan, wordt er in de praktijk van alledag reeds veel aan zorgvernieuwing in de GGZ gedaan zonder dat dit met toeters en bellen gebeurt. Veelal zijn bij deze zorgvernieuwingprocessen verpleegkundigen en met name sociaal psychiatisch verpleegkundigen betrokken.

Mijn bijdrage aan deze middag zal, naast enkele algemene opmerkingen, dan ook gaan over de praktijk waarin zonder dikke nota's en met vallen en opstaan tocht zorgvernieuwing zichtbaar wordt.

Het opruimen van de "schotten" tussen de GGZ-instellingen is hierbij een van de meest kenmerkende elementen.

zorgvernieuwing

Op dit moment staan in het kader van 'zorgvernieuwing' de chronisch psychiatrische patiënten volop in de belangstelling.

In zorgvernieuwingprojecten krijgen samenwerkingsstructuren over het algemeen meer aandacht dan de methodieken, de verschillende disciplines en hun taken en bevoegdheden.

Veelal beperken deze plannen zich tot het aangeven dat instellingen met elkaar 'zaken' willen doen.

Maar wat dit concreet voor de patiënten en medewerkers betekent is meestal nog niet zo duidelijk.

Acute psychiatrische circuit

Naast de aandacht voor zorgvernieuwing in het chronische psychiatrische circuit vind ik het opvallend dat zorgvernieuwing in het acute psychiatrische circuit veelal minder de belangstelling heeft. Toch zijn het deze twee circuits waar de ambulante werkende sociaal psychiatisch verpleegkundigen in actief zijn of, naar mijn idee, actief zouden moeten zijn.

Kerntaak SPV

Het lijkt er soms op dat de sociaal psychiatisch verpleegkundige, die binnen de genoemde werkvelden werkzaam zijn alleen maar hard werken en zich weinig roeren als het gaat om het nemen van initiatieven. Terwijl juist zij de discipline zijn die het meest contact met de patiënten hebben. Ze weten meestal als geen ander hoe de patiënten leven, hun dag doorbrengen, wat belangrijke zaken voor ze zijn, waardoor ze zich weer enigszins op hun gemak voelen. Sociaal psychiatisch verpleegkundigen weten wat nodig is om zich staande te houden in de samenleving.

Naar mijn overtuiging ligt hier dan ook de kerntaak van de sociaal psychiatisch verpleegkundige.

Namelijk met patiënten, die in crisissituaties verkeren of die ten gevolge van chronisch psychiatrische problematiek beperkingen hebben in het dagelijkse functioneren, te bezien hoe zij het best hun draai in het leven, zoveel mogelijk buiten de intramurale setting, kunnen vinden.

Praktijk van de SPV

In de praktijk komt het er dan ook op neer dat de ambulante werkende sociaal psychiatisch verpleegkundige, samen met de patiënt of soms voor de patiënt, zorgonderdelen haalt die op dat moment nodig zijn om een zo optimaal mogelijke stabiliteit te kunnen realiseren. Dit betekent dat de verpleegkundige op een praktische en pragmatische manier met de patiënt en soms voor de patiënt naar oplossingen zoekt voor een probleem.

Als de ambulante werkende verpleegkundige een patiënt begeleidt waar bijvoorbeeld een opname voor geïndiceerd is, is het momenteel vaak zo dat de patiënt wordt opgenomen. De ambulante zorg komt weer in beeld op het moment dat de intramurale zorg het nodig vindt om ambulante hulpverlening nodig is.

De sociaal psychiatisch verpleegkundige kan aan zorgvernieuwing doen, zonder dikke nota's te schrijven, als hij

de patiënt kort na opname opzoekt en met de patiënt bespreekt of de reden waar de opname voor aangevraagd werd nog geldig is.

Als dit niet het geval is kan de sociaal psychiatrisch verpleegkundige in onderhandeling met de verantwoordelijke behandelaar het ontslag van de patiënt voorbereiden. Het is hierbij van groot belang dat de ambulante werkers helder formuleren wat de reden van de opname is en wat zij vragen van de klinisch werkende collegae. Investeren in overleg kost veel, maar levert op termijn ook veel op.

Praktijkbeschrijving

Een chronisch psychotische patiënt wordt voor de zesde keer opgenomen omdat hij gedurende langere tijd zijn depotmedicatie weigerde. Patiënt wil wel orale medicatie, maar uit ervaring weet het ambulante behandelteam dat hij deze toch niet trouw gebruikt. Voorspelbaar is dat de patiënt decompenseert, met als gevolg een (meestal gedwongen) opname.

Het ambulante behandelteam gaat dan ook niet met het verzoek van de patiënt akkoord, om over te stappen op orale medicatie. Er wordt uitgebreid met de patiënt besproken dat deze gang van zaken waarschijnlijk weer tot een opname zal leiden; hetgeen hij niet wil omdat zijn vrijheid dan teveel beperkt zou worden.

Het contact met de patiënt wordt niet verbroken, maar juist geïntensifieerd met respect voor de mening van de patiënt. Als hij niet op de gemaakte afspraken komt wordt er actief beleid gevoerd. De patiënt wordt bezocht om hem te laten weten, dat ondanks het verschil van inzicht over het medicatiegebruik dit niet hoeft te betekenen dat er over andere voor de patiënt belangrijke dingen niet gesproken kan worden. Echter 'voor wat, hoort wat'. Uiteindelijk volgt de toch aangekondigde opname.

Direct op de afdeling aangekomen is de patiënt bereid om orale medicatie te gebruiken. Dit ziet hij als zijn bewijs van goede wil. De psychotische verschijnselen verdwijnen al snel naar de achtergrond.

Hospitalisatie-effect

Bij de medewerkers in de kliniek ontstaat het idee dat deze patiënt gemakkelijk te behandelen is en zij snappen niet waarom het toch elke keer misgaat.

Patiënt gaat met orale medicatie met ontslag en het patroon herhaalt zich weer.

Op deze manier ontstaan er frustraties bij de ambulante en klinische behandelaars.

De conclusie luidt dat het niet haalbaar is om deze patiënten zelfstandig, zonder de gestructureerde omgeving van een APZ of RIBW te laten wonen. Op basis van de ervaren machteloosheid wordt overgegaan tot hospitalisatie van deze groep patiënten.

Een centrale rol voor de SPV

Zonder grootse projecten kan met deze patiënten ook anders worden omgegaan. De ambulante werker sociaal psychiatrisch verpleegkundige speelt hierin een centrale rol.

Het is de sociaal psychiatrisch verpleegkundige, die de behandelaren in de kliniek uitgebreid informeert over de behandelingsdoelstelling van het ambulante team. Hij onderhandelt met hen over hoe de patiënt tegemoet getreden zal worden en wat met de patiënt wordt besproken als behandelingsdoelstelling voor de opname. Uitgangspunt dient te zijn; het opvangen van de patiënt in een meer gestructureerde omgeving, met als doelen een verdere decompensatie te voorkomen en de patiënt te motiveren zich (wederom) in te laten stellen op een depotneurolepticum. Bij voorkeur vindt toediening plaats bij en door degene waar hij normaliter zijn (depot)-medicatie kreeg toen hij niet was opgenomen. Een verpleegkundige van de kliniek kan de patiënt begeleiden naar de depotpoli, waar dan de onderhandeling plaatsvindt over zijn onderhoudsmedicatie, die nodig is om hem buiten de kliniek zonder manifest psychotisch beeld te laten functioneren. Deze depotpoli is bij voorkeur gelokaliseerd buiten het APZ.

De ambulante zorg kan hierin een belangrijke rol vervullen, zoals op verschillende plaatsen in het land reeds te zien is.

Ambulante zorg als uitgangspunt

Zorgvernieuwing betekent in dit geval dat de kliniek zich in eerste instantie aansluit bij de behandelingslijn die ambulante was ingezet. Er dient niet weer een uitgebreide observatie te worden gedaan om een eigen behandelingslijn uit te stippelen.

De ambulante werker zal naast de investering in de patiënt ook moeten investeren in de kliniek.

Ik kan u verzekeren dat deze investering zijn vruchten afwerpt en in de kliniek op prijs wordt gesteld. Er ontstaat op deze wijze een grotere gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de patiënt, met ieder zijn specifieke invalshoek.

(In bovenstaand voorbeeld zitten nog meer aspecten, die ik echter in het kader van deze lezing, geen aandacht zal geven)

Zorgvernieuwend SPV

Zorgvernieuwing valt of staat met de inzet van de werkers en de bereidheid om met elkaar samen te werken ongeacht de setting waarin men werkzaam is.

De veranderende of zorgvernieuwend sociaal psychiatrisch verpleegkundige kan hierin een belangrijke bijdrage

leveren. Hij/zij moet zich niet beperken tot het nemen van verantwoordelijkheid voor de behandeling of begeleiding bij patiënten die keurig het bureau bezoeken. Er dient ook actief te worden gehandeld wanneer de patiënt een keer iets anders wil dan de hulpverlener.

Daarnaast is het belangrijk om bij het opstellen van behandel- en begeleidingsplannen voor (chronisch) psychiatrische patiënten ook een perspectief in tijd op te nemen.

Conclusies

De discipline sociaal psychiatrisch verpleegkundige, die vaak ambulant werkzaam is, is bij uitstek de discipline die dit kan verzorgen en die de coördinatie van zorg op zich kan nemen.

Sociaal psychiatrisch verpleegkundige zouden meer initiatief moeten nemen om dit binnen hun instelling (meestal Riagg's) te realiseren.

Nota's kunnen hierbij helpen, doch concrete patiënt-situaties anders benaderen dan lange tijd gebruikelijk is geweest, werpt voor de patiënten minstens zoveel vruchten af. Hier is het uiteindelijk toch allemaal voor bedoeld.