

## MEDIAAN

### INHOUD

**Over Cultuurshock en Elektroshock  
Een Reisverslag van een werkbezoek aan Ethiopië.**

**Gewoon als het gewoon kan  
Arbeidsrehabilitatie in een niet categoriaal project**

**De familie van de patiënt.**

---

### **Over Cultuurshock en Elektroshock Een Reisverslag van een werkbezoek aan Ethiopië.**

De auteur Gertjan Wiersma is sociaal psychiatisch verpleegkundige bij Riagg Westelijk Utrecht en docent Verpleegkunde Psychiatrie en Supervisie bij de Hoge School Rotterdam. De reis naar Ethiopië was een privé-missie. Het voornemen van Gert Jan is in samenwerking met geïnteresseerden tot uitwisseling en samenwerking te komen met de collegae in Ethiopië.

Op uitnodiging van mijn familieleden, die in Ethiopië wonen, ben ik mij gaan oriënteren op welke manier het mogelijk zou zijn deze reis ook in professionele zin interessant te maken. Via professor Giel Transcultureel Psychiater van de Universiteit van Groningen, kreeg ik een introductie in het psychiatisch ziekenhuis in Addis Ababa. Dr. Mesfin Araya psychiater<sup>1)</sup> liet mij weten welkom te zijn in het ziekenhuis, de psychiatische poliklinieken elders in het land en in de verpleegkunde opleiding. Ook schreef hij mij dat er behoefte is aan Engelstalige vakliteratuur<sup>2)</sup>.

Velen gaven de reactie 'psychiatrie in een ontwikkelingsland?' het ledigen van honger, aidsproblematiek en eerstelijnsgezondheidszorg heeft toch veel meer prioriteit! In dat geval zouden we voorbijgaan aan het ernstig invaliderend karakter van (vitale) depressies, psychosen in het bijzonder schizofrenieën, en ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Ook de lokale opvang van getraumatiseerde ontheemden (vluchtelingen) en mensen die het slachtoffer waren van politiek geweld (o.a. martelingen) staat hoog op de agenda van het psychiatisch ziekenhuis.

#### **De eerste kennismaking met het ziekenhuis.**

Na verdwaald te zijn, bood iemand aan mee te rijden om mij de weg te wijzen naar het Amanuel Psychiatric Hospital near Amanuel Church. Het hek ging open naar een droog zanderig pad. Aan de rechterkant houten banken met een eenvoudige overdekking waarop wachtende mensen naar later bleek familieleden die de patiënt/hun gezinslid kwamen brengen. Zij kwamen soms van honderden zelfs duizenden kilometers ver. De patiënten toonden ontremd of juist zeer introvert gedrag, sommigen licht geagiteerd. Ik vroeg mij af: Hoe dit gedrag in te schatten en te beoordelen? Zouden er verschillen zijn, en waar hebben deze verschillen dan mee te maken?

Aan de linker zijde van het pad een kleine overdekte patio, een loket met iets wat leek op de patiënten-administratie en kantooruimten. Aan het eind was een 'theehuis' en een pad naar links met opnieuw hekken die toegang bleken te geven tot de vrouwen en mannen patiënten-verblijven. De bewaker bij het hek en een van patiënten hielpen mij de vier dozen met boeken naar binnen te dragen. Een Ferengi, die zelf ook iets wilde dragen, was maar raar. Een allerhartelijkste ontvangst viel mij ten deel. Dr. Mesfin nam mij mee naar een van de spreekuurruimten en gaf tekst en uitleg over het ziekenhuis. Hij stelde iedereen voor en het kwam me voor of iedereen daarvoor ook alle tijd leek te hebben. Met de collega's en de docenten verpleegkunde Sr. Belaynesh en Sr. Tiruwork een ronde gemaakt over het ziekenhuisterrein.

#### **Het ziekenhuis**

Alle voorzieningen zijn aanwezig, doch alles is in materiële zin een afspiegeling van de samenleving buiten het ziekenhuis 'veel armoede'. Grote slaapzalen met 40 bedden, weinig kastruimte, vervelend, gebroken ramen,

sommige bedden hebben lakens andere hebben alleen een deken, vloeren zijn schoon, en eenvoudig sanitair (een frans toilet en douche).

Iedereen loopt in en uit zodat er weinig privacy is; Er is een klein kantoortje voor de verpleegkundigen om gesprekken te voeren, medicijnen te bewaren en de administratie bij te houden.

In mijn gedachten ging ik terug naar mijn eerste ziekenhuiservaringen in Nederland begin jaren '70 en stelde vast dat er in menig opzicht weinig verschil was.

### **De patiënten**

Er kwamen er direct naar mij toelopen een vriendelijke groet 'Hello Ferengi' of 'Tenasselin'. Anderen vroegen me een paar muntjes of een sigaret. Sommigen bleken goed Engels te spreken en enkelen zelfs Frans en Duits, anderen alleen een van de 70 lokale talen die het land rijk is.

Er waren er die goed gekleed waren, en er waren er die zich de kleren van het lijf scheurden en soms naakt rondliepen.

En wat te denken van diegenen met kettingen om de enkels die slechts met moeite met kleine hupjes over het terrein zich konden voortbewegen<sup>3</sup>.

In gesprek met een van hen werd mij verteld, dat hij de kettingen om zijn enkels ervaarde als een maatregel om zijn 'ontremd gedrag' in te perken. Hij was blij er ook weer van verlost te zijn.

Er waren er die in zichzelf gekeerd rondliepen; Met hen was geen contact te krijgen en ze liepen verschrikt weg als ik hen benaderde. Een doelloos en eenzaam bestaan zo kwam het mij voor.

Depressief of psychotisch? Het was moeilijk om daar achter te komen. Het ziekenhuis gaf hen bescherming - een asiel - In de buitenwereld zouden zij als hun familie niet voor hen wilde of kon zorgen, verkommeren. Iemand die ook niet in staat is om een 'aalmoes' te vragen, en het contact met diens familie verloren is, is in Ethiopië reddeloos<sup>4</sup>.

### **De behandeling en de behandelmogelijkheden voor de patiënten.**

De eerste patiëntbespreking bijwonen was een bijzondere gebeurtenis. Een gezelschap collega's in witte jassen en een man met een stofjas aan die de patiënten binnenbracht. Deze zorgde er voor dat de bespreking ongestoord kon verlopen.

De bespreking vond plaats aan het eind van de slaapzaal. Iedereen kon ons door de open deur zien, doch niet horen.

Iedere patiënt werd voorbesproken. Tot mijn verrassing werd het verslag in het Engels uitgesproken, en naar later bleek voorgelezen. Engels bleek in de rapportages de voertaal.

Naar mij later bleek in alle officiële documenten en rapportages<sup>5</sup>.

- De eerste was een depressieve boer die al zijn koeien kwijt was geraakt, en daarmee de noodzakelijke voorwaarde in zijn bestaan.
- De tweede was een man die acuut verward en agressief gedrag vertoonde na alcoholgebruik en Qat<sup>6</sup>. Gedrag waarmee hij voorheen niet bekend bleek te zijn. Het gedrag volgde op 'het moment na de begrafenis van zijn overleden Oma'.
- De derde man was een matig begaafde man die beweerde half Maria te zijn, en voor de andere helft de strijder van God.
- De vierde man vertrouwde niemand meer, behalve dan die vreemdeling die geen (Amhaar) Ethiopier was en daarmee etnisch gezien boven alle verdenking stond.

### **Diagnostiek en medicatie**

In de bespreking werd vooral stilgestaan bij diagnostiek, welke medicatie gegeven diende te worden, en hoe in de gesprekken de patiënten ondersteund zouden kunnen worden.

Mijn aantekeningen naziezend had ik de indruk dat slechts beperkt werd doorgevraagd op sociale en psychologische achtergronden. Er werd ingegaan op hoe te reageren op het acute actuele gedrag.

Bij andere besprekingen aan de mannenzijde viel op dat er vaak sprake zou zijn van schizofrenieën. Het is niet na te gaan of dit op toeval berustte of tekenend is voor de groep patiënten die na selectie in aanmerking kwam voor opname.

Aan de vrouwenzijde viel op dat het voorkomen van sociale en/of financiële problemen in het gezin of de familie een luxerend moment leek te zijn. Suïcidaliteit en depressies leken vaker voor te komen dan psychotische stoornissen.

### **Medicamenteuze behandeling en E.C.T.**

Medicatie is beperkt beschikbaar. Depotmedicatie is niet voorhanden en ook niet zonder risico daar waar hygiëne en het voorkomen van Aids problemen geven.

In het ziekenhuis in Jimma was er voor de 'non free' psychiatrisch patiënten Phenobarbital, Fenytion, Chloorprometazine, Diazepam, en Haldol beschikbaar.

Voor de 'Free' patiënten (zelfbetalenden) is er nog Thioridazine (melleril) voorradig. Dit betekent dat als medicatie niet aanslaat er weinig alternatieven voorhanden zijn.

Het kwam mij voor dat de E.C.T.-behandeling<sup>7</sup> gebruikt werd als een belangrijk alternatief. Twee behandelingen woonde ik bij en de patiënten gaven aan vertrouwen in de behandeling te hebben. Een behandeling zonder verdoving welke zij al eerder hadden ondergaan.

De discussie over de E.C.T. begin jaren '70 actueel in West Europa onder invloed van het anti-psychiatrisch denken was hier niet aan de orde.

### **Behandelduur**

Het verblijf in het ziekenhuis is volgens de huidige beleidslijn beperkt tot gemiddeld zes weken; Diagnostiek en een kortdurende behandeling in het ziekenhuis.

Een vervolgbehandeling op een van de 25 psychiatrische poliklinieken in de diverse regio's. Een groep van ongeveer veertig patiënten wordt gezien als chronische verblijfspatiënten. Voor deze groepen is op experimentele basis een begin gemaakt met bezigheds- en creatieve therapieën;

Aan de vrouwenzijde is dat reeds een succes gebleken, omdat het past bij de huisnijverheid-, praat- en koffie-cultuur van vrouwen.

Aan de mannenzijde waren spelletjes, enige sport en het theehuis de belangrijkste vormen van afleiding.

### **Psychiatrische poliklinieken**

Vier van de psychiatrische poliklinieken heb ik kunnen bezoeken. Er werd met weinig middelen en veel enthousiasme gewerkt. Het meest opmerkelijke verschil was dat de collega's diagnostiek, medicamenteuze behandeling en gesprekken zelfstandig uitvoerden. Een tot twee maal per jaar komt een van de arts-assistenten of psychiaters langs voor consultatie. Soms moest de inzet van de psychiatrische hulpverlening nog aangetoond worden: Werkruimte was niet vanzelfsprekend beschikbaar.

### **Cultuurshock**

Al met al was deze reis een boeiende ervaring. Door mijn betrokkenheid bij de hulp aan allochtonen in Nederland was ik mij meer bewust van culturele verschillen en materiële armoede.

Een cultuurshock is mij bespaard gebleven; Meer ben ik mij de verworvenheden van de sociaal psychologische/psychiatrische methodieken gaan realiseren, en de voortdurende mogelijkheden voor (bij-)scholing.

Het contact met de collega's in Ethiopië is gebleven. Hen heb ik gevraagd voorstellen te doen welke literatuur zij denken nodig te hebben ter ondersteuning en verbetering van hun praktijkvoering. Boekdonatiefondsen in Nederland heb ik gevraagd hun medewerking te geven. Een Canadese groep Verpleegkundigen heeft inmiddels haar medewerking toegezegd.

Zij die geïnteresseerd zijn kunnen contact opnemen.

Gertjan Wiersma, Josephstraat 91-a, 3014TK Rotterdam  
of Riagg Westelijk Utrecht  
(030-809311 op Wo- Do- Vrijdag)

---

### **Eindnoten**

1) Dr. Mesfin volgde zijn opleiding tot specialist aan de Universiteit van groningen.

2) Oproepen aan de Hogeschoolbibliotheken en aan collega's (GGZ-Gazet nr.7-1993) leverden 57 kilo boeken ofwel zo'n 65 titels op van uiteenlopende aard. Door sponsoring van enkele uitgevers, en een vriendelijk luchtvrachttarief was het mogelijk deze boeken vooruit te sturen.

3) Ik had me op deze beelden voorbereid : In de NRC van dec.1993 stond een foto van een aan de muur geketende psychiatrisch patiënt(Angola). De ketting om de enkels : Deze behandelvorm wordt doorgaans in overleg met familieleden of direct betrokkenen

#### **....vervolg Eindnoten**

4) Degenen, die door de autoriteiten van het wijkbureau herkend en erkend zijn als zijnde 'absoluut zonder middelen van bestaan en/of familie', kunnen aanspraak maken op een kosteloze opname in het psychiatrisch ziekenhuis. In principe moet voor alle voorzieningen en verrichtingen apart betaald worden. Alleen deze non-free patients kunnen met de zogenaamde armoede verklaring van

genomen als blijkt dat iemand bij voortduring zich niet aan afspraken houdt en daarbij vluchtgedrag vertoont waar de familie of omgeving ernstige hinder van ondervindt. Officiële in de wet vastgelegde dwangmaatregelen bleken er niet te zijn voor psychiatrisch patiënten, zodat in principe alle maatregelen in overleg tot stand komen. Hier vindt een medische verantwoording plaats daar waar elders tegen beter weten in alleen dwang wordt toegepast.

Ook hier dient het gebruik van een ketting andere beoordeling dan de tijd dat ook in West Europa psychiatrisch patiënten in de dolhuizen aan de ketting of het hok in gingen. 'Het middel dient een doel', en niet 'het doel heiligt het middel'.

de kebele (woongemeenschap of buurtschap) of van de afdeling sociaal werk een gratis opvang en behandeling krijgen; Dit is: eten, een bed om in te slapen, en basismedicatie. Zoals buiten het ziekenhuis is er hier voor hen geen (zak)geld voor extra's.

5) Engels als gemeenschappelijke taal boven alle lokale talen.

Het Amhaars was lange tijd de taal van de regerende en overheersende klasse geweest.

Import in Nederland zal binnenkort verboden worden.

- 6) Een stimulerend middel dat verbouwd wordt in Oostelijk Afrika en Jemen. Kan alleen vers geplukt gebruikt = gekauwd worden.

- 7) Electro Convulsie Therapie ook wel de Elektroshock.

---

## Gewoon als het gewoon kan Arbeidsrehabilitatie in een niet categoriaal project

*De auteur, Doortje Kal is preventiewerker sociale psychiatrie bij de Riagg Haagrand.*

### Inleiding

Sinds oktober 1992 ondersteunt de SPV Ed Kuijpers van Riagg Haagrand het Landschapsonderhoudsproject Den Haag / Wassenaar. Dit project valt onder de Stichting Natuur- en Landschapsbeheer Zuid-Holland (NLB)<sup>1)</sup>. In het project werkt een vijftientigtal vrijwilligers en mensen via een werkgelegenheidsmaatregel (Jeugdwerkgarantieplan, Banenpool). Onder de deelnemers zijn steeds meer mensen met een psychiatrische achtergrond.

In 1991 trok de Stichting NLB aan de bel bij verschillende hulpverlenende instanties: de groei van het aantal mensen met een psychiatrische achtergrond binnen het project, leidde regelmatig tot problemen op het werk. Deze problemen vormden een bedreiging voor het project.

Aan de andere kant was het de Stichting NLB duidelijk dat het project de betreffende mensen veel plezier en inhoud aan hun leven verschaft. Men wilde niet 'de moeilijke mensen' uitstoten. Het project liep verder ook goed: er was een wachtlijst voor deelnemers; de opdrachtgevers waren heel tevreden en er was voldoende werk. Ook de financiering van de onkostenvergoeding vormde geen probleem.

Het enige probleem was de *niet-werktechnische begeleiding*.

De Stichting liet daarom luid en duidelijk haar noodkreet horen: als er geen ondersteuning uit de geestelijke gezondheidszorg komt, kan het project niet langer open staan voor mensen met een psychiatrische achtergrond. Drie preventiemedewerkers uit drie betrokken Rigg-gebieden hebben daarop samen met de coördinator van de Stichting NLB een voorstel voor ondersteunende begeleiding van het Landschapsonderhoudsproject Den Haag/Wassenaar uit doen gaan.

Het voorstel behelste het aanstellen van een 'ggz-medewerker' voor 8 uur per week die de begeleiding van de groep mensen met psychische problemen voor zijn/haar rekening neemt.

Met de garantstelling van twee Riagg's en de derde Rigg kon een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige worden aangesteld.

### Beschrijving van het project

In het project werkt een twintigtal mensen vanuit een bonte mengeling aan achtergronden. Het aantal mannen en vrouwen is ongelijk verdeeld: er werken meer mannen dan vrouwen.

Veel mensen hebben in het verleden te maken gehad met de hulpverlening en sommigen hebben er nog mee te maken.

Het project vervult voor deelnemers verschillende functies:

voor de één biedt het project het kader om de arbeidsgeschiktheid te verbeteren en aansluiting te vinden bij wat het vrije bedrijf vraagt; een ander vindt er zinvolle dagbesteding, een derde leert in het project sociale conflicten adequaat op te lossen, en een vierde leert werk op een gezonde manier te relativeren.

Per november 1992 is Ed Kuijpers, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige van Riagg Haagrand voor zes uur per week vrijgesteld om het project te ondersteunen.

Hij zegt het volgende over zijn aanpak:

*"Ik maak de deelnemers duidelijk dat ik niet voor het LOP werk, maar er ben voor hen. Ik ben er om de deelnemers te ondersteunen."*

Om te vervolgen:

*"Door soms mee te werken ervaar ik wat zij met elkaar mee maken en ook wat de meewerkend voorman ervaart. Ik zit ook bij de maandelijkse werkbepreking. Daar worden ook onderlinge moeilijkheden met elkaar besproken. Natuurlijk werkt mijn aanwezigheid ook preventief.*

*Soms houdt men zich mogelijk gedeist als ik er ben, maar soms maakt mijn aanwezigheid ook problemen los. Men gaat dan conflicten aan die anders ondergronds blijven dooreteren en in het verleden ook wel eens tot gevaarlijke situaties hebben geleid.*

*Ik ga niet altijd achter uitvallers aan. Soms kan worden ingeschat dat zelfs het appèl op iemand om aanwezig te*

*zijn averechts werkt. Bij anderen echter kan slechts het informeren naar iemands afwezigheid het opnieuw starten van de job bewerkstelligen."*

**"Eigenlijk vind ik ondersteuning van mensen met een psychiatrische carrière bij het weer aan het werk gaan, een heel normale Riagg-taak."**

*"Door je een paar uurtjes per week beschikbaar te stellen kan je al erg veel bereiken. Het belangrijkste is dat er iemand is die men heel makkelijk kan aanspreken, die het project kent en flexibel inzetbaar is."<sup>2)</sup>*

*"Ik hanteer als uitgangspunten voor mijn ondersteunende begeleiding:*

- a) zo dichtbij en direct mogelijk, dus op de werkvloer in direct contact met deelnemers*
- b) zo frequent mogelijk, elke week je laten zien*
- c) zo gemakkelijk mogelijk: als het nodig is wordt meteen een afspraak gemaakt om een probleem aan te pakken*
- d) zo kort mogelijk: het is niet de bedoeling bestaande hulpverleningsrelaties te dubbelen.*

*Ik heb sterke affiniteit met het project, o.a. omdat ik ervan overtuigd ben dat landschapsgroen meer stressverlagend werkt dan wat dan ook (waaronder afzondering in bed)."*

## **Nadere beschouwing**

### **Relatie met arbeidsrehabilitatie**

Gelukkig krijgt arbeidsrehabilitatie (arbeidsintegratie) de laatste jaren meer aandacht in de Riagg. Soms wordt door preventiewerkers van de Riagg - samen met andere organisaties binnen en buiten de geestelijke gezondheidszorg - gewerkt aan het opzetten van arbeidsrehabilitatieprojecten.

Arbeidsrehabilitatieprojecten hebben tot doel mensen met een psychiatrische achtergrond de gelegenheid te geven weer in het arbeidsproces te groeien en een betaalde of onbetaalde baan te doen vinden, al of niet in een beschermd milieu.

Dergelijke projecten bieden een beschermde werkplek, met werkbegeleiding, scholing en training. Meestal bestaan de verdiensten overigens slechts uit een geringe onkostenvergoeding.

Het creëren van beschermde werkprojecten is bikkelhard nodig, omdat de Sociale Werkplaatsen voor de groep mensen met een psychische handicap nauwelijks meer plaats bieden.

Om **vanuit** de psychiatrie projecten op te zetten in de samenleving en met steun van de samenleving, is echter vaak een zeer langdurig en moeizaam proces.

Het bijeenbrengen van de benodigde financiën is meestal een project van zeer lange adem.

Soms wordt subsidie toegekend op voorwaarde dat een bepaald percentage van de werknemers doorstroomt naar betaalde arbeid. Deze percentages blijken erg moeilijk te halen. Voor veel mensen eindigt namelijk het rehabilitatieproces in het arbeidsproject. Daar werkt men naar eigen wensen en vermogens in een zo maatschappelijk mogelijke omgeving.<sup>3)</sup>

Het landschapsonderhoudsproject heeft als charme dat het er gewoon was. Het is bij wijze van spreken net zo oud als de arbeidsrehabilitatiediscussie, maar komt daar niet uit voort. Er was (mooi) werk te doen en toen de 'gewone' vrijwilligers niet meer zo makkelijk te krijgen waren, heeft men zich - niet zonder idealisme - op de arbeidsmarkt van bijzondere werkkrachten begeven.

Het is belangrijk dat Riagg's voor 'de hulpvraag' van dergelijke projecten open staan.

### **intermezzo**

Gezien de vele obstakels die werkprojecten op hun weg vinden, is het des te navranter dat **in** de psychiatrische ziekenhuizen nog steeds heel veel arbeidsprojecten bestaan.

Slechts mondjesmaat verhuizen projecten naar buiten de inrichtingsmuren.

Mark Janssen concludeert in zijn rapport 'Arbeidsrehabilitatie en Dagbesteding' dat de grote capaciteit van de activiteitensectoren (waaronder arbeidsprojecten) in de psychiatrische ziekenhuizen, nauwelijks wordt ingezet om samenhangende rehabilitatietrajecten op te zetten of om meer maatschappelijke tussenvormen te creëren tussen inrichting en maatschappij.<sup>4)</sup>

In de Activiteitensectoren van de APZ-en is een enorm potentieel aan activiteitenbegeleiders en arbeidstherapeuten aanwezig.

In totaal heeft men circa vijf keer meer formatieplaatsen dan alle DAC's en werkprojecten buiten de APZ-en samen, terwijl men aanneemt dat het aantal chronici buiten de inrichting vijf maal zo groot is als binnen (Janssen resp. Van Weeghel).

Om het verhaal compleet te maken:

per lid van de doelgroep langdurig hulpafhankelijke cliënten is ambulant 383 gulden **per jaar** beschikbaar voor dagbesteding en arbeidsrehabilitatie.

Dit bedrag komt overeen met de verpleegprijs die in tal van psychiatrische instellingen **per dag** wordt berekend. (Janssen)

## **Arbeidshulpverlening**

Riagg's maken een onderscheid tussen arbeidshulpverlening en arbeidsrehabilitatie.

Het Landelijk Platform Arbeid en

Geestelijke Gezondheid formuleert als doel van arbeidshulpverlening het in standhouden en/of verbeteren van arbeidsgeschiktheid en arbeidsparticipatie. Het gaat er zowel om de cliënt geschikt te maken voor arbeid (mits de arbeid van voldoende kwaliteit is) als om de arbeid aan te passen aan de mogelijkheden van de cliënt.

Het gaat om het zoeken naar een evenwicht tussen belastbaarheid - dat wat een cliënt aan kan - en belasting - wat de cliënt krijgt opgelegd, in het werk.

Het genoemde Landelijk Platform onderscheidt naast arbeidshulpverlening en arbeidsintegratie, ook nog de **bedrijfsgerichte** benadering. Deze benadering is een poging om de arbeidsongeschiktheid op psychische gronden te verminderen.

Het is - net als arbeidshulpverlening - een vorm van preventie en bestaat uit het actief benaderen van bedrijven om de arbeidssituatie voor de werknemers te optimaliseren.

Je zou kunnen zeggen dat de inzet van Riagg-ondersteuning bij het Landschapsonderhoudsproject de drie benaderingen verenigt:

- er is sprake van arbeidshulpverlening zoals hierboven geschetst,
- er is sprake van arbeidsintegratie in de zin van arbeidsrehabilitatie en
- er is een bedrijfsgerichte benadering, in de zin dat de Riagg probeert het project zodanig te ondersteunen dat het gezond blijft zonder de laagdrempeligheid op te geven voor mensen met een psychiatrische of anderszins problematische achtergrond.

## **Slot**

Vrijwilligersprojecten als het Landschapsonderhoudsproject Den Haag/Wassenaar met gelegenheid tot scholing en een gereede kans op doorstroming, zijn vast niet uniek.

Het is niet onwaarschijnlijk dat er meer van dergelijke projecten bestaan. Misschien zijn er meer werkplaatsen, die met iets meer ambulante ondersteuning mensen met een psychiatrische achtergrond aan het werk kunnen houden.

Een flexibele opstelling van de Riagg-hulpverlening is daarvoor een vereiste.

Wij hopen dat de beschrijving van de betrokkenheid van de Riagg bij dit project, andere Riagg's inspireert ook, als dat aan de orde is, laagdrempelige ondersteuning te bieden.

---

## **Eindnoten**

<sup>1)</sup> De Stichting NLB is een door de overheid gesubsidieerde organisatie, die zich bezighoudt met het coördineren van het beheer van kleine *landschapselementen* buiten de natuurgebieden. Vroeger werden knotwilgen en *geriefhoutbosjes* door boeren onderhouden.

Door de komst van de moderne bouw- en brandstoffen verloren ze hun oorspronkelijke functie en was het onderhoud niet meer rendabel. De elementen raakten in verval en verdwenen op veel plaatsen. Vrijwilligers trokken zich hun lot aan en gingen in het weekend aan de slag met snoeischaar en zaag.

Voor hun ondersteuning richtten zij, samen met de provincie, de Stichting NLB op.

Vanaf 1982 zijn er ook projecten voor landschapsonderhoud op door-de-weekse dagen gestart.

<sup>2)</sup> De oorspronkelijk afgesproken taken luiden:

- geven van begeleiding op de werklocaties;
- opvang en verwijzing in crisissituaties
- bieden van consultatie (en eventueel scholing) aan de werktechnische begeleider (de voorman)
- (mee)voeren van kennismakingsgesprekken
- zorg voor deelnemers die afhaken.

<sup>3)</sup> Zie definiëring rehabilitatie van Jaap van Weeghel in Bouwstenen voor een regionaal beleid inzake dagbesteding en arbeidsrehabilitatie, NcGv, juni 1993

<sup>4)</sup> NcGv, een inventariserend onderzoek naar Arbeidsrehabilitatie en dagbesteding voor (ex-)ggz-cliënten in Zuid-Holland door Mark Janssen, juni 1992

---

## **De familie van de patiënt.**

*De auteur, Kees Onderwater is sociaal psychiatrisch verpleegkundige en werkzaam als preventiewerker bij de Riagg C/OW te Amsterdam.*

### **Inleiding.**

De sociaal psychiatrisch verpleegkundige speelt een centrale rol bij de ambulante behandeling en begeleiding van schizofrene en chronisch psychotische patiënten.

De privacy van de patiënten is met betrekking tot deze behandel en begeleidingscontacten goed geregeld. Bijna iedere instelling voor geestelijke gezondheidszorg heeft als toelichting op de Wet persoonsregistraties een privacy reglement voor z'n cliënten en medewerkers. In een dergelijk reglement worden zaken toegelicht als verstrekken van gegevens uit de registratie aan de cliënt zelf, verstrekken van gegevens aan derden, rechten

van de geregistreerden, geheimhouding en bewaarplaats en termijn. In de wet en de toelichting daarop komt de speciale positie van familie onvoldoende tot z'n recht. Familieleden voelen zich als "mantelzorgers" regelmatig in de kou staan als het gaat om ondersteuning en informatie uitwisseling. Instellingen en hulpverleners, ook sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, gaan vaak heel verschillend met de familie van de patiënt om.

Aanvullende wetgeving, informatie en instructie over een andere vorm van communicatie tussen hulpverleners en familie met betrekking tot de behandeling lijkt dan ook dringend noodzakelijk. De laatste jaren is er steeds meer aandacht voor dit probleem, met name als gevolg van de enorme inzet van verenigingen als Ypsilon, Labyrint en In Perspectief. Natuurlijk blijven de verhalen over falende hulpverleners, afgewezen opname aanvragen, zwervende psychiatrische patiënten en ondermaatse bejegening van familieleden. Deze verhalen blijven zo nu en dan natuurlijk ook in de pers verschijnen. Dit zou de indruk kunnen wekken dat er helemaal niets ten goede veranderd.

In deze korte bijdrage aandacht voor de vereniging Ypsilon en een aantal initiatieven die zij, soms met anderen hebben genomen. Sommige zullen u bekend zijn, anderen niet. Hopelijk kunnen de genoemde activiteiten u helpen om de familie van de patiënt nog beter te ondersteunen of u te inspireren een activiteit in uw regio te ontwikkelen.

### **Wat is de vereniging Ypsilon?**

Ypsilon is een vereniging van ouders en andere familieleden van chronisch psychotische en schizofrene mensen. Zij heeft 4200 leden, die elkaar kunnen ontmoeten in een van de 50 regionale zelfhulpgroepen.

Een van de belangrijkste taken van Ypsilon is de (telefonische) opvang van familie en voorlichting geven aan familieleden. Goede informatie is vaak slecht te krijgen.

Het informatiepakket van Ypsilon geeft antwoord op de eerste vragen:

Wat is een psychose, wat is schizofrenie, wat zijn de bijwerkingen van medicatie, hoe moet ik met m'n zoon, partner, vader of zusje omgaan?

### **Wat doet Ypsilon?**

#### ***Regionale zelfhulpgroepen.***

Ypsilon organiseert in 50 regio's in het land zelfhulpgroepen. Dit zijn zowel groepen voor familieleden van, voor kinderen van, speciale groepen voor partners van, maar ook bijeenkomsten voor nabestaanden van een familielid dat zich heeft gesuïcideerd.

Deze groepen zijn bedoeld om elkaar als lotgenoten en ervaringsdeskundigen op alle mogelijke manieren te steunen. Soms worden ze in samenwerking met een GGZ-instelling georganiseerd.

Daarnaast is er ook de jaarlijkse landelijke dag.

#### ***Belangenbehartiging.***

Op het landelijk bureau van Ypsilon kunnen familieleden altijd terecht met hun verhalen en vragen om steun of informatie.

Er zijn echter intussen ook regionale werkgroepen die daadwerkelijk aan belangenbehartiging doen door (telefonische) gesprekken te houden, lotgenoten te informeren over de regionale mogelijkheden van de hulpverlening en daadwerkelijk ondersteuning te bieden bij moeilijke gesprekken met hulpverleners en het indienen van klachten.

#### ***Voorlichting en informatie.***

Zesmaal per jaar verschijnt Ypsilonnieuws. Het blad volgt de ontwikkelingen en achtergronden rond schizofrenie en heeft aandacht voor de beleidsontwikkelingen zowel in Nederland als daarbuiten.

Ook niet leden kunnen zich op het blad abonneren.

Daarnaast geeft Ypsilon voorlichting via folders en boeken. In 1987 verscheen er een Zwartboek over de knelpunten van de psychiatrische hulpverlening, in 1992 volgde een Witboek over de goede zorgprojecten.

Regelmatig verschijnen er berichten in de media. Gastlessen gericht op hulpverleners, proberen iets meer inzicht te geven over de positie van de ouders en andere familieleden.

### **Richtlijnen voor communicatie**

Richtlijnen voor een goede communicatie tussen familieleden en hulpverleners.

In een gezamenlijk initiatief van Labyrint, In Perspectief en Ypsilon is in mei 1992 een brochure verschenen waarin aanbevelingen worden gedaan voor een goede communicatie tussen familieleden en hulpverleners. Informatieverlening aan direct betrokkenen van de cliënt wordt uitgebreid besproken.

Ook doet men aanbevelingen een contactpersoon-familielid aan te stellen voor communicatie met de hulpverlener(s) en een contactpersoon-hulpverlener aan te stellen voor de communicatie met de familieleden. In sommige regio's, onder andere in Amsterdam, werkt men aan regio gerichte afspraken met betrekking tot de

communicatie tussen familie en hulpverlening.

## **Wat gebeurt er verder?**

### ***Psycho-educatie cursussen***

Veel GGZ-instellingen bieden de cliënten, die bij hen in behandeling zijn, de mogelijkheid een psycho-educatie cursus te volgen. Vaak is er in deze instellingen ook een cursus aanbod voor de familieleden van deze patiënten. Patiënten die wel ernstige problemen hebben als gevolg van schizofrenie of chronische psychose, maar die niet in behandeling zijn, hebben ook familieleden. Deze familieleden staan vaak in de kou. Naast het gebrek aan professionele steun ontberen ze ook deelname aan de behandeling gebonden cursus psycho-educatie. Voor hen komen er nu in diverse regio's mogelijkheden om aan een dergelijke cursus te kunnen deelnemen zonder dat er sprake is van een behandelrelatie.

### **Informatiemateriaal**

Informatiemateriaal van GGZ-instellingen voor familieleden. Verschillende GGZ-instellingen hebben speciaal informatie materiaal ontwikkeld voor familieleden. Riagg Midden Twente gaf in februari 1992 de brochure "Informatie over psychosen voor familieleden" uit. Bij de Riagg Westelijk Noord Brabant kwam in december 1992 het boekje "De andere kant van de psychiatrie" uit. Een vraagbaak en gids voor familieleden en andere direct betrokkenen.

Dit zijn een paar voorbeelden van het vele informatie materiaal, dat intussen bij de instellingen is ontwikkeld en uitgebracht.

### ***Ypsilonborrels!***

In diverse regio's worden er regelmatig informele bijeenkomsten georganiseerd om hulpverleners van verschillende instellingen met elkaar en de leden van Ypsilon in contact te brengen. Deze bijeenkomsten leiden, onder het genot van een borreltje en een hapje, vaak tot verrassende contacten en meer wederzijds begrip. Regelmatig zijn dergelijke netwerk bijeenkomsten voedingsbodem voor nieuwe inhoudelijke en beleidsmatige initiatieven.

### **Contactpersonen**

Binnen een aantal Riagg's, onder andere de Amsterdamse, zijn sinds een aantal jaren contactpersonen aangesteld. Dit zijn sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, die door de familieleden worden benaderd als er hoogopgelopen en moeilijk oplosbare communicatie problemen bestaan met hulpverleners van de Riagg's waar zij werken. Hun taak is dan, om als intermediair een uitweg te zoeken uit de problemen en te streven naar een vruchtbare voortzetting van de hulpverleningsrelatie.

### **De leergangen schizofrenie**

Het initiatief voor de oprichting is ontstaan op een Ypsiloncongres voor hulpverleners.

Leergangen schizofrenie organiseert cursussen en symposia, gericht op de deskundigheidsbevordering van hulpverlening rond schizofrenie. Daarnaast fungeert het als een netwerk, waarin toonaangevende deskundigen met elkaar van gedachten wisselen over ontwikkelingen op het gebied van schizofrenie.

Op dit moment organiseert de leergangen de volgende cursussen:

1. Basiscursus schizofrenie.
2. Cognitieve revalidatietraining bij schizofrenie volgens Van der Gaag.
3. Steunende gezinsbegeleiding en psycho-educatie bij schizofrenie volgens Van der Meer.
4. Psycho-educatie voor mensen met schizofrenie vlg Van Peperstraten.
5. Sociaal psychiatrische begeleiding van patiënten met schizofrenie volgens Henselmans.

### **Tot slot**

Het zal u duidelijk zijn dat er op dit moment zeer veel in ontwikkeling is rondom de betrokkenheid van familie bij de behandeling.

De familie wordt een serieuze en onmisbare partner in het werk met de cliënten die lijden aan schizofrenie en chronische psychose. Zij worden meer en meer gezien als de bondgenoot van de hulpverlener. Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen spelen een belangrijke rol in de contacten met de familie. Zij zullen vanuit hun beroepshistorie en verantwoordelijkheid voorop moeten lopen bij het ontwikkelen en in de praktijk brengen van nieuwe inzichten op dit gebied. Uitgangspunt daarbij zal moeten zijn dat je als hulpverlener nimmer mag denken dat het wel kan zonder de direct betrokkenen van een cliënt. Hopelijk geeft deze korte bijdrage aanvullende informatie en is het een stimulans voor nieuwe activiteiten.