

## Consensusdocument schizofrenie: de verpleegkundige zorg

### **Inleiding**

Het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde (NVPV) installeerde op 23 januari 1997 een werkgroep, bestaande uit verpleegkundigen werkzaam in ambulante, transmurale en intramuraal settings\*, met de opdracht een consensusdocument te ontwerpen dat specifiek betrekking heeft op de verpleegkundige zorg aan mensen met schizofrenie. Het document zou complementair moeten zijn aan het reeds bestaande "Consensusdocument Minimumvoorwaarden voor de Behandeling van Schizofrenie 1996", uitgegeven door de Schizofrenie Stichting Nederland.

Het document dat voor u ligt is het resultaat van de activiteiten van de werkgroep. Het geeft de minimumeisen aan waaraan naar het oordeel van de werkgroep de verpleegkundige zorg aan mensen met schizofrenie moet voldoen.

Het document is opgebouwd aan de hand van 5 domeinen:

domein 1: attitude en bejegening

domein 2: omgaan met de ziekte schizofrenie

domein 3: het sociaal netwerk

domein 4: dagbesteding en wonen

domein 5: methodiek van het verpleegkundig handelen.

Steeds wordt eerst een korte omschrijving van het domein gegeven, gevolgd door een aantal richtlijnen voor de verpleegkundige zorg.

Het document heeft vooralsnog een voorlopig karakter. Schriftelijke reacties op het document zijn van harte welkom

tot 1 oktober 1997.

U kunt deze toezenden aan:

NVPV

p/a LCVV

Postbus 3135

3502 GC Utrecht

o.v.v. consensusdocument

### **Domein 1: Attitude en bejegening**

#### ***Omschrijving van het domein:***

Voor de persoon die hulp vraagt op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg is de attitude van de hulpverlener van groot belang. De waardering voor de geboden hulp is sterk afhankelijk van de wijze waarop de patiënt zich bejegend voelt. Mensen met schizofrenie zijn zeer gevoelig voor de houding van mensen in hun omgeving. Bekend is dat zij slecht reageren op een kritische, vijandige houding en tevens op een houding van emotionele overbetrokkenheid. De verpleegkundige brengt in het begeleidingscontact relatief veel tijd met de patiënt door. Een gepaste attitude van de verpleegkundige in dit contact is een essentiële voorwaarde voor een kwalitatief goede zorg.

#### ***Richtlijnen voor de verpleegkundige zorg:***

- De verpleegkundige heeft een luisterende, accepterende en steunende houding in het contact met de patiënt, waardoor een vertrouwensrelatie kan worden opgebouwd en onderhouden.
- De verpleegkundige beschouwt de patiënt met schizofrenie als een auto-

noom, wilsbekwaam en zelfstandig individu. In de relatie patiënt - verpleegkundige is 'samenwerking' het leidende principe. Het welzijn van de patiënt is binnen deze samenwerking het principiële uitgangspunt.

- De verpleegkundige hanteert de principes van afstand en nabijheid op een zodanige wijze, dat de patiënt zich veilig en geaccepteerd voelt.
- De verpleegkundige kan in gegeven situaties afstand nemen van haar eigen waarden en normen, maar kan tevens - indien noodzakelijk - haar eigen grenzen in het contact op een duidelijke en respectvolle wijze kenbaar maken aan de patiënt.
- De verpleegkundige neemt verantwoordelijkheid voor het welzijn van de patiënt in situaties waarin de patiënt in gevaar is of dreigt te komen. Dit geldt tevens voor situaties waarin de patiënt in slechte levensomstandigheden verkeert en dreigt te verkommeren. De toegang tot hulpverlening wordt door de verpleegkundige nimmer afgesloten.
- De verpleegkundige is betrouwbaar in de afspraken die binnen de samenwerking met de patiënt tot stand zijn gekomen.
- De verpleegkundige bewaakt en respecteert de privacy van de patiënt.

## **Domein 2: Omgaan met de ziekte schizofrenie**

### **Omschrijving van het domein:**

Voor mensen die lijden aan schizofrenie is de ziekte veelal een zeer grote belasting. Gebleken is dat zij zelf naar allerlei wegen zoeken om met de symptomen en de gevolgen van de ziekte om te gaan.

De verpleegkundige kan beschikken

over verschillende strategieën waarmee zij de patiënt kan ondersteunen in het omgaan met (de gevolgen van) de ziekte schizofrenie. Deze strategieën kunnen tot gevolg hebben dat de patiënt meer controle over zijn ziekte en zijn leven krijgt, dat hij meer autonoom kan functioneren en dat de kwaliteit van zijn leven toeneemt.

### **Richtlijnen voor de verpleegkundige zorg:**

- De verpleegkundige geeft psycho-educatie aan zowel de patiënt als aan belangrijke personen in de omgeving van de patiënt, gericht op het leren omgaan met de problemen die het gevolg zijn van de ziekte schizofrenie.
- De verpleegkundige brengt samen met de patiënt de mogelijkheden en beperkingen in kaart, zowel van de patiënt als van het sociale systeem waar de patiënt deel van uitmaakt. Deze kennis kan gebruikt worden om problemen die de patiënt in zijn dagelijks leven ervaart op te lossen c.q. meer beheersbaar te maken. De verpleegkundige ondersteunt de patiënt in het gebruik maken van copingstrategieën, gericht op het reguleren van stress.
- De verpleegkundige signaleert en rapporteert rouwreacties bij de patiënt in de verschillende fasen van het ziekteproces. De verpleegkundige kan hierop ingaan, met als doel het bevorderen van rouwverwerking.
- De verpleegkundige inventariseert en registreert samen met de patiënt vanuit het verleden symptomen en/of vroege voortekenen van een psychose. Zij evalueert deze en stelt de gegevens bij na elke psychose. De verpleegkundige stelt samen met de patiënt een signaleringsplan op, waarbij zij voor de patiënt belangrijke

personen betreft.

- De verpleegkundige bespreekt met de patiënt het belang van medicatie. Zij gaat met de patiënt in gesprek over hoe hij het gebruik van medicatie ervaart en rapporteert aan andere disciplines hoe de patiënt met zijn medicatie omgaat. Zij onderzoekt de redenen van medicatie-ontrouw en onderneemt zo nodig actie om de medicatietrouw te bevorderen.
- De verpleegkundige observeert eventueel druggebruik bij de patiënt. In geval van gebruik bespreekt de verpleegkundige met de patiënt de consequenties van het gebruik voor de ziekte en de behandeling.

### **Domein 3: Het sociaal netwerk**

#### ***Omschrijving van het domein:***

Mensen maken deel uit van een sociaal netwerk. Het sociaal netwerk kan bestaan uit familieleden, buurtbewoner, leerkrachten, vrienden, collega's enz. De netwerken van mensen met schizofrenie zijn vaak beperkt qua omvang, intensiteit en wederkerigheid. De verpleegkundige dient, daar waar dit goed en zinvol is voor de patiënt, personen uit het netwerk te betrekken bij de behandeling van de patiënt. Met onderzoek is aangetoond dat het betrekken van de familie bij de behandeling en de zorg tot een beter gezondheidsperspectief voor de patiënt leidt.

#### ***Richtlijnen voor de verpleegkundige zorg:***

- De verpleegkundige beschrijft en analyseert het sociaal netwerk van de patiënt en stelt zodoende de sterke en zwakke kanten van het netwerk vast.
- De verpleegkundige streeft - in overleg met de patiënt en de leden van het sociaal netwerk - naar het vaststellen van een contactpersoon

binnen het netwerk (meestal een familielid). De verpleegkundige maakt afspraken in geval van crisis.

- De verpleegkundige erkent de ervaringsdeskundigheid van familie en andere direct-betrokkenen en werkt met hen samen in de behandeling en de zorg. Hun mening en wensen worden expliciet bij de behandeling en begeleiding betrokken. Zij worden - met instemming van de patiënt - geïnformeerd over de situatie van de patiënt en over het beloop van de behandeling.
- De verpleegkundige geeft op de situatie afgestemde voorlichting aan leden van het sociaal netwerk, onder meer omtrent de ziekte en de behandeling, over de mogelijke ondersteuning via familieverenigingen en over wettelijke regelingen en klachtenprocedures. De verpleegkundige biedt educatie die gericht is op het aanleren van een effectieve omgang met de patiënt door de leden van het netwerk. Binnen de voorlichting en educatie wordt aan leden van het sociaal netwerk de gelegenheid geboden om hun gevoelens te uiten met betrekking tot opgedane ervaringen met de patiënt met schizofrenie.

### **Domein 4: Dagbesteding en wonen**

#### ***Omschrijving van het domein:***

Het hebben van een zinvolle dagbesteding is in meerdere opzichten van belang. Het stelt mensen in staat verschillende sociale rollen te vervullen en heeft in die zin een positieve invloed op ieders zelfwaardering en zelfbeeld. Het hebben van een dagbesteding biedt de gelegenheid in contact te komen met andere mensen en het geeft voor velen een noodzakelijke structuur aan het dagelijkse bestaan.

Dagbesteding wordt hier breed opgevat als zijnde alle activiteiten waarmee mensen hun dag invullen, zoals: zelfverzorging, het onderhouden van de leefomgeving, leren, werken, vrijetijdsbesteding en het omgaan met anderen. De verpleegkundige heeft de mogelijkheid mensen met schizofrenie te ondersteunen bij het vinden van een zinvolle dagbesteding.

De wijze waarop de patiënt met schizofrenie woont en leeft is tevens erg belangrijk voor zijn eigen beleving en zelfwaardering. Hij brengt vaak veel van zijn tijd door in zijn directe woonomgeving.

De verpleegkundige kan een faciliterende rol vervullen bij de totstandkoming van een passende woonomgeving voor de patiënt. Vandaar dat de functie wonen hier apart aandacht krijgt.

#### ***Richtlijnen voor de verpleegkundige zorg:***

- De verpleegkundige stelt met de patiënt een op de situatie afgestemd dagprogramma op. Zij houdt er rekening mee dat veel patiënten met schizofrenie moeite hebben met het starten van de dag. Zij kan het programma hierop aanpassen door bijvoorbeeld zoveel mogelijk programma-onderdelen pas het tweede deel van de ochtend te laten starten.
- De verpleegkundige weegt samen met de patiënt af ten behoeve van welke activiteiten de beschikbare energie ingezet wordt. Zij houdt hierbij rekening met een goede afstemming op de leefsituatie van de patiënt en met een balans tussen als zingevend beschouwde activiteiten en dagelijks terugkerende verplichtingen.
- De verpleegkundige zorgt dat de patiënt over passende hulpmiddelen beschikt die zijn dag- en weekstructuur overzichtelijk maken (bv programma-overzicht). Zij helpt vaste patronen in de dag en de week aan te brengen. De verpleegkundige ondersteunt de patiënt bij het terugbrengen van complexe activiteiten naar overzichtelijke, vertrouwde stappen.
- De verpleegkundige fungeert als gids voor de patiënt bij het vinden van zinvolle activiteiten op het gebied van (al dan niet betaald) werk of vrije tijd, aansluitend bij de levensfase waarin de patiënt zich bevindt en gebaseerd op interesses, ambities en vroegere ervaring van de patiënt.
- De verpleegkundige levert een bijdrage aan een trainingsaanbod voor mensen met schizofrenie dat gericht is op vaardigheden die sociale integratie van de cliënt bevorderen. Zij ondersteunt de patiënt in het toepassen van de geleerde vaardigheden in de dagelijkse praktijk.
- Indien de verpleegkundige hiaten signaleert in het activiteiten aanbod in de directe leefomgeving van de patiënt, dan onderneemt de verpleegkundige hierin actie, bijvoorbeeld door deze informatie door te geven aan de verantwoordelijke personen en/of instanties.
- De verpleegkundige zoekt samen met de patiënt naar een passende woonomgeving. Zij biedt ondersteuning bij het wonen overeenkomstig de wensen, waarden en normen van de patiënt.

## **Domein 5: Methodiek van het verpleegkundig handelen**

### **Omschrijving van het domein:**

Bij mensen met schizofrenie én bij mensen in zijn omgeving bestaat de behoefte aan een overzichtelijk en inzichtelijke organisatie van de zorg. Een methodische werkwijze van de verpleegkundige is hiervoor noodzakelijk, wat wil zeggen dat bewust, doelgericht, procesmatig en systematisch te werk wordt gegaan.

De verpleegkundige expliciteert haar eigen werkwijze, waardoor deze overdraagbaar en toetsbaar is.

### **Richtlijnen voor de verpleegkundige zorg:**

- De verpleegkundige verzamelt op gestructureerde wijze gegevens over de patiënt en zijn systeem. Hierbij richt de verpleegkundige zich zowel op de functionele als ook op de disfunctionele aspecten van het bestaan van de patiënt en het systeem.
- De verpleegkundige neemt bij de formulering van verpleegproblemen, beoogde resultaten en interventies het perspectief van de patiënt als uitgangspunt.  
Dit betekent dat de behoeften, wensen, mogelijkheden en zingeving van de patiënt de primaire leidraad vormen bij de invulling en uitvoering van het verpleegplan.  
Het verpleegplan komt zoveel mogelijk tot stand met een actieve betrokkenheid van de patiënt en zijn systeem. De patiënt en eventueel het systeem ontvangen - indien gewenst - een kopie van het verpleegplan.
- Wanneer er volgens de verpleegkundige problemen bestaan die niet door de patiënt worden

onderkend, dan dient binnen een onderhandelings situatie vastgesteld te worden of deze problemen onderwerp worden van verpleegkundige interventie.

- In noodsituaties kan het voorkomen dat de verpleegkundige problemen eenzijdig definieert en op basis daarvan tot interventies overgaat. Het doel is dan om gevaar voor de patiënt of voor de omgeving af te wenden. Binnen het multidisciplinaire team dienen afspraken gemaakt te worden omtrent de vraag wanneer er sprake is van een noodsituatie, hierbij rekening houdend met bestaande wettelijke kaders.

De verpleegkundige evalueert de toepassing van middelen en maatregelen in noodsituaties met de patiënt en de familie (of andere direct-betrokkenen).

- De verpleegkundige vervult een actieve rol in de preventie van problemen. Zij beoordeelt in hoeverre er naast actuele verpleegproblemen ook potentiële verpleegproblemen geformuleerd kunnen worden die betrekking hebben op problemen die - uitgaande van de anamnesegegevens - in de toekomst te verwachten zijn.
- De verpleegkundige heeft gerichte aandacht voor het aspect van gezondheidsbevordering.  
Zij onderzoekt de mogelijkheden om het functioneren van de patiënt en het systeem te bevorderen, ook wanneer niet direct aanwijsbare problemen aanwezig zijn.  
De verhoging van de kwaliteit van leven is hier het uitgangspunt.
- De verpleegkundige draagt zorg voor een adequate verslaglegging van het verpleegproces.  
De rapportage is ter inzage voor de patiënt.

**De Werkgroepsleden:**

Wubbien Wesselink, Voorzitter,  
 Zon & Schild, Amersfoort  
 Gerard van den Bos  
 St. Joris, Delft  
 Klaas Lindeboom  
 Thuiszorg, Assen  
 Henriëtte van der Mark  
 Veldwijk, Ermelo  
 Berno van Meijel  
 Academisch Ziekenhuis Utrecht

Ineke Oldenbeuving-Nengerman  
 Helmerzijde, Enschede  
 Marjanneke Ouwerkerk  
 Zon & Schild, Amersfoort  
 Bas van Raay  
 Vereniging Ypsilon  
 Mitchell Tiber  
 Riagg Zeeland, Goes  
 Dineke Visser  
 Brinkgreve, Deventer

## Tijdschrift 'Passage' Themanummer Zorgcoördinatie & Casemanagement

**Door Jan Ravestein**

Voor diegene die niet bekend zijn met het tijdschrift voor rehabilitatie 'Passage' breng ik dit blad onder de aandacht brengen. Passage is "een vaktijdschrift voor psychosociale rehabilitatie, de professionele attitude, kennis en vaardigheden die gebruikt worden om mensen met psychische, sociale en maatschappelijke beperkingen in staat te stellen een zo volwaardig mogelijke plaats in de samenleving in te nemen". Passage is onder meer bedoeld voor werkers in de maatschappelijke opvang, psychiatrische ziekenhuizen, Beschermende Woonvormen, Dag-en Activiteiten Centra, arbeidsrehabilitatie en zorgcoördinatie-en casemanagementteams.

Ik vind het een prettig leesbaar blad dat schrijft over de ontwikkelingen in de zorg binnen en buiten de GGZ. Het blad biedt de mogelijkheid om een kijkje te nemen in de 'andere GGZ-tuinen' waarbij het op mij een inspirerende uitwerking heeft om steeds weer kritisch stil te staan bij mijn eigen stijl van

hulpverleners en de organisatie ervan. Specifiek wil ik het themanummer Zorgcoördinatie & Casemanagement (nr. 1, april 1997) onder uw aandacht brengen. In dit nummer zijn acht artikelen te lezen die het thema in veel facetten behandelen.

Sven Eric Rovers en Jean-Pierre Wilken beschrijven op heldere wijze de ontwikkeling van casemanagement in Nederland. Ze zetten de verschillende modellen op een rijtje, beschrijven de resultaten van effectstudies, de invloed van de caseload hierop, de teamsamenstelling, voor wie casemanagement geschikt is en de organisatorische randvoorwaarden.

Henrie Henselmans schrijft over de bejegening van psychiatrische patiënten. Hij schrijft dat "verschillende mensen in verschillende fasen van hun probleemgeschiedenis verschillende typen bejegening nodig hebben.

Dit vind ik in het kader van casemanagement een heldere belichting van communicatie tussen cliënt en hulpverlener waarbij één stijl van communiceren ontoereikend is voor het creëren van een werkrelatie.

In het artikel 'Luis in de Pels of Haarlemmerolie' beschrijft Bert-Jan Roosenschoon enkele resultaten van de evaluatie van twee zorgcoördinatieteams in Utrecht en Zeist.

In dit artikel wordt nader ingegaan op de vraag wat de meerwaarde is van deze projecten ten opzichte van de reguliere hulpverlening.

Louis Polstra beschrijft in 'Zorgcoördinatie in de chaotische praktijk' hoe de begeleiding van cliënten met ernstige en langdurige psychische problemen gepaard gaat met ups en downs.

Hij beschrijft een casus van het zorgcoördinatieproject Groningen waarbij o.a. schematisch wordt weergegeven met welke instanties en personen (actoren), met welke activiteiten (zorgafstemming) en op welke levensgebieden (huisvesting, financiën etc.) de zorgcoördinatoren gedurende een bepaalde periode actief zijn geweest. De complexiteit van het casemanagement komt hierdoor mijns inziens goed tot uiting.

In 'Zorg voor coördinatie; ambulante werkers in de file' schrijft Jean-Pierre Wilken dat zorgcoördinatie op zich geen oplossingen biedt bij coördinatie-, competentie-, en afstemmingsproblemen als er meerdere hulpverleners uit verschillende instellingen bij een casus betrokken zijn.  
"Pas als zorg- coördinatie ingebed

wordt in een integraal zorgaanbod en gekoppeld wordt aan andere functies, kan zij de smeerolie van het GGZ-systeem worden" zo schrijft Wilken.

Frans Spierings en Huub Beyers wijden hun artikel aan de invloed van cliënten op beleid.

Zij doen verslag van een zelfstudie die dak- en thuislozen hebben gedaan. Daklozen trachten zelf te analyseren waar de crux ligt van hun marginalisering en sociale uitsluiting en beogen daarmee een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van gemeentelijk zorgbeleid.

In 'Zwerven door (hulpverleners)land' beschrijven Gerard Lohuis en Ronald Schilperoord hoe ingewikkeld het is om samen met psychiatrische zwervers een juist hulpverleningspad uit te stippelen. Aan de hand van drie cases wordt duidelijk hoe het zorgcoördinatieproject Groningen met de cliënten deze paden tracht te kiezen en te vinden. Het organiseren van zorgconferenties, waarbij alle rond één cliënt actieve hulpverleners rond de tafel komen, is een middel hiertoe.

Tenslotte schrijft Paul Hodiamont een beschouwing over de met de tijdgeest fluctuerende opvattingen over 'aard, aanpak en attitude ten opzichte van het verschijnsel psychosociale deviantie'. In de huidige tijdgeest is zorgcoördinatie en casemanagement een populair onderwerp. Hodiamont vindt dat vooralsnog het antwoord ontbreekt op de vraag welke elementen uit het casemanagement proces, naast de werkrelatie, klinisch vruchten afwerpen. Hij pleit voor nader wetenschappelijk onderzoek om te voorkomen dat casemanagement een product van de huidige tijdgeest blijft.

Van de uitgever begreep ik dat dit themanummer uitverkocht is. U zult zich dus moeten vervoegen bij de bibliotheek. Dit is mijns inziens zeer de

moeite waard voor een ieder die geïnteresseerd is in casemanagement en voor wie ermee te maken heeft is het verplichte kost.

## Ambulante dwang, een reactie

### *Door Nanette Demmers*

Naar aanleiding van de studiemiddag en het vakblad Sociale Psychiatrie met als thema ambulante dwang in de sociaal psychiatrische verpleegkunde schrijf ik dit artikel.

Ik zal in gaan op de door de inspectie gestelde vragen maar ik wil eerst stil staan bij de werkdefinitie die de IGZ heeft gegeven over ambulante dwangbehandeling. Het is immers altijd goed om duidelijk te hebben waar het nu over gaat.

#### **De werkdefinitie**

"Het ten uitvoer brengen van een behandelingsplan door een professioneel gezondheidswerker zonder de instemming en medewerking van een persoon, die niet om deze hulp heeft gevraagd, c.q. kunnen vragen".

Het behandelingsplan wordt uitgevoerd in een niet aangemerkte BOPZ-instelling, bv in de thuissituatie van de patiënt, de zogenaamde **ambulante** dwangbehandeling.

Het gaat om een persoon die (nog) niet aan de BOPZ criteria voor een gedwongen opname en een intramurale dwangbehandeling voldoet (gevaarscriteria), maar die wel een psychiatrische stoornis vertoont met sterke kenmerken voor verdergaande gevaarsescalatie tov zichzelf (zelfverwaarlozing/agressie), dan wel

tov van zijn/haar leefomgeving.

Het behandelingsplan is er op gericht de stoornis en het sociaal functioneren zo spoedig mogelijk zodanig te verbeteren, dat het gevaar op verdergaande escalatie wordt weggenomen.

Als ik de eerste alinea lees, lees ik ook "hoe kan een professionele gezondheidswerker een patiënt die iets niet wil/kan toch iets laten doen". Naar mijn idee kun je dat op drie manieren proberen.

Ten eerste:

Je kan de patiënt vragen iets te doen. Het voordeel hiervan is dat de patiënt iemand zijn autonomie en vrijheid om te kiezen behoudt. Maar in hoeverre is een mens vrij en autonoom als die een psychiatrische stoornis heeft. In ieder geval is die persoon, dan niet vrij van de stoornis, ook al kan de patiënt in kwestie dat wel denken/vinden. Hoe autonoom of wel zelfsturend is een mens als die stemmen heeft/hoort? Hier is geen alomschreven antwoord op denk ik, daar situaties zo verschillend zijn en er vele andere factoren een rol bij spelen. Hierbij denk ik o.a. aan de aard en de ernst van de stoornis, de soort hulpverlening, de houding en situatie van en rondom een patiënt. Wel zijn hieraan in de GGZ uiterste grenzen aangegeven in de vorm van IBS en RM. Twee juridische maatregelen waarbij ingrijpen op iemands bestaan is toe-

gestaan als iemand een gevaar is voor zichzelf ofwel voor diens omgeving. Zoals in alinea 3 van de werkdefinitie vermeld staat, zijn de zaken rondom dit soort situaties duidelijk geregeld in de BOPZ.

Ten tweede:

Je kan ook de patiënt dwingen iets te doen. Vanuit het oogpunt gezien dat iemand ziek is, dit zelf niet beseft en daarom medicatie nodig heeft, zodat het beter kan gaan, is het theoretisch een adequate interventie voor goede zorg. Maar hoe moet dat praktisch uitgevoerd worden? Stel de hulpverlener heeft een prima behandelingsplan opgesteld zonder instemming van de patiënt, wat op zich wel zou lukken. Maar dan? Bij alles wat hij wil of doet heeft hij de patiënt nodig, dus samenwerking met de patiënt is een vereiste om z'n werk als hulpverlener goed te kunnen doen. Daar naast wordt het plan ambulante uitgevoerd. Hoe kan de hulpverlener een patiënt dwingen tot iets in een situatie waarin deze alle mogelijkheden en vrijheden heeft om zich te verplaatsen?

Hooguit kan ik me een situatie voorstellen waarin de patiënt erg afhankelijk is van degene die dwingt en het daarom doet. Dan is er toch sprake van enige medewerking en is juridische dwang dus niet noodzakelijk. Ik denk dat je in zo'n situatie beter kan spreken van drang in je onderhandeling.

Ten derde:

Ook onderhandelen is een manier. Hiermee kan de hulpverlener proberen de patiënt te motiveren tot behandeling. Een middenweg tussen de twee eerder genoemde manieren. Hiervoor zijn wel een aantal voorwaarden van belang. Ik denk dan aan het bezitten van

onderhandelingsvaardigheden, continuïteit van zorg, verschillende soorten hulp/activiteiten kunnen bieden en er veel tijd in steken, zowel naar de patiënt toe als naar diens omgeving. Ik moet zeggen dat ik dit het moeilijkste werk vind. Daarentegen maakt dit het werk ook zo specifiek en boeiend.

De definitie beschrijft dus eigenlijk een specifiek probleem dat om een speciale oplossing vraagt. De oplossing die het IGZ biedt luidt : Ambulante Dwang. Het gevolg van toepassing/uitvoering van ambulante dwang kan zijn, dat de vertrouwensband met de betreffende patiënt niet tot stand komt of op het spel wordt gezet omdat de patiënt zich bedreigd/opgejaagd voelt. Dit is nu niet bepaald een pleidooi voor respect voor de patiënt en diens ziekte.

Een van de vragen was: voor welke doelgroep is ambulante dwang een antwoord?

Wat deze vraag betreft, wil ik mij beperken tot de doelgroep die specifiek is voor mijn werkplek. Daarom hier eerst een uiteenzetting over de doelgroep. De doelgroep van Het Kasperspad wordt gevormd door patiënten die lijden aan een psychiatrische stoornis die tendeert naar of reeds geleid heeft tot een chronisch beloop van 2 jaar of meer en gepaard gaat met een recidiverende of blijvende stoornis in de reality testing en tevens beperkingen in het adequaat kunnen functioneren op een of meer maatschappelijke gebieden met zich mee brengt. Het Kasperspad richt zich op patiënten in de leeftijdscategorie van 18 tot 65 jaar die verblijven in het gebied van de gezondheidsregio Dordrecht, alvorens zij elders in een psychiatrische inrichting tot de groep chronisch opgenomen patiënten zijn

gaan behoren.

Als hulpverlener herken ik, binnen deze doelgroep het door de I.G.Z. geformuleerde probleem, namelijk: het ontbreken van mogelijkheden tot zorg tussen vrijwillige behandeling en intramurale dwangbehandeling door een lacune in de wet BOPZ.

Ik kom vele situaties tegen waarin ik meer of anders zou willen en wensen dan de patiënt dat wil. Puur vanuit de gedachte dat dat beter zou zijn voor de patiënt. De gedachte is nooit bij me opgekomen dat daar een regel voor moet komen.

De patiënt is door stoornis beperkt in de uitoefening van de wil en "wil" anderzijds vaak iets anders dan de behandelaar.

De BOPZ bevat twee juridische maatregelen met duidelijke criteria. Mijn ervaring is dat daar goed mee te werken is. Het samenwerken met andere hulpverleners, instanties en/of andere betrokkenen verloopt niet altijd even soepel. Dit vloeit soms voort uit een gebrek aan juiste informatie, onduidelijkheid over waar welke verantwoordelijkheid ligt of door verschillen in de interpretatie van een situatie of de Wet BOPZ. Daarom is het van belang de situatie van en rondom de patiënt goed te kennen (CONTINUÏTEIT VAN ZORG) betrokkenen op de hoogte te brengen van wat wel en niet mogelijk is (PSYCHO-EDUCATIE) en daarnaast over de nodige behandelingsmogelijkheden te beschikken.

Alle betrokkenen willen dat de patiënt geholpen wordt en daarom moet je samen werken. Als de patiënt niets wil of kan is het van belang je hulpverlening op het netwerk te richten (NETWERKBEGELEIDING).

### ***Vindt u ambulante dwang een adequaat antwoord op het probleem?***

Theoretisch gezien klinkt het ideaal, makkelijk en snel. Gemak dient de mens dat zal ik niet ontkennen, maar of het veel makkelijker wordt door moeilijke zaken te regelen in regels, trek ik sterk in twijfel. Sterker nog ik denk dat dit geen juiste oplossing is. De hulpverlener gaat hierdoor niet een betere zorg verlenen, wat volgens mij wel de bedoeling is. De praktische uitvoering van ambulante dwangbehandeling komt op mij niet realistisch over. Ik pleit meer voor een goed georganiseerd zorgcircuit waarbij het ambulant werken hoog in het vaandel staat, maar daarbij besef ik dat niet alles ambulant op te lossen is. Dit blijkt ook wel, want anders zou deze vraag ook niet spelen. Ik denk alleen dat de vraag anders gesteld dient te worden namelijk: Wat heeft de hulpverlening nodig om de patiënten een zo goed mogelijke zorg te kunnen geven?

Het lijkt erop alsof de GGZ zoekt naar een evenwicht tussen intramurale en ambulante zorg. Theoretisch gezien kom je uit op intramurale zorg of deze nu overal goed georganiseerd is, daar zet ik vraagtekens bij.

### ***Welke rol en positie heeft de SPV bij het uitoefenen van ambulante dwang?***

De rol die een SPV heeft, is naar mijn idee goede zorg/hulp verlenen aan de patiënten die zich binnen je doelgroep bevinden. Zoals vermeld staat in het verpleegkundig beroepsprofiel (blz 16) moet er bij hulpverleners een bepaalde relatie worden opgebouwd tussen degene die zorg verleent en die zorg ontvangt. Hoe kan de hulpverlener nu een relatie opbouwen met de patiënt als

hij deze de stuipen op het lijf jaagt!  
Het verpleegkundig handelen van de SPV kenmerkt zich door een integrale hulpverlening aan de patiënt en/of diens omgeving (zie functieprofiel SPV blz 7). Vanuit deze integrale benadering tracht de SPV aansluiting te vinden bij de al of niet verwoorde hulpvraag van de patiënt en/of diens omgeving. Terwijl ik dit zo opschrijf, ervaar ik het als ideaal, maar om dit in de praktijk uit te voeren is een flinke klus. Gelukkig staat het woord 'tracht' er in vernoemd.

De schrijvers van het functieprofiel wisten waarschijnlijk al dat dit niet altijd lukt. Zou dit de frustratie van een hulpverlener kunnen zijn? We bedoelen het zo goed! Is dit dan op te lossen door middel van een nieuwe regel? Vast komt er dan wel iets anders voor in de plaats en voor we het weten gaan we mee in de verdwaling van regels waar patiënten al zo vaak in vastzitten.

De SPV moet aansluiting zien te vinden ook al vraagt de patiënt er niet om. Dit doet een groot beroep op onze vaardigheden en creativiteit. Ook kost het tijd, geduld en denkwerk hoe dit voor elkaar te krijgen. Soms moet je daarvoor wachten tot er sprake is van een crises dan pas is er de mogelijkheid tot het vinden van aansluiting bij een patiënt. Leuk is anders en je moet daar ook niet passief op gaan zitten wachten maar soms kan het niet anders. Is dit iets waar we zelf niet mee om kunnen gaan of heeft het te maken met hoe je het interpreteert?

Dat de vraag van ambulante dwang speelt is niet voor niets. Als beroepsgroep hebben wij de taak daar iets mee te doen. Een begin is het thema ambulante dwang onderwerp van discussie te laten zijn. Nu nog onze positie hierin bepalen. Maar gaan SPV-en niet voorbij aan onze ethische beroepshouding als we ambulante

dwang voorstaan en deze willen trachten uit te voeren?

Hiernaast verbaas ik me over het feit dat de IGZ geen vraag stelt over welke rol en positie de betrokken instellingen, regio's en overkoepelende organen in deze hebben !

### Conclusie

De roep om ambulante dwangbehandeling zie ik als een waarschuwend facet die de teken des tijds laat zien. Een schreeuw om hulp bij een veranderende GGZ-structuur, verandering in het ambulante werk. Ofwel een kreet die aangeeft dat er iets niet goed verloopt. De gedachte heerst alles zoveel mogelijk ambulant te doen. Op zich een mooi doel respectievelijk streven. Maar is dit haalbaar ?

Wellicht is nu het moment gekomen dit veranderingsproces te evalueren. Het moment van bezinning. Hiervoor is een inventarisatie nodig hoe de zaken verlopen.

Ik heb getracht de vragen te beantwoorden voor de door mij omschreven doelgroep.

Resumerend kan ik vermelden dat de doelgroep waarvoor ik werk niet de meest simpele is en waarbij zich regelmatig complexe problemen voordoen, maar toch kan ik ambulante dwang niet de juiste oplossing vinden. Het is effectiever als er goede voorwaarden zijn waarbinnen de hulpverlener zijn werk uit kan voeren. Een goede kapper zonder vingers kan zijn werk niet uit voeren. Een kapper met een gouden schaar is per definitie nog geen goede kapper. Als SPV ben je mede een werkinstrument dat aan de nodige eisen moet voldoen. Daar ligt ook ons specialisme.

Daarnaast vragen speciale problemen om een bijzondere aanpak. En die aanpak houdt in dit geval in, dat je goede zorg kunt bieden door een zorgcircuit te creëren dat continuïteit van zorg kan bieden, brede behandelingsmogelijkheden heeft en zich actief opstelt. Dat we ons ervan bewust zijn dat niet alles ambulans is op

te lossen of door middel van regels. Maar dat je met veel creativiteit, geduld en samenwerking een heel eind kan komen.

Daadwerkelijk iets veranderen doe je niet door regelsystemen te creëren maar door je houding 'ten opzichte van' te herzien.

## Reactie op reactie Het beroep SPV ter discussie

### *Door Henk Hiemstra*

Nederland, Friesland niet uitgezonderd, herbergt van oudsher een behoudend volkje. "Je weet wat je hebt en niet wat je krijgt" is een gezegde wat daar een goed voorbeeld van is.

De reacties van de heren Polderman en Bos in de vorige SP op mijn artikel (SP nr 46) moeten misschien ook in datzelfde licht worden gezien. Maar bij zorgvernieuwing zullen soms veranderingen plaatsvinden die door behoudende types als onverstandig worden afgedaan. Hierover straks meer.

Eén van de verwijten was dat mijn artikel weinig onderbouwing bevatte. Dat hoop ik deze keer enigszins te verbeteren. Met dank aan de heer Polderman voor het literatuur advies. De opmerking die ik maakte dat de animo onder SPVen voor de chronisch psychiatrische cliënt niet groot is zal ik moeten herzien na de opmerkingen van de heer Polderman.

Maar neem nu de argumenten van de heer Polderman. Uit het onderzoek van Van Hoof en Wolf, 'Beroep: SPV', NCGV, Utrecht 1995, naar het beroep SPV zou volgens hem blijken dat de meerderheid van de SPV-responderenten

de chronisch psychiatrische patiënt als hun belangrijkste doelgroep noemden. Een nuance: "Chronisch psychiatrisch patiënten vormen vermoedelijk een kleine minderheid onder de RIAGG- c.q. SPV-clientèle" (blz 35). Verder wordt er op gewezen dat er vanuit de SPVen kritiek is op de ontwikkeling dat de SPVen zich meer zijn gaan richten op de psychische problemen zelf in plaats van op de gevolgen van die psychische problemen: "Dat wil zeggen ze wilden teveel psychotherapeut spelen of functioneren als een medisch specialist in het klein. Daarbij hebben ze het een beetje afgeleerd om met die 'ontredderde' patiënten om te gaan" (blz 81). "Worden het werkveld en de vermeende deskundigheden van SPVen niet dermate breed en veelomvattend, dat op langere termijn de inhoud van het vak en de positie van de beroepsgroep erdoor wordt ondermijnd?" (blz 121). Het antwoord van de geïnterviewden is boeiend: SPVen moeten weer terug naar vroeger, terug naar de chronisch psychiatrische cliënt vindt een meerderheid. Dit in navolging van het overheidsbeleid waarin gesteld wordt dat er meer aandacht moet komen voor de chronisch psychiatrische cliënt.

Conclusie is dat de SPVen maar weinig chronisch psychiatrische cliënten begeleiden maar wel vinden dat dit hun eigenlijke taak en doelgroep is. Tot zover deze rectificatie.

"Is de SPV inwisselbaar door de B-verpleegkundige?", vraagt de heer Bos zich af, hiermee mijn kennelijk toch wat chaotische artikel kernachtig samenvattend. Ik ben het volledig met hem eens als hij zegt dat de soort in te zetten discipline afhangt van een scala aan factoren als doelgroep, aard van de problematiek enzovoort. Tenminste ik ben het met hem eens als hij het heeft over de huidige situatie, zo gebeurt dat nu.

Misschien is zorgvernieuwing wel dat we over gaan op teams waarin verschillende disciplines zijn vertegenwoordigd maar iedereen in principe hetzelfde werk doet. Elke discipline zal wel zo zijn eigen specialisme hebben, zoals de psycholoog de vaardigheid in het testen en de arts zijn medicijnen kennis. Zulke specialismen kunnen dan bij elkaar ingehuurd worden voor de cliënt uit de eigen caseload. In de Australische GGZ is dit in de zogeheten Mobile Teams zo georganiseerd.

Dan komt de vraag naar boven wat het specialisme of het eigene van de SPV is.

Uit het onderzoek van Van Hoof en Wolf blijkt dat de ondervraagde SPVen drie kernaspecten van het beroep onderscheiden. In de eerste plaats is daar het verpleegkundig werk, het gericht zijn op de gevolgen van bepaalde aandoeningen. In de tweede plaats iemand die goed thuis is in de psychiatrie en dan doelt men vooral op bejegening aspecten ("omgaan met", "goed overweg kunnen

met"). In de derde plaats is de SPV "iemand die de problemen van de cliënt in de context van de eigen leefwereld van de cliënt bekijkt en interpreteert, en die ook hulp biedt in de eigen omgeving van de cliënt" (blz 80).

Stel nu dat de doelgroep en problematiek redelijk afgebakend zijn tot die cliënten die horen tot de groep chronisch psychiatrische cliënten en geholpen dienen te worden bij de gevolgen van hun psychiatrische stoornis.

Daarnaast zetten we dan het ideale beeld van de GGZ-medewerker zoals omschreven op blz 82 e.v. van het eerder aangehaalde onderzoek van Van Hoof en Wolf. Kort samengevat ziet deze ideale GGZ-medewerker er als volgt uit:

- Iemand die "samen met de cliënt werkt aan het realiseren van doelen die de laatste zich gesteld heeft." Deze medewerker moet aan vier voorwaarden voldoen:
- 1e hij moet all-round zijn
  - 2e hij moet flexibel zijn, ook buiten het face to face contact opereren (contacten met woningbouwverenigingen bijv.)
  - 3e hij moet bereid zijn snel bereikbaar te zijn voor cliënten
  - 4e hij moet bereid zijn de rol van vertrouwenspersoon op zich te nemen.

De geïnterviewden dachten verder aan "een medewerker die niet perse een diagnose wil stellen, een behandelplan wil maken of in het algemeen de neiging heeft de cliënt te veranderen, maar die open communiceert en cliënten op een normale, alledaagse manier aanspreekt". Lijkt mij, op het all-round zijn na, allemaal persoonskenmerken en geen

kwestie van kennis en deskundigheid. Het all-round zijn is een kwaliteit van zowel de B-verpleegkundige als wel van de SPV. Ook dit komt naar voren in voornoemd onderzoek.

Ook het argument van de heer Bos, het zelfstandig werken gaat mijns inziens niet helemaal op. Het werken op afdelingen met chronisch psychiatrische cliënten gebeurt voor ongeveer 132 uur per week van de totale 172 uur zonder andere discipline als psychiater en dergelijke (uitgaande van de ouderwetse 40 uren werkweek). Verpleegkundigen moeten in die periode vaak zeer zelfstandig en acuut beslissingen nemen.

Van de drie kernaspecten mist de klinisch werkende B-verpleegkundige hooguit het derde aspect, daar ze nimmer actief is geweest in de eigen leefwereld van de cliënt. Ambulant werkende B-verpleegkundigen richten zich op zaken als sociale en maatschappelijke participatie, netwerkstrategieën, preventie, consultatie, crisis hulpverlening etc.

Dit is nu eenmaal inherent aan het ambulant werk en mijnsinziens niet aan een discipline gekoppeld, zoals Kees Onderwater ons in zijn "redactioneel" van SP nr 46, wil doen geloven.

De ervaren B-verpleegkundige, met de

eerder genoemde persoonskenmerken, die enige bijscholing krijgt dmv modules van de SPV-opleiding, zal dan ook voor deze doelgroep binnen korte tijd (1/2 jaar tot een jaar) inwisselbaar zijn met de eerste de beste SPV met dezelfde persoonskenmerken.

Waar ik zelf sta in deze discussie vraagt de heer Bos zich af. Zelf vraag ik me dat ook regelmatig af. Als ik nu het behoudende dat ons Nederlanders (en dus mij ook) soms zo eigen is, aan de kant zet, vindt ik dat we niet bang moeten zijn. We moeten dan meer nagaan waar de cliënt behoefte aan heeft in plaats van koste wat kost een idee-fixe na te hollen. En dan doel ik op het idee dat wij SPVen zo geweldig zijn omdat we nu eenmaal SPV zijn. Zelfs de heer Polderman komt niet verder dan het noemen van lege begrippen als deskundigheidsniveau, kracht, kwaliteit en kennis. Graag zag ik dat hij (of een ander) die begrippen dan concreet invult, kijkend naar het beroep SPV. De cliënt wil hulpverleners die "meer bondgenoot en medestrijder zijn dan deskundige en therapeut" (Marlieke de Jonghe, SP, nr 46, blz 23).

Alles draait dus om attitude en bejegening. Het is de vraag in hoeverre dat aan te leren is of dat het in je moet zitten.