

(Door het verloren gaan van de orginelen is dit artikel niet in de gebruikelijke opmaak. Er kunnen kleine wijzigingen in de tekst bestaan ten opzichte van het origineel)

MEDIAAN

Bericht uit Friesland: kan het beroep SPV opgeheven worden?

Henk Hiemstra, SPV, coordinator IPT-Leeuwarden

Laatst vroeg een SPV, werkzaam bij de RIAGG-Volwassen afdeling, mij " wat doet een SPV nu voor ander werk bij de IPT (intensieve psychiatrische thuiszorg) dan de b-verpleegkundige?". Het enige antwoord wat ik zo snel kon bedenken was "de SPV doet geen ander werk, hij doet zijn werk anders".

SPV-en in Nederland zijn grofweg in twee groepen te verdelen: zij wiens affiniteit ligt bij meer psychosociale problematiek en zij wiens aandacht zich meer richt op de chronische psychiatrische problematiek. Het animo onder SPV-en voor de chronische psychiatrie is niet groot. Ter illustratie: binnen de RIAGG Friesland was er destijds bij de start maar 1 SPV die uiteindelijk wilde en ook kwam werken bij de IPT, als coördinator. Een tweede SPV werd van buitenaf aangetrokken.

De tweede groep SPV-en vinden we onder andere terug bij de huidige ontwikkelingen in de zorg voor de chronisch psychiatrisch patiënt. Bij voorbeeld in diverse thuiszorgprojecten worden ze ingezet als zorgcoördinator, degene die de lijnen uitzet en anderen (vaak b-verpleegkundigen) aanstuurt in de directe cliëntenzorg. Degene die het meeste contact heeft met de cliënt is de b-verpleegkundige. Bij een crisis kan deze echter niet zelfstandig handelen omdat dat de taak is van de zorgcoördinator (Hermanides-Willenborg L., "Revalideren en coördineren", MGV 11-94). Deze scheiding heeft mijn inziens geen meerwaarde. Het zorgt alleen maar voor meer onduidelijkheid voor alle partijen (welke vraag moet aan wie gesteld worden) en bovendien voor meer overlegvormen tussen de diverse partijen, wil alles op elkaar afgestemd blijven.

Binnen het IPT Leeuwarden zijn de b-verpleegkundigen de zorgcoördinator. Zij zetten samen met de cliënt de behandel- en begeleidingslijnen uit en dragen samen met de cliënt zorg voor de uitvoering. De zorgcoördinatoren hebben contact met de familie, vrienden, burens, het hele netwerk. Hun activiteiten zijn gericht op het optimaal benutten van iemands mogelijkheden om zich, ondanks handicaps als gevolg van hun psychiatrisch ziektebeeld, in het dagelijks leven te redden. Daarbij sluiten ze aan bij de wensen van de cliënt. Over verschillen in opvatting wordt met elkaar onderhandeld. De b-verpleegkundige stelt zich op aan de zijde van de cliënt. Het ziektebeeld en de motivatie voor hulp bij IPT-cliënten zijn vaak verre van stabiel. Bij crisis is de b-verpleegkundige de crisismanager, hij kent de cliënt het best en heeft de beste binding. Hij weet daarvoor welke crisisinterventie het meeste resultaat zal opleveren om de crisis te bezweren. Zij kunnen bij hun werk terugvallen op het IPT-team waarin de psychiater en coördinator ook een coachende functie hebben. De lijnen zijn kort en daardoor voor ieder overzichtelijk.

Het werk dat de b-verpleegkundigen bij het IPT-Leeuwarden doen is het werk wat mijn inziens de SPV vroeger heeft gedaan.

Nu de APZ'en bedden sluiten en de zorg naar de cliënt brengen, gaan de b-verpleegkundigen mee. In wezen dienen ze dan als SPV geschoold te worden. Dat is te duur, en duurt te lang. Korte gerichte scholingen en goede coaching is het alternatief. En het werkt. De grenzen tussen ambulante en klinische psychiatrische verpleegkunde vervagen. De IPT-verpleegkundigen kunnen modules van de huidige SPV opleiding aangereikt krijgen om hun kennis en vaardigheden uit te breiden. Hun werk wordt vaak omschreven als casemanagement, een term die nog geen eenduidige omschrijving heeft. En ook is niet duidelijk welke discipline zich casemanager mag noemen (v.d. Berg J., SP 44, blz.40-41).

In de praktijk blijkt dat de b-verpleegkundige met gerichte scholing voldoet als casemanager in de intensieve psychiatrische thuiszorg. De positie van de SPV wordt daarbinnen onduidelijk. Zullen zij zich meer gaan richten op coördinerende functies? Of gaan zij specifieke doelgroepen begeleiden? Blijven ze zo breed inzetbaar en eclectisch werken als nu het geval is? Worden ze kwaliteitsbewakers van zorg? Of wordt men massaal hypnotherapeut met een eigen praktijk?

Op het tweede lustrumsymposium van de NVSPV in 1989 stelde B. Gersons dat de SPV de kerndiscipline voor de psychiatrie zou zijn. Tevens sprak hij de hoop uit dat het woord "**sociaal**" in de toekomst zou kunnen verdwijnen en alle verpleegkundigen in de psychiatrie op een zelfde wijze als de huidige SPV-en zouden gaan werken (Gersons B., "SPV aan bod: verleden, heden en toekomst". uit Syllabus NVSPV april 1990).

Waarmee alle verpleegkundigen in de psychiatrie een kerndiscipline zullen worden en de SPV als

beroepsgroep zal verdwijnen.

Misschien is die tijd nu gekomen. Laten we de beroepsgroep Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige maar opheffen.

In SP van augustus 1996 hebben we in het "verenigingsnieuws" kunnen lezen dat de A-, B- en Z-verpleegkundigen gaan verdwijnen en daarvoor in de plaats komt de basis-verpleegkundige. De SPV van nu is een voorloper van wat straks een specialistisch psychiatrisch verpleegkundige gaat heten (toch SPV dus). In Friesland worden teams gevormd bestaande uit verschillende zorgprogramma's, onder andere Begeleid Zelfstandig Wonen (BZW), Intensieve Psychiatrische Thuiszorg (IPT) en een RIAGG aanbod. Dat laatste zal voornamelijk door SPV-en worden opgevuld.

De vraag die nu beantwoord dient te worden is "Wat gaat die SPV straks doen, wat is zijn meerwaarde?".

Misschien heeft men elders in Nederland al antwoorden gevonden op deze vraag. Graag zie ik die antwoorden terug in een volgend nummer van SP.

Ter illustratie heeft Gerjan Numan, IPT-verpleegkundige, enige ervaringen op papier gezet:

"Bijna anderhalf jaar werk ik als B-verpleegkundige bij de IPT-Leeuwarden. De ervaring leert dat ik als B-verpleegkundige prima in staat ben om na een korte gerichte scholing en een goede coaching, als casemanager in een thuiszorgproject te werken. Is het niet zo dat de B-verpleegkundige, meer dan wie ook binnen de kliniek (maatschappelijk werker, psycholoog, psychiater), contact heeft met de cliënt. De B-verpleegkundige begeleidt, verpleegt, geeft steun en biedt een luisterend oor. Vierentwintig uur per dag is de B-verpleegkundige bereikbaar. Jarenlange werkervaring en kennis wordt vanuit de kliniek meegenomen naar het ambulante veld door de B-verpleegkundige. Maar wat maakt het ambulante veld zo anders dan de kliniek? Binnen de kliniek gelden (vaak goed bedoelde) regels. Bij de cliënt thuis geldt het omgekeerde: de verpleegkundige is de gast en soms betekent dat de verpleegkundige niet welkom is. Bij deze vorm van werken hoort een andere manier van denken en benaderen, maar vereist ook meer creativiteit en flexibiliteit om het contact met de cliënt en zijn leefomgeving te maken en te behouden. Niet iedere cliënt zit op een hulpverlener te wachten".

Een boemeltje zonder bestemming

Dr. Ad Beenackers, psycholoog is als onderzoeker werkzaam bij de Riagg Gooi en Vechtstreek te Hilversum en de Riagg Flevoland te Lelystad.

Dit artikel is een lezing gehouden op een studiemiddag van de NVSPV.

Inleiding

In haast iedere sector kun je, als je iets nodig hebt, een afspraak maken over wat je precies wilt hebben en op welke termijn. Als je een huis wilt laten bouwen, spreek je af hoe dat huis er precies uit moet zien en wanneer het opgeleverd wordt. Als je naar Amerika wilt, stap je naar een luchtvaartmaatschappij en maak je een afspraak over de plaats van bestemming en de dag van aankomst. Haast alle overeenkomsten met professionele instellingen of personen bevatten tenminste deze twee elementen: je weet van te voren wat het resultaat is en wanneer dat resultaat tegemoet gezien mag worden. Ingeval er iets moet worden gerepareerd, hersteld, opgeknapt, verholpen en dergelijke, speelt behalve het resultaat vooral ook de snelheid een belangrijke rol, omdat er in al die situaties sprake is van een bepaald ongemak dat blijft voortduren zolang het niet verholpen is. Dat is ook de situatie waarmee we in de geestelijke gezondheidszorg te maken hebben. In dat opzicht kunnen we onze branche zien als een deel van de reparatiesector.

Verwachtingspatroon

De klachten, waarbij men de hulp van de geestelijke gezondheidszorg inroept, kan men tot dezelfde categorie rekenen als klachten in de trant van de auto die kapot is, de riolering die verstopt is, de tand die pijn doet, de grond die verzuurd is, et cetera. Het gaat om klachten waarvan de klager wil dat ze snel en afdoende verholpen worden. "Snel" en "afdoende", dat zijn de normen waaraan hij het werk van allerlei vaklui beoordeelt: dat van de monteur, de loodgieter, de tandarts, de aannemer en last but not least: de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Ook van deze hulpverlener zal hij in beginsel verwachten dat hij vooraf aan kan geven wat het resultaat is van zijn hulp en wanneer hij dat resultaat tegemoet mag zien.

De praktijk

Wie geestelijke gezondheidsklachten heeft, en daarbij professionele hulp inroept, komt via de huisarts terecht bij de regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (Riagg). Daar volgt een onderzoek, dat tot doel heeft na te gaan welke hulp het meest geëigend is. Dat onderzoek bestaat uit een algemeen gedeelte, van enkele gesprekken, dat soms wordt aangevuld met een specifiek gedeelte, waarin een antwoord gezocht wordt op bepaalde vragen die tijdens het algemene gedeelte zijn gerezen. In de sociale psychiatrie is zo'n aanvullend onderzoek uitzonderlijk: hier volstaat meestal een algemeen onderzoek. Daarbij staat de vraag naar het ontstaan van de klachten centraal. Het antwoord op die vraag zoekt men in de levensloop van de cliënt. Die wordt uitvoerig besproken, beginnend bij de eerste herinneringen als kind en uitmondend in de meest recente ervaringen. Het op deze manier verzamelen van informatie gaat vaak geleidelijk over in behandelen of begeleiden. Het bespreken van het verleden spitst zich dan steeds meer toe op het bespreken van hetgeen er na het laatste gesprek is voorgevallen. Als dit proces wordt onderbroken door een behandelplan, kan dat enig oponthoud met zich meebrengen, en een andere hulpverlener, maar inhoudelijk gezien betekent het slechts een rimpeltje in een overwegend gelijkmatig verlopend proces. Dat komt omdat zo'n plan slechts bestaat uit een aanduiding van het soort gesprekken dat men voornemens is te voeren, bijvoorbeeld individuele gesprekken, ondersteunende gesprekken, een begeleidend contact, het geven van inzicht, en dergelijke. Dat zijn activiteiten waar men in feite al vanaf het eerst gesprek mee bezig is, zodat er op dat moment niet veel verandert. Over het doel van die gesprekken wordt in het plan geen duidelijkheid gegeven. Ook over de duur van de behandeling worden geen afspraken gemaakt. In zijn algemeenheid geldt deze procedure voor de Riagg als geheel (Beenackers, 1995a), en in het bijzonder voor de sociale psychiatrie. Het lijkt bij uitstek de werkwijze te zijn van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige.

Vakmanschap

In feite komt het erop neer dat de cliënt zijn verhaal vertelt en dat de hulpverlener luistert. Dat kan weken, maanden of jaren op ongeveer dezelfde manier doorgaan. Deze werkwijze moet bij menig cliënt het beeld oproepen van "een boemeltje zonder bestemming". Een "boemeltje" vanwege de traagheid en "zonder bestemming" vanwege de doelloosheid. Traagheid en doelloosheid hangen hier sterk met elkaar samen: als er geen concreet doel wordt geformuleerd, is er niets om naar toe te werken, en dan is het haast per definitie onmogelijk om voortgang te maken. Het gevolg daarvan is dat de hulpverlener vooral toeschouwer lijkt te zijn: hij kijkt wat er aan de hand is, en vervolgens hoe het zich verder ontwikkelt. Er wordt niet naar een bepaald resultaat toegewerkt en de tijd lijkt geen rol te spelen. Wie in de reparatiesector op deze manier te werk gaat, heeft volgens de algemeen gangbare normen zijn vak niet onder de knie. Het ligt voor de hand dat veel cliënten deze normen ook min of meer van toepassing achten op de geestelijke gezondheidszorg, en bijgevolg de hulp die ze ontvangen niet als professioneel zullen ervaren.

Afhaken

Van alle hulpvragers die zich bij een Riagg melden, haakt ruim de helft al na enkele gesprekken af (Van Osselaer, 1995). De meeste van deze cliënten doen dat door eenzijdig het contact te verbreken. Ze komen niet opdagen en laten niets meer van zich horen.

Het verschil tussen de verwachtingen van de cliënt, ontleend aan de gang van zaken die elders in de maatschappij gebruikelijk is, en de manier van werken in de ambulante geestelijke gezondheidszorg, is voor mij de meest voor de hand liggende verklaring voor het door de cliënt voortijdig verbreken van de hulpverleningsrelatie, en voor de weinig elegante manier waarop veel cliënten dat doen. In de literatuur worden ook andere factoren genoemd, onder andere door Van Osselaer (1995), maar die factoren lijken toch vooral het karakter te hebben van de druppel die de emmer doet overlopen: als er voortvarend aan de klachten wordt gewerkt, hoeven kleine ergernissen niet tot een contactbreuk te leiden. Dat is althans mijn veronderstelling.

Veel hulpverleners bieden de cliënt vooral een goed uitzicht op zijn klachten. Het begint, bij wijze van spreken, met een klein raampje, waardoor de cliënt als het ware van enige afstand naar zijn eigen problemen mag kijken. Dat raampje wordt door de hulpverlener steeds groter gemaakt, tot het de omvang heeft van een etalageruit. Maar er wordt geen luikje opengezet dat uitzicht geeft op een oplossing. De cliënt wordt als het ware voortdurend geconfronteerd met datgene waarvan hij verlost wil worden, terwijl hem datgene wordt onthouden waarvoor hij zich tot de hulpverlening heeft gewend.

Klachtgericht

Cliënten willen gewoon dat hun klachten verholpen worden. Dat betekent dat hulpverleners behandeldoelen moeten formuleren die een taalkundige ontkenning zijn van de klachten: depressief (als klacht) versus niet depressief (als beoogd resultaat), verslaafd aan alcohol versus niet verslaafd aan alcohol, angstklachten versus geen angstklachten, et cetera. Dat mag eventueel ook een gedeeltelijke ontkenning zijn: vaak depressief versus soms depressief, verslaafd met ernstige gevolgen versus verslaafd met minder ernstige gevolgen, enzovoort. In beginsel is het dus niet

moeilijk om behandeldoelen te formuleren. Wie de klachten op papier heeft staan, heeft de doelstellingen bij de hand. Bij de Riagg Gooi en Vechtstreek en de Riagg Flevoland gelden dossierrichtlijnen (Beenackers, 1995b), die de hulpverleners verplichten op deze directe manier de klachten te vertalen in behandeldoelen. Bij nieuwe medewerkers maken deze voorschriften zelfs deel uit van de arbeidsovereenkomst. Er mag weliswaar van deze richtlijnen afgeweken worden, maar dat moet steeds beargumenteerd worden. In beginsel moet men zich gewoon tot doel stellen de klachten te verhelpen. Ook bij de Riagg Midden-Holland wordt op deze manier gewerkt. Over het resultaat valt nog niets te zeggen. Dat moet nog onderzocht worden.

Kortdurend

De cliënt wil niet alleen dat zijn klachten verholpen worden, hij wil ook dat dit op korte termijn gebeurt. Ongeveer de helft van de Riaggs houdt zich inmiddels bezig met kortdurende behandelingen (Van Buuren & Schouten, 1994). De bekendste vorm hiervan is het vijf-gesprekkenmodel. Het meest opvallend aan de diverse experimenten op dit gebied vind ik het enthousiasme van de hulpverleners (zie o.a. Stoffer, 1994; Schouten & Wagenborg, 1995; Appelman, 1996). Het kan voor zowel de cliënt als de hulpverlener heel prettig zijn om vooraf te weten dat men elkaar niet meer dan vijf keer hoeft te zien (Evertse & Veenstra, 1995). Opmerkelijk is voorts de enorme diversiteit van de verschillende projecten (Beenackers, 1996), al kan dit ten dele ook op gezichtsbedrog berusten, omdat iedere auteur zijn eigen woorden kiest. Het is mij niet duidelijk of er in vijf gesprekken ook klachten verholpen worden. Pieters (1995) neemt weliswaar de klacht als uitgangspunt, maar laat er zich niet over uit of vervolgens het verhelpen van die klacht ook expliciet als doel wordt gesteld. Crouzen (1995) heeft het over het oplossen van een klein gedeelte van de problematiek, waardoor er hoop en perspectief ontstaat ten aanzien van de totale problematiek, die vervolgens sneller aangepakt kan worden, mede omdat er generalisatie optreedt. Dit is de meest concrete omschrijving die ik ben tegengekomen. Het is een omschrijving die zowel iets zegt over het doel van de behandeling als het middel. Appelman (1996) spreekt over het weer in balans brengen van de cliënt. Dat is minder concreet, maar het verwijst nog wel naar een bepaald doel. Aanduidingen in de trant van structureren (Van de Grift, 1995) en ordenen (Noordenbos, 1995) hebben uitsluitend betrekking op het middel dat men toepast. Over wat er precies gebeurt in die vijf gesprekken, en met welke resultaten, valt dus niet veel te zeggen. Dat moet nog onderzocht worden.

Klachtgericht en kortdurend

Kiest men voor het verhelpen van de klachten, dan kiest men in zekere zin voor een resultaatverplichting. Kiest men voor maximaal vijf gesprekken, dan kiest men in feite voor een inspanningsbeperking. De combinatie, een resultaatverplichting gekoppeld aan een inspanningsbeperking, is niet realistisch. Als men zich op voorhand tot doel stelt de klachten te verhelpen, moet men per cliënt bekijken welke methode daarvoor het meest geschikt is, en hoe lang de behandeling waarschijnlijk gaat duren. De tijd is dan ondergeschikt aan het beoogde resultaat. Als men zich op voorhand tot vijf gesprekken wil beperken, moet men per cliënt bekijken welk deel van de klachten daarmee verholpen kan worden. Het beoogde resultaat is dan ondergeschikt aan de tijd. Men kan deze twee benaderingen ook combineren, door ze achter elkaar te zetten. Er ontstaat dan een basisprogramma, van bijvoorbeeld maximaal vijf gesprekken, dat wordt verzorgd door zogenaamde generalisten. Voor cliënten, waarvoor het basisprogramma ontoereikend is, zijn er specialistische programma's, waarbij het verhelpen van de klachten voorop staat. Dit is de weg die door de Riagg Gooi en Vechtstreek is ingeslagen. Er wordt bij deze Riagg dus op twee fronten geëxperimenteerd: kortdurend enerzijds en klachtgericht anderzijds. In beide gevallen moet men afstappen van de gewoonte om bij de intake alle energie te investeren in het opsporen van de condities die de klachten hebben veroorzaakt. Om de klachten te kunnen verhelpen, moet men weten door welke condities de klachten in stand worden gehouden, en hoe men deze condities kan veranderen. Men moet zich minder eenzijdig met het verleden bezighouden, en meer met het heden en de toekomst. De vraag, hoe de klachten zijn ontstaan, is minder interessant dan de vraag waarom ze niet vanzelf verdwijnen. Het raam, dat uitzicht geeft op de problemen, hoeft niet noodzakelijkerwijs zo groot mogelijk gemaakt te worden. Het gaat om dat andere raam, dat uitzicht geeft op een oplossing.

Literatuur

Appelman, M. Tussenrapportage 5-gesprekkenmodel. Hilversum, interne notitie Riagg Gooi en Vechtstreek, 1996.

Bais, K. Passieve houding hulpverleners reden voor cliënt af te haken. GGZ-Gazet 12 (1985), 4, pag.8.

Beenackers, A.A.J.M. Riagg-dossiers nader bekeken. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 50

(1995a), 6 (juni), pag. 609-619.

Beenackers, A.A.J.M. Voorstel Dossievorming Regionale Instellingen Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg. Delft, Eburon, 1995b.

Beenackers, A.A.J.M. De opkomst van het vijf-gesprekkenmodel. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 51 (1996), 2 (feb), pag. 168-171.

Buuren, E.T. van & W. Schouten. De kortdurende behandeling binnen de Riagg. Vlaardingen, Riagg Rijnmond Noord West, 1994.

Crouzen, M.P.M. Met de deur in huis. Verslag van een voordeurproject. In: Schouten & Wagenborg (1995), pag. 13-20.

Evertse, R. & R. Veenstra. In de beperking toont zich... Anderhalf jaar ervaring met een andere wijze van spreekuur houden en met een 5-gesprekkenmodel. In: Schouten & Wagenborg (1995), pag. 64-73.

Grift, C.Th.G. van der. Probleemstructurende Adviserende Gesprekken: PAG. De vijf-gesprekkenmethodiek binnen de Riagg Groningen. In: Schouten & Wagenborg (1995), pag. 26-36.

Noordenbos, S. Kortdurend klachtgericht in teamverband. Een systeemtheoretisch 5-gesprekkenmodel met gebruikmaking van een therapieteam. In: Schouten & Wagenborg (1995), pag. 57-63.

Osselaer-Schouterden, H.C.D.E. van. Afhaken als oplossing. Drop-out bij Riagg's onderzocht. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 50 (1995), 1 (jan), pag. 3-14.

Pieters, E.S.P. Kort Zeeuws. Over het ontstaan van de korte behandeling in Zeeland. In: Schouten & Wagenborg (1995), pag. 37-47.

Schouten, W. & J.E.A. Wagenborg (red). Congresbundel Invitational Conference "Kort en Goed", over de opkomst van het vijf-gesprekkenmodel in de ambulante GGZ. Rotterdam, Riagg Rijnmond Noord-West, 1995.

Stoffer, R. Het vijf-gesprekkenexperiment. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 49 (1994), 2 (feb), pag. 142-158.