

## Bericht uit Friesland Ervaringen van een IPT project (deel 2)

**Door Ank Plumgraaff, SPV**

*In de "Sociale Psychiatrie" van oktober 1995 heeft u kunnen lezen over de eerste ontwikkelingen binnen het project Intensieve Psychiatrische Thuiszorg (IPT).*

*Deze keer wordt een aspect belicht uit deze vorm van zorg namelijk de hulp aan dak- en thuislozen met een psychiatrische handicap.*

Sedert mei 1995 zijn wij gestart met een wekelijks spreekuur bij het Leger des Heils. Het Leger des Heils biedt o.a. dagopvang aan thuis- en daklozen. De werkers binnen de opvang liepen regelmatig tegen problemen aan die ontstonden door bezoekers met een psychiatrisch beeld. Men voelde zich niet genoeg toegerust om met deze bezoekers adequaat om te gaan en hen de hulp te bieden die nodig is. Ook van de kant van de IPT was er behoefte om een ingang te hebben om in contact te komen met deze groep dus besloten we een proef te doen met een spreekuur van een uur één maal per week. De ervaringen tot nu toe zijn van beide kanten positief: de lijnen naar de hulpverlening zijn korter, er is iemand die zorg coördineert, die de weg wijst in hulpverlenersland, zo nodig kunnen mensen opgenomen worden in het IPT-project.

Lia van Doorn schrijft in haar boek "Wegwijs" over "De loopbaan van dak- en thuislozen met psychische problemen" dat dak- en thuislozen met ernstige psychische problemen zich in een uiterst kwetsbare positie bevinden. 'Zij zijn sociaal geïsoleerd: ze

onderhouden weinig of geen contacten met lotgenoten. Enerzijds lijkt dit voort te komen uit sociaal disfunctioneren, anderzijds vormt het zich terugtrekken in de eigen wereld een strategie waarmee anderen op afstand worden gehouden. Meestal ervaren zij hun omgeving als beangstigend en een teveel aan prikkels in hun omgeving heeft in veel gevallen tot gevolg dat de symptomen van hun psychische stoornis in hevigheid toenemen. Door het isolement worden sociale rollen gaandeweg nog verder verleerd en kunnen zij nauwelijks terugvallen op sociale en materiële ondersteuning door lotgenoten.

Binnen de sociale orde in het circuit bevinden zij zich in de onderste regionen. Ze vormen regelmatig het mikpunt van spot en worden door anderen agressief bejegend of afgeperst'.

Binnen de dagopvang in Leeuwarden is dit duidelijk waar te nemen: er is een tafel voor junks, er is een tafel voor de zwervers en de "gekke" dakloze wordt hier en daar aan een tafel gedoogd.

Verder schrijft zij:

'In sociaal opzicht hebben zij nauwelijks referentiepunten. Dit weerspiegelt zich bij een aantal van hen in grillige zwerfpatronen, waarbij soms zeer grote afstanden worden afgelegd. Anderen lijken min of meer 'verstart' en verblijven in een soms zeer beperkt gebied. Een aantal heeft nauwelijks nog contact met instellingen van de geestelijke gezondheidszorg. Sommigen, ook wel 'draai-deurpatiënten' genoemd, verblijven regelmatig voor korte of langere tijd in

instellingen voor crisisopvang of worden opgenomen in psychiatrische instellingen.

Over het algemeen maken zij minder gebruik van de opvangvoorzieningen. Verblijf in deze voorzieningen is voor veel van hen een angstige aangelegenheid. Sommigen vermijden de voorzieningen, omdat hun problematiek hen als het ware dwingt rust te zoeken en zich terug te trekken. Daarnaast zijn ze weinig weerbaar. Dit heeft onder meer tot gevolg dat ze de onderlinge concurrentiestrijd bij het bemachtigen van een plaats in opvangvoorzieningen meestal aan het kortste eind trekken. Over het algemeen ontwikkelen zij minder en eenvoudiger strategieën om aan de kost te komen; in vergelijking met anderen hebben zij daarvoor maar zeer beperkte vaardigheden. Ze vormen de 'bietsers' binnen het circuit ze zijn vaker aangewezen op het verzamelen van etenswaren uit vuilnisbakken en dergelijke. Ze lopen een groter risico zichzelf te verwaarlozen, lichamenlijk te vervuilen en zakken sneller af naar een minimaal bestaansniveau. Na verloop van jaren leven zij in veel gevallen zodanig dat hun bestaan mensonwaardig is geworden'.

Degene die ik meteen voor ogen krijg wanneer ik dit stuk lees is Joris.

Joris is een man van 30 jaar. Hij is schriel van postuur. Hij is schuw en ziet er kwetsbaar uit. Als je aan mensen in Leeuwarden vraagt of zij hem wel eens gezien hebben weten de meesten over wie je het hebt. Dit zijn de mensen die in de Openbare Bibliotheek komen en op het station. Daar bevindt Joris zich meestal. Joris is dakloos. Sedert 3 jaar zwerft hij door Leeuwarden en eet uit vuilnisbakken.

Drie jaar geleden werd hij uit huis gezet

omdat de boel vervuild was en de huur niet meer werd betaald. Er was nog een crisiscontact geweest van de RIAGG maar er werd niet open gedaan. Joris kreeg nog tweemaal een uitnodiging om op het bureau te verschijnen maar reageerde niet en toen werd het dossier afgesloten.

Joris leeft op straat.

Mijn collega en ik kwamen Joris een keer tegen in de stad en vroegen ons af wie hij was. Hij valt op door zijn in zichzelf gekeerde gedrag en verwaarloosde uiterlijk. In het kader van de 'zorgwekkende zorgmijders' denken we dat hij een klant voor ons project kan zijn. Het onderzoek begint bij de wijkagent van het centrum van Leeuwarden waar Joris zich soms ook ophoudt in de buurt van een kerk. Deze agent kent hem en heeft wel eens hulp voor hem geprobeerd te organiseren. Op het laatste moment nam Joris de benen.

Bij het Leger des Heils kende men Joris wel, net als de eerder genoemde Leeuwarders, maar hij was nog nooit binnen geweest.

Na meer speurwerk bleek er toch wat meer informatie voor handen te zijn: hij had al eens een poesje ingewoond bij iemand die bij het Straathoekwerk komt. Deze had al eens melding gemaakt tegen de werkers daar over de belabberde toestand waarin Joris verkeert. Bij de sociale dienst was er iemand die zich het lot van Joris aantrok maar niet de mogelijkheden had om er daadwerkelijk iets mee te doen.

Deze laatste had wel het telefoonnummer van een zus van Joris die in het westen van het land woont.

Ook daar informatie gevraagd. De zus was blij verrast dat er nu eens iemand van een hulpverleningsorganisatie haar opbelde i.p.v. dat zij leurt om hulp voor haar broer die voor de familie ook niet te bereiken is. Uit de informatie van de zus wordt niet duidelijk of Joris een psychiatrisch ziektebeeld heeft toch besluiten we Joris aan te melden voor de IPT.

In overleg met het Leger des Heils besluiten we dat de coördinator van de dagopvang probeert het eerste contact te leggen omdat hij daadwerkelijk iets kan bieden in de vorm van eten, drinken of een douche en schone kleding.

Sinds de aanmelding zijn we een maand verder en is er in het netwerk genoeg gebeurd; ik heb mij bekend gemaakt bij mensen die mij in contact kunnen brengen met Joris, mogelijkheden tot opvang voor de nacht zijn onderzocht, financiën (uitkering, schuldenregeling) etc.

Zoals de zaken er nu voorstaan is er veel informatie voorhanden het enige probleem is dat er geen contact nog is geweest tussen Joris en mij. Er moeten wat handtekeningen gezet worden voor aanvraag van verschillende dingen zoals een postadres, een uitkering, een inschrijfformulier voor een woning etc. Het is een zaak van een lange adem maar zeer de moeite waard.

Tot slot beschrijft collega Riens Sander een ander praktijkvoorbeeld:

Johan, 27 jaar, zwervend in Leeuwarden. Hij slaapt bij een vriend, zijn zuster en soms op straat. Niet welkom bij de nachtopvangcentra. Overdag komt Johan veel op het Leger des Heils, het Dag Activiteiten Centrum (DAC) en de Coffeeshops. Johan gebruikt veel softdrugs en incidenteel Methadon, Speed en

middelen als Valium, Seresta. Johan is vanaf zijn 15e bekend binnen de psychiatrie en het verslavingscircuit. Hij is twee keer kort opgenomen geweest in het Psychiatrische Ziekenhuis. De laatste drie jaar is Johan fors psychotisch, erg achterdochtig, heeft veel last van stemmen en wanen die over nazi's, uittrekkingen en het vermoorden van mensen gaan. Hij is erg onrustig, gejaagd. De zelfzorg is matig. Ook zijn er door het druggebruik veel problemen met geld. Johan mijdt de bekende hulpverlening.

Via het Leger des Heils wordt aan ons gevraagd of wij in contact kunnen treden met Johan. Familie en werkers van het DAC (waar hij het meest te vinden is) vinden dat het slechter gaat. Twee maanden stuur ik via het DAC, om de 14 dagen, een briefje naar Johan waarin ik uitleg, wie ik ben en dat ik graag eens een kop koffie zou willen komen drinken. Een handgeschreven briefje om niet te lijken op de bekende hulpverlening. Ondertussen heb ik vast kennis gemaakt met leden (zus en vriend) van het netwerk. Bij hen kan hij af en toe terecht voor een slaapplek.

Na enige tijd blijkt dat Johan, na weer een briefje te hebben gekregen, achter de computer op het DAC gaat zitten en urenlang getallenreeksen uittipt. In overleg met het DAC besluiten we een pauze in te lassen, om hem niet al te veel te belasten.

Dan na een maand wil Johan ons spreken op het DAC met iemand van hen erbij. Johan is gespannen, dreigende houding, gaat zo dicht mogelijk tegen mij aanzitten en schrijft talloze getallenreeksen op met de opmerking erbij. "Zie hoeveel ik vermoord heb". Ik schrijf op wie ik ben en wat de IPT is. Dit klaart de lucht iets op.

Johan wil medicatie, echter geen spuit. In overleg met de psychiater breng ik hem vanaf dat moment wekelijks Fluvoxoltabletten. Het DAC verstrekt dit dagelijks.

Na een maand evalueren we of Johan ook merkt dat de medicatie iets veranderd heeft. Johan merkt weinig, familie en DAC bevestigen dit. Voorstel voor een depot gaat Johan twijfelachtig op in. Alleen op voorwaarde dat ik het geef op het DAC en met iemand erbij.

Ondertussen lopen de spanningen bij zijn vriend op. Deze kan de situatie niet

meer aan en weigert hem de deur. Ook zijn zuster had sinds de afgelopen winter besloten om hem niet meer in huis te nemen. Hij is haar flink wat geld schuldig. Kortom Johan staat letterlijk op straat en roept onze hulp in. Het andere netwerk rond slaapplaatsen valt helemaal in duigen als ook nog blijkt dat hij onder de luizen zit en zich niet wil laten behandelen.

Onderhandelingen met zus en Johan leverde uiteindelijk op dat Johan bij haar kan slapen mits hij haar wekelijks 25 gulden brengt en zich door ons tegen de luizen laat behandelen.

---

#### Correspondentie

Ank Plumgraaff, SPV  
Sixmastraat 2,  
8932 PA Leeuwarden  
tel. (058)2800596  
fax (058)2800592

#### Literatuur.

Doorn, L. van,  
'Wegwijs',  
Nederlands Instituut voor Zorg en  
Welzijn, Utrecht 1994.

---

## Evaluatiebijeenkomst met cliënten en medewerkers van het project zorgcoördinatie en revalidatie in Amsterdam Centrum/Oud-West

**Jet van der Velden**, revalidatiewerker  
**Sjak van den Broek**, revalidatiewerker  
**Leonoor Hermanides-Willenborg**,  
projectmanager

Naast het streven de cliënt te laten participeren in het opstellen, uitvoeren en evalueren van het individuele revalidatieplan, willen wij de cliënt ook betrekken bij beleidszaken aangaande het project.

Het project is een gezamenlijk initiatief van de Riagg Amsterdam C/OW, het Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam en de RIBW PC Hoofd. Een aantal medewerkers is sinds april 1993 uit

deze drie instellingen geselecteerd om de zorg rondom een specifieke groep chronische psychiatrische patiënten te coördineren en om de revalidatie zoveel mogelijk in de directe woonomgeving te laten plaatsvinden.

Het tweede doel is het verminderen van opnames of de duur daarvan te bekorten.

De doelgroep binnen het project bestaat voor het merendeel uit schizofrene patiënten, die vanwege ernstige psychische en sociale handicaps maatschappelijk veelal een marginaal bestaan leiden. Binnen het project-team, 8 full-time equivalenten, zijn de volgende

disciplines vertegenwoordigd: sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, B-verpleegkundige, arbeidstherapeut, maatschappelijkwerk, psychiater en een secretariële functie.

De aanleiding tot het organiseren van een evaluatie bijeenkomst met cliënten en medewerkers was enerzijds het tweejarig bestaan van het project in mei 1995, anderzijds inspireerde M. Farkas ons een dergelijke bijeenkomst te beleggen.

Voor zover wij weten is het in de ambulante geestelijke gezondheidszorg een bijna uniek gebeuren dat er een bijeenkomst voor cliënten werd georganiseerd om hen bij het beleid van een project te betrekken. In de intramurale geestelijke gezondheidszorg vinden dergelijke bijeenkomsten wel plaats. Op vrijwel alle afdelingen worden 'Patiënt Staf Meetings' gehouden. De bedoeling hiervan is de patiënten te betrekken bij de gang van zaken op een afdeling. Ook zijn er in veel GGZ-instellingen bewonersraden. Deze raden hebben een formele status. Er is bijvoorbeeld sprake van regelmatig overleg met directies. De overheid werkt eveneens aan de bevordering van cliëntenparticipatie, ook ten aanzien van het beleid. In de zeventiger jaren zijn in ons land diverse patiënten-consumentenplatforms ingesteld. Onze evaluatiebijeenkomst heeft ons inziens vooral raakvlakken met een 'Patiënt Staf Meeting'.

Het initiatief voor deze evaluatiebijeenkomst kwam van de medewerkers en betreft een overleg tussen cliënten en medewerkers binnen een project. Wij wilden graag de mening van cliënten horen over diverse onderwerpen aangaande het project en hoopten

tevens een antwoord te krijgen op enkele vragen. Een ander doel van de evaluatiebijeenkomst was een nadere kennismaking tussen cliënten en medewerkers en cliënten onderling.<sup>1</sup>

### **De voorbereiding**

Drie revalidatiewerkers vormden onder leiding van de project-manager een voorbereidingscommissie.

Als plaats voor de bijeenkomst hebben wij gekozen voor het Dagactiviteitscentrum in onze regio. Het voordeel was dat deze plek laagdrempelig is omdat veel cliënten dit centrum regelmatig bezoeken. Wij hebben besloten de bijeenkomst van 10.00 tot 14.00 te laten duren. Het programma bestond zowel uit informele als formele gedeelten, zodat cliënten de gelegenheid werd geboden om korter aanwezig te zijn. Tijdens de ontvangst en de lunch konden de aanwezigen andere cliënten en medewerkers van het project persoonlijk ontmoeten, wat duidelijk op prijs werd gesteld. Omdat veel cliënten niet gewend zijn zich lang te concentreren op een presentatie en regelmatig willen roken en/of koffie drinken, was er tijd ingeruimd voor twee korte pauzes.

De duur van de lezingen hebben we eveneens kort gehouden. Iedere spreker hield zich er goed aan en er werd aandachtig geluisterd. De discussie, waar het eigenlijk om begonnen was, hadden we geschat op drie kwartier. Het was een zeer levendige discussie, die eigenlijk niet binnen de vastgestelde tijd afgelopen was. Het gesprek kon echter tijdens de lunch worden voortgezet.

---

<sup>1</sup>) "Rehabilitatie in Amsterdam",  
Invitational Conference,  
23 november 1995

### De uitnodiging en de enquête

Een volgend punt in de voorbereiding was de vraag: op welke manier krijgen we zoveel mogelijk cliënten enthousiast om naar de bijeenkomst te komen. Wij besloten de uitnodiging te laten geven door de revalidatiewerker. Tevens hadden wij een kleine enquête aan de uitnodiging toegevoegd. De bedoeling hiervan was tweeledig: ten eerste cliënten vast te laten denken over enkele doelstellingen van het project, als opwarmer voor de discussie, en daarnaast ruimte te geven om discussiepunten in te brengen. Zowel het antwoordstrookje als de enquête konden bij de revalidatiewerker worden ingeleverd. Diverse cliënten vulden de vragenlijst in aanwezigheid of met hulp van de revalidatiewerker in.

### Het programma

Na de opening door de dagvoorzitter, Sjak van den Broek, hield de projectmanager, L. Hermanides, een korte inleiding over de geschiedenis van het project, het toekomstperspectief en de aanleiding voor deze bijeenkomst. Omdat er een groot onderzoek aan ons project is verbonden, waar cliënten, hulpverleners en anderen aan meewerken, hebben we de onderzoekers gevraagd iets te vertellen over de voorlopige uitkomsten van het begeleidend onderzoek. De onderzoekers hebben hun best gedaan hun praatje aan het publiek aan te passen, niettemin blijft het voor sommige patiënten moeilijk om onderzoekspresentaties te begrijpen. Interessant zijn de volgende resultaten:

- 77% van de cliënten is volledig op de hoogte wat er in het zorgplan staat.
- Er wordt het meest gewerkt aan doelen op het gebied van dagbesteding, huishouding en hygiëne.
- Op alle gekozen doelen wordt vooruitgang geboekt. Het verwachte niveau wordt gemiddeld bijna ge-

haald. De grootste vooruitgang wordt geboekt t.a.v. medicatie-inname, contact met familie en contact met de hulpverlening. De minste vooruitgang wordt geboekt op het gebied van de dagbesteding, hygiëne en op het gebied van vrienden.

- Het aantal opnames blijft gelijk, alleen zijn de opnames van veel kortere duur. Er is sprake van een daling van opnameduur van 60%.  
Vervolgens licht Jet van der Velden de enquête-uitslagen toe. Er zijn 80 enquêtes verstuurd en er zijn 50 ingevulde formulieren teruggekomen, een hoge score. Het is geen wetenschappelijke enquête, toch zien we enkele aardige uitkomsten.
- 80% van de cliënten zegt baat te hebben bij de revalidatie. Praktische hulp en steun worden een aantal keren genoemd
- 76% van de cliënten vindt het huisbezoek prettig. Sommigen vinden het vooral gemakkelijk, anderen vinden het veel beter dan een gesprek op een kantoor.  
Er zijn ook twijfels over het doen van een huisbezoek. Het wordt indringend gevonden. Het stelt eisen aan het huishouden. Sommigen voelen schaamte over de verzorging van hun huis.
- 64% van de cliënten ervaart het als positief betrokken te worden bij de zorgplannen. De eigen mening wordt op prijs gesteld. Ruim een kwart van de cliënten wist hierop niet te antwoorden.
- 21 cliënten ervaren het contact met twee hulpverleners als goed: er is altijd iemand op de achtergrond; twee mensen, twee gedachten; er is meer kans om begrepen en geholpen te worden.
- 12 cliënten hebben twijfels bij dit gegeven: het werkt vertragend want er is meer overleg nodig. Het is verstandelijk goed, maar emotioneel lastig en verwarrend.

9 cliënten vinden het negatief: te druk en teveel. Zij geven de voorkeur aan één hulpverlener. Een opmerkelijk detail hierbij is dat drie cliënten niet opgemerkt hebben dat zij met twee hulpverleners van doen hebben.

Wij hebben een preventiemedewerker van de Riagg C/OW, bereid gevonden de discussie te leiden.

De volgende drie vragen kwamen in de discussie aan de orde:

1. Hoe bereik je cliënten die hulp weigeren maar deze volgens de omgeving wel nodig hebben, hoever ga je met bemoeizorg?
2. Het vinden of houden van dagbesteding is een van de meest voorkomende hulpvragen binnen het project, toch wordt er op dit punt het minste vooruitgang geboekt, wat zou hiervan de reden zijn?
3. Cliënten zijn blijkens de enquête "enigszins" tevreden over de hulp van de projectmedewerkers, hoe kan het beter ?

De discussieleider maakte na een beeldende inleiding de tongen los en leidde de discussie op een inspirerende wijze.

### **Discussie vraag 1**

Het merendeel van de aanwezigen blijkt bemoeizorg als belangrijk en zinvol te ervaren.

Het hulp weigeren is volgens velen eerder niet kunnen of durven dan werkelijk niet willen. Men refereerde hierbij aan eigen ervaringen in tijden dat men zelf hulp weigerde. Het feit dat er wekelijks een hulpverlener contact probeert te krijgen werkt volgens velen geruststellend en kan een goede basis zijn voor verdergaand contact. Contact forceren werd negatief beoordeeld, dit leidt eerder tot grotere achterdocht en wantrouwen.

Manieren om tot contact te komen

werden ook genoemd, zoals het schrijven van een persoonlijk briefje als iemand niet open doet, opbellen en contact leggen met het netwerk of de huisarts.

### **Discussie vraag 2**

Dagbesteding wordt door de meeste cliënten als belangrijk ervaren en er werd opgemerkt dat er steeds meer vormen van dagbesteding zijn. Echter het aanbod wordt niet als probleem ervaren maar het er naar toe durven gaan. Zowel het reizen naar als het binnen gaan van een instelling worden als probleem ervaren.

Tips om hier mee om te gaan werden door cliënten gegeven, zoals samen met een bekende gaan, de Vriendendienst inschakelen of met de stadsmobiel reizen.

### **Discussie vraag 3**

Het gegeven dat cliënten "slechts enigszins" tevreden zijn over de geboden revalidatie heeft te maken met eerdere negatieve ervaringen met de hulpverlening en met de indruk dat cliënten niet goed kunnen aangeven waar men hulp bij wil hebben.

Hulp van het project wordt positiever beoordeeld, met name continuïteit van zorg, gelijkwaardigheid en de zorgintensiteit worden gewaardeerd.

De cliënten hebben nog enkele suggesties om de activiteiten van het project in de toekomst uit te breiden met gespreksgroepen over psycho-educatie, uitgebreide therapeutische gesprekken, opvang en dagbestedingsmogelijkheden in het weekend en meer geld voor uitjes.

### **Conclusies**

Wij kijken terug op een geslaagde evaluatiebijeenkomst. Het persoonlijk uitnodigen van de cliënten en het geven van ondersteuning bij het beantwoorden van de enquêtevragen heeft gezien de resultaten goed gewerkt.

De opkomst van 23 cliënten lijkt laag, doch is gezien de ernst van de psychiatrische problematiek, de teleurstellende ervaringen met eerdere hulpverlening en de onbekendheid van cliënten met het bijwonen van een dergelijke bijeenkomst, bevredigend te noemen. De locatie was goed gekozen, alleen de vele trappen vormden voor een aantal mensen een bezwaar. De programma-onderdelen waren gevarieerd en over het algemeen goed te volgen. De presentatie van de onderzoeksresultaten vonden sommige cliënten saai en te weinig vertaald naar de dagelijkse praktijk. Dit behoeft mogelijk verbetering voor een volgende bijeenkomst. De discussie aan het eind van de bijeenkomst was het meest opmerkelijk. De cliënten noemden kritische punten die ook daadwerkelijk een betere hulpverlening kunnen opleveren.

Bijvoorbeeld om bij moeilijk bereikbare cliënten een persoonlijke brief in de brievenbus te doen in plaats van een standaard brief, of de vraag naar meer ondersteuning bij het reizen naar het DAC of een buurthuis. Het eerste punt wordt reeds in de praktijk toegepast. Ook blijkt er duidelijk vraag naar gespreksgroepen te zijn.

De belangrijkste conclusie die wij uit deze bijeenkomst kunnen trekken is het belang patiënten mee te laten denken over de inhoud van de revalidatiemethodieken, zoals die binnen ons project gehanteerd worden. Het levert verrassende punten op die werkbaar zijn in de praktijk en tevens denken wij dat zo'n bijeenkomst de tevredenheid van cliënten over de hulpverlening en de betrokkenheid bij het project.

We hebben het voornemen om over een jaar weer een bijeenkomst te organiseren waar de volgende vragen in het programma aan de orde zullen komen: wat is er met de aanbevelingen van de cliënten gedaan, is men nog steeds tevreden over onze hulpverlening en op welke wijze kan de participatie van patiënten binnen het project meer gestalte krijgen?

#### **Correspondentie**

Project Zorgcoördinatie en Revalidatie  
Amsterdam C/OV  
Spinozastraat 51  
1018 HJ Amsterdam  
Tel: 020-5235455

---

## Op bezoek bij onze oosterburen in Roemenië

Op verzoek van de stichting VOILA hebben onderwijsgeevenden van diverse disciplines in de psychiatrie een bijdrage gegeven aan de bijscholing van onze collega's in het psychiatrisch ziekenhuis VOILA in Cimpina in Roemenië. Eind oktober 1995 gingen Nanning Pesman Psychiater, Roelof Wolters Psycholoog, Henk Vermeulen en GertJan Wiersma docenten Psychiatrische Verpleegkunde samen met Tolken en Coördinatoren van de Stichting op Reis.

De St. VOILA is ontstaan vanuit een Jumelage van het psychiatrisch ziekenhuis in Roemenië en het A.P.Z. Grote Rivieren, de G.G.&G.D. en het Rode Kruis in Dordrecht. De afgelopen drie jaar besteedde men vooral aandacht aan de verbetering van de materiële voorzieningen in het ziekenhuis. Vanuit het ziekenhuis kwam de wens naar voren aan de gehele staf ondersteuning te bieden op het gebied van methodiek groepswork en psychiatrische verpleegkunde, en

multidisciplinaire samenwerking. In samenwerking met de Stichting VOILA en het Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid werd een lesprogramma opgesteld waaraan bovengenoemden uitvoering hebben gegeven.

### **Een eerste indruk**

Zeer hartelijk werden wij op het vliegveld door de ambulancechauffeur en een van de psychiaters van het ziekenhuis opgewacht. Het sombere herfstweer versterkte de grauweheid van het landschap en de verouderde industriële gebouwen. In het stadje Cimpina 80 kilometer ten noorden van Boekarest werden wij naar een voormalig buitenverblijf van de 'partij' gebracht, het psychiatrisch ziekenhuis VOILA. Een herfstige bosrijke omgeving met verspreid liggende paviljoens. Een kleinere afdeling was vrijgemaakt om de gasten uit Nederland te ontvangen. Buiten liepen patiënten in pyjama en kamerjas; Ook het personeel droeg rode en blauwe kamerjassen. Herinneringen van 20 jaar geleden kwamen bij mij weer naar boven. Die avond werden wij op Latijnse wijze uitgebreid ontvangen met een rijk voorzien buffet, en om deze nijvere Hollanders niet alleen te zien werken, werden wij op de zondag uitgenodigd mee te gaan naar het prachtige buitenpaleis van de voormalige koning van Roemenië. In een ochtend en in een middagprogramma was de gehele verpleegkundige staf van 70 personen vrijgesteld om de workshops bij te kunnen wonen. Gezondheidsassistenten werden zij genoemd. De zogenaamde 'infirmieres' waren de hulpkrachten die allerhande huishoudelijke taken verrichtten. Dat Verpleegkunde een zelfstandige discipline is dat was alleen voor de jongere deelnemers bekend.

Ook hebben wij ons moeten realiseren dat in het communistisch Roemenië slechts beperkt erkenning was van psychologische en sociale problematiek. Dit kwam tot uitdrukking in het feit dat de staf enkel bestond uit klinisch geschoolde psychiaters en gezondheidsassistenten / verpleegkundigen.

Visie op Psychiatrie en Psychiatrisch Verpleegkunde met zelfstandige concepten en methoden waren derhalve de onderwerpen waar men zich mee bezig zou gaan houden. Mijn collega van de Hoge School Rotterdam zou de onderwerpen Milieutherapie en Methodisch Werken in de psychiatrisch verpleegkunde gaan behandelen. Het onderwerp Multidisciplinaire Samenwerking zou in een voorbeeldige samenwerking met de collegadocenten inhoud gegeven worden.

Visie op Psychiatrie en Psychiatrisch Verpleegkunde

Nieuw was voor hen dat er niet alleen een docent stond die vertelde 'hoe het moest', maar in gesprek met hen in diverse onderwijskundige werkvormen hen uitnodigde uitdrukking te geven aan de aanwezige kennis en ervaring.

Dat een psychiatrisch verpleegkundige niet alleen een gezaghebbende functie is om patiënten te behandelen met medicijnen, doch ook het op betrokken wijze uitdrukking geven aan de relatie met de 'cliënt'. Dat in relatie met onze cliënten hun problemen niet alleen voortkomen uit defecten, doch ook met persoonlijke problemen die ons zeer kunnen raken.

Dat er in deze tijd van omwentelingen op wereldniveau er steeds meer sprake is van globalisering van kennis en inzichten daar waar de oude ideologieën ons eenduidige waarheden voorspiegelden.

Dat wij niet alleen kwamen vertellen over de verworvenheden uit het westen waar ten gevolge van liberalisering en individualisering er sociale armoede bestaat, doch dat wij veel te leren hebben van de veerkracht, betrokkenheid en overlevingskracht van onze collega's.

Zij weten ondanks de materiële terugval in het land toch voor hun patiënten klaar te blijven staan.

### **Milieutherapie en Methodisch Werken**

Milieutherapie ging in hoe een omgeving vorm te geven waarin de cliënten therapeutisch uitnodiging kunnen ervaren in plaats van hen een door de organisatie een structuur op te leggen. Prachtig werden de huiskamers, de recreatieve ruimten, en de indelingen van de afdelingen toen zij uitgedaagd werden op creatieve wijze er zelf vorm aan te geven. Geen tralies meer voor de isoleer, een keuken en eetkamer op de afdeling in plaats van een gaarkeuken en een troosteloze eetzaal, aparte ruimten om met familieleden zich terug te kunnen trekken en bij enkelen was duidelijk dat er voor de pyjama's en kamerjassen geen plaats meer was.

In het onderdeel methodisch werken werd aan de hand van het werkboek enkele patiëntsituaties doorgelicht door hen te beoordelen aan de hand van de criteria van OREM zoals deze zijn uitgewerkt door van de Brink Tjebbes voor de Nederlandse situatie. Gezien de ijver waarmee men aan het werk was, bleek deze benadering aan te slaan.

### **Multidisciplinair Samenwerken**

Door een patiënt- en een beleidsbespreking te ensceneren aan de hand van voornoemde onderwerpen kwamen er met de artsen/psychiaters gesprekken op gang waarin men uitdrukking gaf aan de veelheid van

eigen inzichten, kennis en ideeën hoe de situatie ter plaatse te verbeteren was.

Op de vraag van een van de artsen hoe lang het zou duren dat er veranderingen en verbeteringen mogelijk zouden zijn, kon ik slechts antwoorden dat gezien de eendrachtige samenwerking de afgelopen week ik ervan uitga dat ondanks de erfenis van bureaucratische beslommeringen en materiële terugval er in een vijftal jaren veel mogelijk moet zijn om in therapeutische en immatriële zin tot grote veranderingen te kunnen komen.

Onder de indruk was ik van de getoonde wil tot verandering. Ook de huiver heb ik ervaren van de ouderen die dit proces van omwenteling en verandering met enige argwaan meemaken.

Trots was men op de erkenning die de Stichting VOILA hen gaf door de collega's een Certificaat uit te reiken waarin hun deelname aan de workshops werd vastgelegd.

Het afscheidsfeest dat ons door het ziekenhuis werd aangeboden was hartverwarmend, en op LATIJNSE wijze spontaan en hartelijk. Voldaan keerden wij naar huis terug van een week hard werken.

Want ter plaatse diende veel van het voorbereide werk bijgesteld te worden. Deels waren wij geschokt in ons gevoel teruggeworpen te zijn op onze vroegere ervaringen met de psychiatrie in Nederland, tevreden om collegiaal een bijdrage te hebben kunnen leveren aan hun ontwikkelingen.

Gertjan Wiersma (1954), docent Psychiatrische Verpleegkunde en Supervisor aan de Hogeschool Rotterdam en Omstreken, en in de functie van SPV werkzaam bij Riagg Westelijk Utrecht.