

Wat zullen de burens wel niet denken?

Reactie op het artikel "**op de muur**" naar "**over de muur**" van Cécile aan de Stegge, in Sociale Psychiatrie, maart 1998.

Inleiding

Het artikel wordt in een redactioneel voorwoord aangekondigd als *"een artikel dat de nadruk legt op het zoeken van contact tussen de SPV en B-verpleegkundige, om samen te bepalen hoe de kwaliteit van het GGZ verpleegkundig werken eruit moet gaan zien"*.

Dat geeft tenminste enig houvast bij het (her)lezen. Het stuk zelf komt over als opsomming van gefragmenteerde gedachten, hier en daar gelardeerd met losse citaten. De titel lijkt op het eerste gezicht een goede metafoer, maar blijkt al snel ongelukkig gekozen in een thema waarbij het al ingewikkeld genoeg is om alle "muraliteiten" (intra-, semi-, extra-, trans-, etc.) uit elkaar te houden.

Toch mogen we de redactie van Sociale Psychiatrie dankbaar zijn dat ze wel besloten hebben het artikel te plaatsen omdat het inzichtelijk maakt hoe er aan de andere kant van de muur over de SPV gedacht wordt. Een aantal hardnekkige vooronderstellingen worden zichtbaar.

Commentaar

Mevrouw Aan de Stegge haalt een artikel aan van Laura Neijmeijer (MGV 10-97) m.b.t. vaardigheden. Het gaat waarschijnlijk over het artikel van Judith Wolf, Frank van Hoof en Laura Neijmeijer. Aan de Stegge concludeert

dat; "*Beide groepen hun werk vooral doen op de lokatie van de instelling waar zij aan verbonden zijn*".

Vervolgens concludeert ze: "*Over outreachend werken kunnen beide groepen nog het nodige leren*."

Dit alles zaait de nodige verwarring; ten eerste zou het om vaardigheden gaan, maar ik lees slechts over lokaties waar gewerkt wordt. Ten tweede wordt het begrip outreachend werken onlosmakelijk verbonden aan de werkplek. Dit is een veel voorkomende gedachte, maar wel een onjuiste. De aard van de SPV werksetting is ambuland. Dat brengt andere **vaardigheden** en strategieën met zich mee, vaardigheden die de SPV tijdens de opleiding tot SPV krijgt aangereikt. Het afleggen van een huisbezoek maakt de verpleegkundige nog niet tot SPV.

Doelmatig werken en de wens van de cliënt zelf om (meer anoniem) ten kantore van de hulpverlener te verschijnen zijn debet aan de achteruitgang van het huisbezoek.

Een stukje verderop gaat het wel over het verschil tussen beide groepen. dat: "*..er vooral in is gelegen dat de SPV heeft geleerd in individueel contact met de patiënt als autonoom werkende professional een ... ondersteunende of therapeutische relatie te onderhouden..*" De onderstreping van het woord "autonoom" is van schrijver dezes omdat de verstrekkende betekenis van dit begrip in dit verband niet meer aan de orde komt. Vervolgens verbaast ze zich erover "*..dat in de meeste vernieuwingsprojecten de*

regie-functie over de zorg aan patiënten heel vaak is toegewezen aan de SPV-er."

Als inhoudelijk argument tegen de SPV in de regie-functie stelt mevrouw Aan de Stegge dat "*..de psychiatrisch verpleegkundige beter is in overleg met overige teamleden..*" terwijl de SPV "*..het moeilijk vindt om daarover overleg te plegen, men is gewend zelfstandig te werken.*"

Zelfstandig werkt de SPV zeker, doch dat hoeft nog geen belemmering te zijn om overleg te plegen.

Waar zou deze vooronderstelling op gebaseerd zijn? De SPV zit in de beroepsuitoefening al jaren in deze rol. Wel wordt in onderzoeken aangetoond dat de samenwerking niet altijd optimaal is. In Beroep: SPV (pag 98) lezen we dat de belangrijkste oorzaken hiervoor worden gevonden in "*onduidelijke taakverdeling en cultuurverschillen tussen beroepsgroepen..*" en "*Een structureel probleem is..een hoge werkdruk ten gevolge van de te grote caseload.*"

Verdeel en heers

Het deel dat ik tot nu toe heb becommentarieerd geeft me niet de indruk dat het om een inhoudelijk, goed doortimmerde gedachtegang gaat. Beetje bij beetje lijkt de aap uit de mouw te komen, als ze zich afvraagt of "*...dit wel zo'n rationele arbeidsverdeling is. Hij leidt ook vaak tot een conflict, omdat er een zekere hiërarchie uitspreekt.*"

Vervolgens wordt gesproken over "*uitruil*" waarbij de SPV vanwege behandelkwaliteiten "*..in het toekomstig behandeloord APZ*" kan worden ingezet, "*..terwijl de psychiatrisch verpleegkundige die met groepen kan werken dan de*

chronische patiënten in de maatschappij gaat begeleiden". Op dit punt van het verhaal aangeland lijkt niets nog te dol en leeft de schrijfster zich in de SPV in: "*Misschien wordt het onzinnig gevonden, omdat er zoveel haken en ogen aan vast zitten, m.n. salarieel en qua visie op de intramurale arbeidsverhoudingen zoals die -denk ik- leeft bij de SPV-en.*"

Ja, dit is inderdaad onzinnig, maar niet om redenen die mevrouw Aan de Stegge aandraagt. Ten eerste is het altijd onverstandig in algemeenheden te redeneren, er zijn ongetwijfeld psychiatrisch verpleegkundigen, die tot heel wat in staat zijn, ten tweede is het werk "de SPV" niet te reduceren tot het begeleiden van chronische patiënten in de maatschappij.

Als hiërarchie betekent dat daarmee gepaard gaande verantwoordelijkheden zichtbaar worden kan dat de werkrelatie juist ten goede komen. Zowel Aan de Stegge als Wolf c.s. doen tamelijk luchthartig over de verschillen in opleiding. Wolf, en de haren schrijven (pag 1015): "*Momenteel wijzen SPV-en nog wel eens op hun opleiding in een poging zich van PV-en en andere beroepsgroepen te onderscheiden. Vermoedelijk zal deze strategie binnen afzienbare tijd zijn achterhaald. Bij het zoeken en aanstellen van geschikte kandidaten voor nieuwe functies, zoals casemanager of thuiszorgwerker, lijken opleiding- en beroepskenmerken soms al minder een rol te spelen dan functie- en situatiespecifieke overwegingen en eisen*". De daarbij aangehaalde onderzoeken wijzen inderdaad in deze richting, het is echter zeer de vraag of de GGZ hierbij gebaat is. In het verlengde van "zorg op maat" wordt

steeds meer vooropleiding "op maat" gevraagd. Vaak functie/taakgerichte onderdelen die zo uit de MGZ/GGZ opleiding afkomstig (kunnen) zijn. De meerwaarde van de SPV is onder meer gelegen in het feit dat het geheel, van wat hen in de opleiding is aangereikt, veel meer is dan de som der delen. De ontwikkeling die Wolf c.s. voorspellen biedt een prima aanvulling voor de psychiatrische verpleegkunde. SPV-en hebben mijns inziens geen reden om deze collega's te vrezen, maar wel de werknemers die hiermee denken een goedkope "SPV-achtige" binnen te halen, die later wel eens een "One-trick-pony" (vrij naar Paul Simon) kon blijken te zijn.

De Opleiding

Het eerder door Aan de Stegge aangehaalde artikel (MGV 10-97, pag 1008) toont een wezenlijk verschil in opleidingsachtergrond aan. Van de onderzochte SPV-en heeft 97% een HBO opleiding (86% MGZ/GGZ en 11% HBO-V). Van de psychiatrisch verpleegkundigen heeft 21 % een HBO opleiding (18% HBO-V en 3% MGZ/GGZ). Daarnaast heeft 51% van de SPV-en een opleiding op V.O.-niveau (kaderopleiding EMGZ/VO-SPV) tegenover 3% van de PV-en. Een verschil dat niet zo maar is weg te poetsen. Verderop (pag 1017): *"Mede gezien de grote variatie in werkstijl en competenties tussen SPV-en en PV-en onderling en ook binnen de disciplines.."* Aan de Stegge's begrip "uitruil" suggereert dat er slechts marginale verschillen zouden zijn. Echter iedere SPV is ook psychiatrisch verpleegkundige. De MGZ/GGZ opleiding is een aantekening op het B-verpleegkundige diploma. Ten tijde van de

intrede van HBO-V was de oorspronkelijke gedachte deze de SPV (ook een HBO opgeleide verpleegkundige) zou kunnen gaan vervangen. In de praktijk is echter gebleken dat de HBO-V hiertoe niet voldoende bleek toegerust. Na het behalen van het HBO-V diploma kunnen zij nu, mits beschikkend over voldoende praktijkervaring, een verkort SPV opleidingsprogramma volgen. In Beroep: SPV (pag 104) wordt nog gesproken over de differentiatie die thans in het laatste jaar van de HBO-V gevolgd kan worden. De verwachting wordt uitgesproken dat deze variant in de toekomst onder de naam *"transmuraal verpleegkundige"* de rol van de SPV zou kunnen gaan overnemen. De eerste ervaring met de differentiatie GGZ binnen de HBO-V is zodanig dat duidelijk is dat dit geen reële optie blijkt.

De laatste jaren heeft de SPV opleiding steeds meer het karakter gekregen van een post-HBO opleiding, mede doordat inmiddels het gros van de MGZ/GGZ studenten de HBO-V als vooropleiding heeft. In de opleiding wordt veel aandacht gegeven aan de autonomie en de daarbij behorende verantwoordelijkheden in de directe zorgsituatie. Het "afkicken" van het intramurale werken (waarbij verantwoordelijkheden minder individueel zijn) is voor studenten vaak een hele klus en vraagt op alle niveaus van de beroepsuitoefening (kennis, vaardigheden én attitude) grote inspanningen. Het volgende citaat is exemplarisch voor het geluid dat studenten aan het eind van de opleiding MGZ/GGZ laten horen. Het stamt uit een stageverslag (pag 4): *"Ik voelde me nog onzeker over mijn rol als SPV (stagiaire) en was*

vanuit mijn ervaring als verpleegkundige in de klinische psychiatrie niet gewend met zulke verantwoordelijkheden en situaties om te gaan." Verderop in datzelfde verslag (pag 10): "M.i. is dit een prima stageplek voor de SPV opleiding onder voorwaarde dat iemand ruime ervaring heeft in de psychiatrie,.."

Tot Slot

Professionalisering van de psychiatisch verpleegkundige is een goede zaak voor de GGZ als geheel en in het bijzonder voor de klant, die zeker gebaat is bij een complementair aanbod van verpleegkundigen op allerlei niveaus. SPV-en hebben in professionaliseringsopzicht veel werk verzet voor alle verpleegkundigen in de GGZ, waarvan ook de psychiatisch verpleegkundigen de vruchten hebben kunnen plukken. Professionele profilering dient echter van binnen uit te komen, daarvoor moet je niet naar een ander (over de muur), maar juist naar binnen kijken. Met een organisatiegraad van 3% van de NVPV (vergelijk NVSPV: 57%), kan m.i. nauwelijks namens deze groep worden opgetreden. De beroepsuitoefening van een (MGZ/GGZ) opgeleide SPV bevat veel

wezenlijke kenmerken van de nurse practitioner, senior nurse, verpleegkundig specialist zo u wilt. Ik denk o.a. aan de autonome zorgverlening aan een eigen caseload, het ondersteunen en bijstaan van andere professionals in de zorg. Met het sociaal psychiatrische gedachtengoed als vertrekpunt. De plaats van handeling is daarbij van ondergeschikt belang. Als psychiatisch verpleegkundigen, in hun wens om mee op te stoten in de vaart der volkeren, de bijl zouden leggen aan de wortel van het bestaan van de SPV, dan ontnemen ze zichzelf de beste carrièremogelijkheden die thans beroepsinhoudelijk denkbaar zijn.

Psychiatisch verpleegkundigen die kiezen voor beroepsverdieping door de MGZ/GGZ opleiding te gaan volgen, doen een flinke investering in zichzelf, zowel financieel, professioneel, in tijd en persoonlijk. Een inspanning die werkgevers veelal terecht weten te waarderen én honoreren .

Het is goed om te weten hoe de burens over je denken.

Martin Morsman
Docent/SPV Hanzehogeschool
Groningen, Riagg Drenthe

Literatuur

Hoof, Frank van en Wolf, Judith,
Beroep SPV,
NcGV maart 1995, ISBN 90 5253 134X.

Kapel, Christie van,
Eindverslag Stage GGD, april 1998,
Hanzehogeschool afdeling
Verpleegkunde, Opleiding

Maatschappelijke Gezondheidszorg
Differentiatie GGZ.

Wolf, Judith en Hoof, Frank en
Neijmeijer, Laura,
Sociaal psychiatrisch
verpleegkundigen en psychiatisch
verpleegkundigen,
in MGZ; 10-97.

De sociaal geriater als partner van de SPV

De psychiater in de ouderenzorg wordt veelal gezien als een noodzakelijk kwaad, terwijl de ouderenpsychiater - als gloednieuwe superspecialist - dat voor zijn collega aan het rechte trekken is. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVP) kent een officieuze sectie voor de enkele tientallen ouderenpsychiaters met aan het hoofd de bekende buitengewoon hoogleraar Thea Heeren.

De sociaal geriater in de Riagg (*Er zijn ook vele sociaal geriaters werkzaam bij Indicatie-commissies. Zij zijn niet curatief werkzaam, maar uitsluitend keurend en adviserend*) is van oudsher de arts, die bij gebrek aan ouderenpsychiater het medische deel van het werk op zich nam.

Helaas werken de meeste sociaal geriaters dan ook als surrogaat ouderenpsychiater.

Met de ontwikkeling van de ouderenpsychiatrie en de geriatrie wordt steeds duidelijker dat het werkterrein van de ouderenpsychiater en de sociaal geriater erg verschillend is. De sociaal geriaters zijn verenigd in de sectie sociale geriatrie van de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie (NVvG) en hebben het afgelopen jaar met subsidie van VWS een kwaliteitsproject afgerond, waarin o.a. een domeinbeschrijving is opgenomen. De sectie sociale geriatrie heeft de afgelopen jaren zich sterk gemaakt voor erkenning als medisch specialist. Momenteel is de laatste fase ingetreden en is het verzoek om erkenning in behandeling genomen door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Geneeskunst (KNMG). Eind 1998 zal er aan de VU een opleiding voor sociaal

geriaters starten.

Ik doe als sociaal geriater veel somatisch werk en ben ervan overtuigd dat de meeste van mijn collega's dat te weinig doen. De psychiaters zijn veel te duur om tijdrovend lichamelijk onderzoek te doen en het wordt ook maatschappelijk niet begrepen. Als een psychiater een algeheel lichamelijk onderzoek zou doen zou hij toch direct wat uit te leggen hebben. Voor mij is het lichamelijk onderzoek vervelend, als ik het alleen maar doe omdat een huisarts te laks is. Krijg ik echter een verzoek van een SPV om ook eens te kijken omdat hij of zij het niet vertrouwd, dan ga ik het onderzoek heel anders in.

Natuurlijk is het leuk om als arts een delier goed te behandelen of een depressie in eerste instantie goed te zien reageren op medicatie. Waar ik als sociaal geriater nu zo van kan genieten, is de juiste indicatie voor het somatische onderzoek. Het is per slot van rekening toch bijna altijd de SPV, die met al zijn/haar ervaring alle voorafgaande somatische onderzoeken van huisarts en specialisten (en regelmatig ook dat van de psychiater) in twijfel durft te trekken en de sociaal geriater laat zoeken naar een (soms minuscule) afwijking. En dan vind ik af en toe een carcinoom bij een depressie, die de SPV niet vertrouwde, een schildklierafwijking bij een waanstoornis of zoals onlangs een ernstige afwijking in het ruggenmerg bij een cliënte die jarenlang voor een conversie werd behandeld. Zonder het Fingerspitzengefühl van de SPV waren de somatische kwalen

onopgemerkt gebleven. Ik kan bescheiden genoeg zijn: iedere arts had de genoemde afwijkingen kunnen en moeten vinden, als hij maar een half uur de tijd zou nemen. Er is in Nederland geen enkele specialist meer te vinden, die langer dan 10 minuten een patiënt onderzoekt! En bij ouderen helemaal: het duurt al 20 minuten voor je ze uitgekleeft hebt! De grote waarde van de SPV is veelal gelegen in het feit dat hij of zij de cliënt zo ontzettend goed kent en dat een geringe verstoring in homeostase tussen soma en psyche de SPV direct opvalt.

Telkens weer valt mij op dat de SPV alle lof naar mij toedraagt als ik een somatische kwaal vind, terwijl ik juist lovend ben over de SPV, die weer eens een feilloos "niet pluis" gevoel had. Maar een SPV vindt "niet pluis" geen verdienste, helaas!

SPV-en en sociaal geriateren vormen wat betreft de psychosomatiek en de somato-psychiatrie een koningskoppel dat niet geëvenaard kan worden in de hele gezondheidszorg.

De SPV is specialist in observeren, begeleiden en interveniëren. De sociaal geriater is de specialist op het gebied van diagnostiek en behandeling van organiciteit en multipathologie.

Ik zie mijn taak dan ook duidelijk in een ondersteunende rol ten behoeve van de niet-medische disciplines. Sociaal geriateren zijn geen therapeuten en moeten dat vooral ook niet doen (ook al zouden ze dat kunnen).

SPV-en zijn de belangrijkste behandelaren van de Riagg. Zij hebben verreweg de grootste caseloads en zijn het beste toegerust als generalisten. De psychologen en psychotherapeuten kunnen niet bogen op zo'n caseload en zijn

gespecialiseerde behandelaren zonder specifiek medische kennis (en dat is een groot gemis in de ouderenzorg). Met name als het gaat om psychofarmaca en de bijwerkingen kan ik als sociaal geriater niet afgaan op het oordeel van een psycholoog of psychotherapeut, maar wel op het oordeel of zelfs onderzoek van een SPV. Ik verlang in de samenwerking met de SPV dan ook een gedegen kennis van bijwerkingen, het kunnen onderzoeken van extra-piramidale bijwerkingen, het signaleren van delieren, het meten van een bloeddruk, temperaturen, etc. Andersom mag de SPV van mij verwachten dat ik gedegen onderzoek doe of laat doen ten behoeve van een goede diagnose. Het blijkt in de praktijk uitstekend te werken.

Ik denk dat het goed is dat de sociaal geriater zich beperkt tot de taak, waar hij goed in geacht mag worden. Het is triest om te zien dat mijn collega's het werk van psychiaters overnemen en daarmee ogenschijnlijk toelaten dat er geen psychiater meer nodig is in het team.

De psychiater brengt echter duidelijk een andere kwaliteit en deskundigheid mee, die maar voor een klein deel van de cliëntèle nodig is, maar desalniettemin niet door een ander overgenomen kan en mag worden. Hetzelfde geldt overigens voor SPV-en, die het werk van psychotherapeuten overnemen. Het is wel leuk om te doen, maar je bent gewoon geen psychiater respectievelijk psychotherapeut!

Wat is nu het grote verschil tussen de ouderenspsychiater en de sociaal geriater?

Zie daarvoor de tabel op de volgende bladzijde.

Met een duidelijke functie-differentiatie is het zowel intern als extern duidelijk wie wat doet.

Ik weet dat SPV-en net zoals sociaal geriateren in de wet BIG zich willen onderscheiden van hun oorspronkelijke beroepsgroep (basisarts, respectievelijk verpleegkundige). Dat kan alleen maar door het werkdomein scherp te omschrijven en in de praktijk daar ook

naar te handelen. In de moderne gezondheidszorg moet je specialiseren en kun je niet als manusje-van-alles een plek verwerven. In de Riagg ouderenzorg zouden sociaal geriateren en SPV-en daarin het voortouw moeten nemen en elkaar ondersteunen in het professionaliseren intern, maar vooral ook extern.

Tabel: *Verskil tussen de ouderenpsychiater en de sociaal geriater*

	ouderenpsychiater	sociaal geriater
dementieën	goede kennis vereist	specialistische kennis
delieren	specialistisch	specialistisch
depressies	alle vormen van depressies, met name reciderende en bipolaire	alleen depressies bij een dementie en eventueel een eerste depressieve episode
psychosen	specialistisch	globale kennis
angststoornissen	specialistisch	globale kennis
aanpassingsstoornissen	specialistisch	goede kennis
persoonlijkheidsstoornissen	specialistisch	enige kennis
multipathologie	globale kennis	specialistische kennis, ook wat betreft multifarmacologie
somatiek	globale kennis	goede kennis
indicering voorzieningen	enige kennis	specialistische kennis
wetskennis	BOPZ, WGBO, WPR	BOPZ, WGBO, WPR, WVG, AWBZ

Want als er één groot punt van kritiek op beide beroepsgroepen gelegd kan worden, dan is het wel die van de PR. De Nederlandse Burger (niet-cliënt) noemt sociaal geriater en SPV nog steeds psychiater en sociaal werkster. Voor meer informatie over het

kwaliteitsproject, de opleiding of het werkdomein van de sociaal geriater kan men contact opnemen met de NvVG: tel: 030-2620404.

Karel Kamperman,
sociaal geriater

Bericht uit Friesland; dubbeldiagnosegroep

Binnen het IPT-project te Leeuwarden, krijgen we als casemanagers geregeld te maken met de zogenaamde dubbeldiagnosegroep (double trouble). Een groep die door de combinatie van langdurige verslaving en psychiatrische problematiek niet of onvoldoende binnen één behandelsetting geholpen kan worden. Een categorie cliënten met hun veelzijdige problematiek van verslaving, psychiatrie, veelal lijdend aan schizofrenie of

persoonlijkheidsstoornissen, waar op dit moment de nodige aandacht voor bestaat door middel van publicaties in diverse vakbladen, studiedagen en de diverse projecten die voor deze groep ontstaan.

Kenmerken:

Eigenlijk staat er niet één beeld centraal. Er zijn momenten dat de verslaving de overhand heeft, andere momenten speelt de psychiatrische problematiek. Er is een voortdurende wisselwerking tussen deze twee aspecten.

Er is sprake van een grote verscheidenheid van problemen. Een deel heeft conflicten met de samenleving, wat vaak leidt tot verstoring van de openbare orde, waardoor er veel contacten zijn met politie, justitie en reclassering. Een ander deel leeft teruggetrokken en in stilte, waarbij de problemen zich zo opstapelen wat alsnog leidt tot verstoring van de openbare orde. Je zou de cliënten kunnen omschrijven als super-individualisten, die amper

rekening houden met hun omgeving en dusdanig manipulatief gedrag vertonen, dat dit voortdurend een bron van conflicten met hun omgeving oplevert.

Daarnaast is vaak de somatische toestand slecht.

Knelpunten in de hulpverlening:

Binnen de nu geldende hulpverlening is er een aantal knelpunten te signaleren, zoals we die ook binnen de IPT kennen.

De scheiding tussen de psychiatrische en verslavingshulpverlening is erg groot. Het zijn twee gescheiden circuits. Binnen de psychiatrie is de kennis rond verslaving veelal onvoldoende om adequate hulp te kunnen bieden. Binnen de verslavingszorg ontbreekt de psychiatrische kennis. De beide instelling hebben allebei een erg specifieke aanpak waar deze groep tussenin valt. Het gevolg is het beruchte "van het kastje naar de muur" effect, waardoor "shop"-gedrag of zorgmijding ontstaan.

De hulpverlening is zeer versnipperd. Onderlinge samenhang/samenwerking is vaak moeizaam, de verantwoordelijkheid is dus ook verspreid. Veel verwijzing. De organisatie van de zorg voor deze cliënten is onvoldoende geregeld en er is onvoldoende afstemming. De signalering van de problematiek laat te wensen over, waardoor er te laat of niet wordt ingegrepen. De cliënt haakt vaak af bij gebrek aan motivatie. Ook is er vaak ontkenning van de verslavingsproblematiek. De opvang in

crisis-situaties laat te wensen over. Het APZ staat niet te springen om hier in te springen, de instellingen voor verslavingszorg zijn vaak onvoldoende toegerust om zorg te bieden.

Methodiek:

Vanuit onze praktijk bleek al spoedig de methodiek casemanagement/zorgcoördinator/bemoeizorg in de begeleiding van de groep vrij goed te werken.

Belangrijk hierin is dat de casemanager eindverantwoordelijk is voor het instandhouden van het contact. Afwijzen, omdat een cliënt drugs gebruikt of afspraken niet nakomt, gebeurt niet.

De casemanager heeft een spilfunctie/coördinerende functie in de contacten met alle andere instanties, zoals politie, reclassering, sociaal netwerk, etc.

De insteek van de IPT is in eerste instantie praktisch gericht op doedingen (bijvoorbeeld financiën, huisvesting, dagstructuur).

De casemanager heeft een beperkt aanbod, zodat intensief en flexibel kunnen reageren goed realiseerbaar zijn. De casemanager heeft de contacten daar waar de cliënt zich bevindt, dit kan zijn op straat, als iemand zwerft, thuis of elders.

Voorbeelden hiervan volgen in de twee volgende casussen.

casus 1

Via het spreekuur van de Inloop van het Leger des Heils en het Straathoekwerk komen we in contact met Jaap. Jaap is 26 jaar, zwervende en maakt een psychotische indruk. Hij heeft een uitgebreid hulpverleningsverleden van Jeugdbescherming, CAD, RIAGG,

Reclassering. Nu wordt hij steeds onrustiger, staat soms uren wezenloos te staren in een portiek of is heel gejaagd. Wordt door medezwerfers aangezet tot winkeldiefstallen. Hij mijdt hulpverlening. Geen familiecontacten. Via de IPT brengen we Jaap in contact met het RIAGG. Jaap vertelt veel last te hebben van stemmen buiten het hoofd die opdrachten geven.

Suïcidaliteit speelt op de achtergrond een rol. Hij gebruikt diverse soorten drugs en bier. Stemming is angstig. Jaap krijgt medicatie voorgeschreven en de RIAGG meldt Jaap aan voor de IPT en wordt geaccepteerd.

Het lijkt moeilijk om met Jaap in contact te komen en afspraken te maken.

Hij vergeet afspraken en komt te laat of komt niet. Dwaalt rond; gaat van de ene opvang naar de andere. Naast het proberen contact te krijgen met Jaap besteden we veel aandacht aan het netwerk

Gezien het gebruik van Jaap en het misbruik door andere gebruikers, bespreken we samen met het Straathoekwerk hoe we Jaap op een rustiger manier opvang kunnen geven.

We komen uit op de Inloop van de GGZ. Ook krijgt Jaap via het Straathoekwerk zijn post en gaan ze met Jaap naar de Inloop. Geleidelijk kiest Jaap er voor daar meer te zijn. Wij krijgen zo ook gemakkelijker de kans om een praatje te maken.

Toestandsbeeld wordt stabiel. Jaap komt na 3 weken elke dag op de Inloop. Steeds vaker zoekt Jaap ook zelf ons op, altijd om samen met hem iets praktisch op te lossen (bv deurwaarder voor een schuldenregeling). Het contact blijft echter altijd kort en oppervlakkig. Er valt amper emotie te bespeuren. Vaak heb je het gevoel dat er sprake is van

leegte.

Jaap wordt steeds stabiel. Wij stellen voor of het WLW-project (wonen-leren-werken) ook iets is. Een soort van kamertrainingsproject voor randgroep jongeren.

Jaap doorstaat een pittige intake en is al snel op zijn plaats. Tal van vaardigheden die nodig zijn voor wonen, beheert Jaap (koken, huishouden etc).

Hij stelt zijn geld onder het beheer Stichting Mentor. Houdt afstand van medebewoners die gebruiken. Wat wel opvalt, is steeds de oppervlakkigheid en vlakheid in omgaan met anderen. Al snel doorloopt Jaap de diverse fasen binnen het WLW en moet er zelfstandige woonruimte gezocht worden.

Via de Maatschappelijke Opvang "de Terp" wordt een aanleunwoning geregeld. Jaap is erg enthousiast. Voor openstaande vonnissen wordt een verzoek tot gratie ingediend bij Justitie. Op het moment van intake voor de woning, pakt de politie Jaap op en moet hij 6 maanden zitten. Op allerlei beroepen, procedures, brieven, reclasseringsrapporten aan Justitie vernemen we absoluut niets.

Binnen de gevangenis waar we Jaap maandelijks bezoeken, wordt Jaap steeds opener. Hij vertelt ineens veel over zijn zwervende periode en het gebruik in die tijd. Herkent zelf dat bij gebruik er meteen psychotische beelden ontstaan, met name stemmen. Hij gebruikt in eerste instantie om ontspannen te worden, doch het werkt steeds averechts. Het gebruik van steeds meer en steeds andere middelen is voor Jaap zelfmedicatie. De psychiatrische medicatie heeft Jaap nooit genomen. Met name de voorlichtende rol over drugs bij psychoses en de praktische

insteek en het steeds opzoeken en niet afhaken als Jaap er niet was of niets te vertellen had, deden Jaap er toe kiezen om in contact te blijven met de IPT. Voor de IPT is het belangrijk geweest om met het Straathoekwerk te overleggen "hoe verder met Jaap". Hun suggestie en steun om Jaap van hen los te weken, heeft Jaap uit de drugscene geholpen .

Na een ½ jaar komt Jaap een ouwe schuldeiser tegen in verband met drugs. Hij verkoopt spullen uit zijn woning en neemt fors speed. Ineens is het een stortvloed aan telefoontjes, dreigementen, geldbemiddelingsvragen e.d. naar ons toe. Een spoor van Heerenveen, de randstad etc. etc. Gebruikt fors speed. We blijven contact houden en melden dat bij dit gebruik we niets kunnen. Dreigen is een grens voor ons, dan stoppen we het contact voor dat moment. Na 1 maand wordt de situatie stabiel, rustiger. Hij haalt dagelijks medicatie van ons. Binnen het team wederom de discussie: stoppen; naar de verslavingszorg.

casus 2

Een tweede casus is die van Lydia, 27 jaar, woont samen met Dirk, een forse harddrugsgebruiker en zijn zuster. Dirk heeft contact met het straathoekwerk. Vertelt daar steeds over Lydia en de zorgen die hij om haar heeft. In juni 1996 is ze ontslagen na een opname van ± drie weken (IBS) in een psychiatrisch ziekenhuis. Reden voor opname was een mogelijke psychose en een suïcidepoging. Dirk was toen gedetineerd. Vrienden die op Lydia zouden passen, waren er in die tijd met haar bankpasje vandoor. Sindsdien gaat het erg slecht. Lydia ligt steeds op bed, durft niet naar

buiten, verzorgt zichzelf matig. Jaap doet alles om het haar naar de zin te maken, runt het huishouden, doet boodschappen, het geldbeheer, zo goed en zo kwaad als het kan. Straathoekwerk deelt Dirk's zorgen en zoeken contact met de IPT.

We besluiten samen te trachten binnen te komen. Lydia doet pas na lang bellen en kloppen, open en zoekt meteen het bed op. We komen amper tot een gesprek en spreken een andere keer af. Wel verbiedt Lydia uitdrukkelijk om contact op te nemen met familie of instanties. Uit hele summiere gegevens blijkt dat er sprake is van een opname in een jeugdpsychiatrische kliniek en dus de opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Er is geen huisarts bekend.

We blijven proberen in contact te komen, wat een enkele maal slaagt. Lydia nodigt ons dan schuchter uit. Voelt zich somber, vertrouwt amper mensen. "Men misbruikt mij alleen". De relatie met Dirk vindt Lydia maar uitzichtloos door het drugsgebruik en de wereld daaromheen (dealers, geldproblemen).

De opname van afgelopen zomer ervaart Lydia als een trauma, associeert ons met een opname. Laat niets los over het verleden. Verbiedt ons ook hiernaar te informeren. Zegt zich achterdochtig te voelen, maar zegt ook: "Vind je dit raar met al die junks". Echter duidelijke wanen, hallucinaties kunnen we niet ontdekken.

Vervolgens komen we amper binnen. Via het Straathoekwerk spreken we met Dirk af dat hij er is wanneer we een afspraak plannen. Dirk maakt zich namelijk steeds meer zorgen. Lydia trekt zich meer terug op bed. Komt er

totaal niet meer uit. Alles komt op hem neer. Er lijken toch steeds meer wanen naar voren te komen. Vergif uit muren en eten, zenders die bespieden.

Wanneer we bij hen thuis zijn weigert Lydia ons te zien. Ze blijft op bed. We praten dan luidop met Dirk en zuster in de kamer ernaast met de deur open. Geven Dirk psycho-educatie, praten over het middelengebruik en geven uitleg over ons project.

Binnen het team ontstaat ook de discussie of we moeten doorgaan of dat we contact moeten zoeken met Verslavingszorg. Na een gesprek met Verslavingszorg besluiten we dat Verslavingszorg op dit moment ook niets meer kan bieden, maar op de achtergrond ter consultatie aanwezig is. Dirk kan, als hij wil, terecht bij hen voor methadon, waar Dirk op ingaat.

Na veel discussie komt Lydia op proef in ons project. Dan ineens komen er allerlei telefoontjes binnen van familie en een oude huisarts van Lydia. Lydia had na lange tijd ineens contact opgenomen met haar ouders en noemde ons. De familie geeft veel informatie, waarbij veel opnames worden genoemd binnen psychiatrische ziekenhuizen. Lydia komt vast in het project.

Na weer een maand van vaste afspraken, blijkt dat het snel slechter gaat. Achterdocht neemt toe. Dirk vraagt of wij medicatie willen meenemen voor Lydia, wat gebeurt. Gebruik is sinds de methadon beduidend verminderd.

Gerjan Numan, SPV in opleiding
Rients Sander, Casemanager
Dubbele Diagnostiek