
LEREN OMGAAN MET KWETSBAARHEID

De rol van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige in de behandeling van patiënten met een manisch-depressieve stoornis in de transmurale hulpverlening

Onno Kastelein, auteur is sociaal psychiatrisch verpleegkundige en redactielid van Sociale Psychiatrie.

Inleiding

De manisch-depressieve stoornis is een veel voorkomende psychiatrische ziekte. Het recidiverende karakter van de manisch-depressieve stoornis, helaas ook bij trouw gebruik van medicatie, maakt anticiperen op nieuwe episoden van de stoornis noodzakelijk. Motiveringstechnieken, therapietrouw bevorderende maatregelen en specifieke terugval voorkomende of beperkende strategieën (noodplan) en werken met de ziektebeloophouding kunnen onderdeel van de aanpak zijn. Daarnaast ben ik van mening dat psycho-educatie aan zowel patiënten alsook de direct betrokkenen, een belangrijk onderdeel van de behandeling behoort te zijn. Dit om de last die vooral een chronische ziekte legt op de patiënt, partner en naastbetrokkenen te verminderen.

De laatste jaren is er veel aandacht voor de rol van onderzoek. De effectiviteit van de verschillende behandelingen wordt wetenschappelijk onderzocht. De resultaten worden voorgehouden aan de hulpverleners in de GGZ, zij worden geacht richtlijnen en behandelprogramma's uit te voeren. In de 'Richtlijn Bipolaire Stoornis' (Nolen e.a., 2001), een binnen de psychiatrische beroepsgroep overeengekomen en op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde gedragslijn, wordt hier ook vanuit gegaan en daarin schuilt toch een gevaar. Naast farmacotherapie is de psychotherapie die voorgesteld wordt per definitie kort en de rol van de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV) is klein. Ik vraag me af of de SPV

niet een belangrijkere rol zou kunnen spelen in de behandeling.

De kracht van slagen zou dan niet schuilen in het "kort-en-goed-karakter" van de behandeling maar juist in een duurzaam contact. Aandacht voor het leggen van een behandelrelatie en het opbouwen van vertrouwen, lijken me eerst aangewezen. Daarnaast moet het gaan over een gemeenschappelijke definitie van probleemgebieden wat resulteert in aanknopingspunten voor actie, dit zou het focus moeten zijn en niet louter de formele diagnose.

Door het schrijven van dit artikel wil ik zicht krijgen op de rol die de SPV speelt of zou kunnen spelen in de behandeling van de patiënt met een manisch-depressieve stoornis en deze rol en taak zo helder mogelijk omschrijven. Daarnaast wil ik onderzoeken of en in welke mate er gebruik gemaakt wordt van criteria voor toewijzing naar een hulpverlener en een aanzet maken deze criteria te (her)formuleren. Verder hoop ik antwoord te kunnen geven op de vraag of en in welke vorm er aandacht wordt gegeven aan psycho-educatie, de life-chartmethode en of er gewerkt wordt met een noodplan. Het betreft een zeer kleinschalig onderzoek in mijn eigen regio, met name gericht op werkwijze. Hopelijk geeft de uitkomst aanwijzingen over hoe toewijzing plaatsvindt en in welke mate de SPV een rol in de behandeling speelt. Allereerst zeg ik in dit artikel iets over de manisch-depressieve stoornis zelf, de huidige visie op de stoornis en diagnostiek. Voordat ik inga op de rol van de SPV bij de behandeling geef ik een overzicht van de heersende

opvattingen omtrent de behandeling. Vervolgens ga ik in op reacties en antwoorden van een aantal psychiaters en SPV-en naar aanleiding van een gedeeltelijk gestructureerde vragenlijst die handelt over de gebruikmaking van criteria voor toewijzing naar een betreffende hulpverlener, de rol van de SPV en de vormgeving van de behandeling.

De manisch-depressieve stoornis: een korte schets

De manisch-depressieve stoornis wordt gekenmerkt door sterke stemmingswisselingen, die elkaar kunnen afwisselen. Onderscheid wordt gemaakt tussen bipolaire stoornissen type I en II. Bij stoornissen van type I heeft de patiënt minstens één manische episode gehad. Bij type II heeft de patiënt in de voorgeschiedenis een depressie of een hypomane periode, maar is nooit manisch geweest. De diagnostische criteria van de DSM IV vormen het ijkpunt voor het stellen van de diagnose.

Tijdens een manische episode is het vaststellen van de episode en daarmee de diagnose relatief eenvoudig. Toch is de stoornis in veel gevallen vaak moeilijk vast te stellen en is er sprake van onderdetectie. Belangrijke oorzaken voor de late herkenning zijn onder andere gelegen in de ziekte zelf. De belangrijkste reden is dat de stoornis een zogenaamde beloopdiagnose kent. Voor de juiste diagnose is, zoals beschreven, zowel een depressie als een hypomanie vereist. Bij sommige patiënten kan echter de klachtenvrije periode enkele jaren zijn waardoor de combinatie van de twee fasen in één persoon voor een hulpverlener niet meteen zichtbaar is. Daarnaast zijn er vaak andere psychiatrische ziekten die samengaan met manisch-depressiviteit en vertonen de symptomen van de ziekte een overlap met andere psychiatrische beelden. Voor een goede beoordeling is informatie over het beloop, een

heteroanamnese en het volgen van de patiënt gedurende een langere periode van evident belang.

Tot slot is het gebrek aan ziektebesef een hindernis in het diagnostisch proces. De neiging om hulp te zoeken en te vragen blijft maar al te vaak achterwege (Polikar en Vollebergh, 2000).

De manisch-depressieve stoornis heeft naast een grote neiging te recidiveren een belangrijke erfelijke component. Life-events hebben waarschijnlijk weinig verband met een eerste manische episode maar gaan wel significant vaak vooraf aan een recidief. De lijdensdruk kan, zeker bij een of meer recidieven per jaar, zo groot zijn dat een uitweg wordt gezocht in suicide. Het blijkt een van de belangrijkste doodsoorzaken te zijn van patiënten met een manisch depressieve stoornis. Met name in het begin van de stoornis en na het staken van adequate lithiumprofylaxe is het risico groot, in het algemeen is de kans om door suicide te overlijden 15% (Shepard, 1996).

Behandeling

Bij de behandeling van manisch-depressieve stoornissen zal er bijna altijd sprake zijn van farmacotherapie. Daarnaast zal de behandeling aangevuld dienen te worden met steunende of meer gerichte gesprekstherapie. Voorlichting en therapietrouwbevordering vormen verder een vast onderdeel van de behandeling.

Volgens de 'Richtlijn Bipolaire Stoornis' (Nolen e.a., 2001) gaat het bij de verschillende in de richtlijn voorgestelde vormen van psychotherapeutische/psychosociale behandelingen om een aantal ingrediënten met veelal dezelfde uitgangspunten:

- de behandeling is kortdurend: tien tot twintig sessies;
- de behandeling start veelal tijdens of kort na een acute episode;

- de behandeling wordt naast en niet in plaats van de farmacotherapie toegepast;
- bevordering van medicatietrouw is een van de doelen;
- er wordt gestart met psycho-educatie;
- de behandeling is gericht op het heden;
- de behandeling is meestal praktisch gericht.

De laatste jaren is er veel aandacht besteed aan de betekenis van psychotherapie voor de behandeling van patiënten met een manisch-depressieve stoornis. Cognitieve gedragstherapie is vaak gericht op symptoomreductie en kan individueel of in groepsverband geboden worden. Vaak wordt deze behandeling via een protocol aangeboden. De behandeling richt zich op de negatieve gedachten die leiden tot depressieve klachten. In de therapie worden de negatieve gedachten geïdentificeerd, uitgedaagd en vervangen door rationele gedachten. Door middel van gedragsexperimenten kan de patiënt irrationele gedachten uitdagen of rationele gedachten trainen. De Interpersoonlijke Psychotherapie is ook een kortdurende therapie die specifiek ontworpen is voor de behandeling van depressie. In deze therapie wordt het verbeteren van het interpersoonlijk functioneren gezien als een hefboom voor het verbeteren van het depressieve beeld. Als de klachten bestaan uit een abnormaal rouwproces, een interpersoonlijk conflict, gebrek aan interpersoonlijke vaardigheden of rolverandering, dan kan IPT geïndiceerd worden.

Bij de behandeling geeft men informatie aan de patiënt en de omgeving over de stoornis en de implicaties van deze stoornis voor het dagelijkse leven. Dit wordt psycho-educatie genoemd. Uit verschillende onderzoeken naar de therapeutische waarde van psycho-educatie blijkt dat het geven van informatie de kans op recidief doet afnemen. De kennisoverdracht is vaak

een middel om andere doelen te bereiken. De na te streven doelen zijn onder andere het bewust maken van de eigen problematiek, het vergroten van ziekte-inzicht, erkenning krijgen voor de eigen problematiek en het bevorderen van therapie- en medicatietrouw. Daarnaast het verminderen van de last, die vooral een chronische ziekte legt op de patiënt, hun partner en naastbetrokkenen.

Beoordeling en observatie van het suïciderisico zijn van cruciaal belang. Gezien het hoge cijfer van gemelde suïcidepogingen en het feit dat het levenslange risico van een succesvolle suïcide bij deze groep rond de 10-30% ligt, is het duidelijk dat het aantal mensen dat risico loopt aanzienlijk hoger is dan het aantal dat uiteindelijk suïcide pleegt.

Een psycho-educatiecursus

In het begin van de jaren negentig is men bij de Riagg-Maastricht begonnen met het aanbieden van een cursus aan groepen ambulante patiënten met een manisch-depressieve stoornis, tezamen met hun partner en/of andere naastbetrokkenen.

Het blijkt al spoedig een goede manier te zijn om zowel de patiënt als zijn of haar partner bij een behandeling te betrekken en heeft tevens een positief effect op de acceptatie van de ziekte (Hofman e.a., 1992).

Het doel van de cursus is drieledig:

1. Ten eerste: patiënten en partner en/of naastbetrokkenen informeren over de manisch-depressieve stoornis. De nadruk ligt op verstrekking van direct ziektegebonden informatie. Er wordt onder andere ingegaan op symptomen, beloop, etiologie en medicatiegebruik. Een belangrijk neven doel hierbij is dat patiënten met meer kennis leren praten over hun ziekte, daardoor mondiger worden en gestimuleerd worden tot een actieve, assertieve participatie in de behandeling.

2. Tweede doelstelling is om met de deelnemers samen te kijken op welke wijze men met deze ziekte kan omgaan. Er wordt ingegaan op het maken van een ziektebeloopkaart volgens de Life-Chart Methode (LCM). Een goede manier om het ziektebeloop en het effect van de behandeling grafisch vast te leggen. Enerzijds betreft dit het beloop van het begin van de ziekte tot heden (retrospectief), daarnaast kan dagelijks de stemming bijgehouden worden (prospectief). Op speciaal daarvoor ontworpen formulieren wordt de patiënt aangeleerd om samen met de partner en/of naastbetrokkenen en later met hun behandelaar, bijvoorbeeld aan de hand van oude ontslagbrieven, zoveel mogelijk hun ziektebeloop in kaart te brengen.
3. Derde doelstelling van de cursus is (h)erkenning van de behoefte aan steun bij patiënten en partners en/of naastbetrokkenen.

Expressed Emotion

Niet expliciet genoemd als doelstelling, maar niet onbelangrijk is het kritisch stilstaan bij de houding van partner en of naastbetrokkene ten opzichte van de patiënt. Vooral wanneer de omgeving op een warme, niet-kritische en niet overbetrokken manier met de patiënt omgaat kan het psychisch evenwicht bevorderd worden. De bovenstaande positieve houding wordt ook wel lage EE (Expressed Emotions = geuite emoties) van familieleden genoemd. In het verleden werd de houding van gezinsleden van schizofrenen met name overbezorgdheid en kritiek gerelateerd aan het verloop van schizofrenie. De hoogte van EE bij direct betrokken gezinsleden was daarbij voorspellend voor het opnieuw optreden van een psychotische fase bij een schizofrene patiënt. Systematische en accurate informatie over schizofrenie aan patiënten en/of naastbetrokkenen wordt beschouwd als één van de

methodes om EE te verminderen. Deze relatie tussen hoge EE en recidief geldt niet alleen voor schizofrenie, maar ook voor depressies en voor de manisch-depressieve stoornis. De voorspellende waarde van EE blijkt bij depressie voor wat de kans op recidief betreft, zelfs nog hoger te zijn. Van dit psycho-educatieprogramma is aangetoond dat het de EE van de deelnemende partner of familieleden significant verlaagt. Hoewel de belasting van een manisch-depressieve stoornis voor patiënten en familieleden (burden on the family) vergelijkbaar is met die van schizofrenie, wordt psycho-educatie bij stemmingsstoornissen in de dagelijkse psychiatrische praktijk naar mijn idee nog onvoldoende toegepast.

De life-chartmethode en het noodplan

Het gebruik van de life-chartmethode en van een 'noodplan' bij de behandeling bij patiënten met een recidiverende manisch-depressieve stoornis zijn inmiddels beproefde methoden bij de behandeling. Het aanleren van de methodiek van de life-chart alsook het maken van een noodplan maakt onderdeel uit van de cursus maar kan ook op andere momenten in de behandeling gebeuren. Het noodplan wordt bij voorkeur vlak na het doormaken van een episode gemaakt. De life-chart beschrijft drie gebieden: beloop van symptomatologie en de functionele beperkingen die dit met zich meebrengt, levensgebeurtenissen en behandeling. Daarnaast kan eventuele co-morbiditeit worden aangegeven, zoals alcoholmisbruik of paniekaanvallen (Kupka e.a., 1997). Het maken van een retrospectieve life-chart kost nogal wat tijd, maar door het blijvende overzicht en toegenomen inzicht verdient dit zich terug. Tijdens de cursus leren we de techniek aan van het invullen en bevorderen we de samenwerking met en het engagement van de partner. Gekoppeld aan deze

bijeenkomst maakt de patiënt een afspraak met zijn behandelaar om de ontbrekende gegevens verder in te vullen. Het blijkt dat het merendeel van de patiënten het invullen als enerzijds zeer nuttig ervaren en anderzijds als confronterend.

Een van de bijeenkomsten staat in het teken van de herkenning van en omgaan met vroege signalen van de manisch-depressieve stoornis. Aan de orde komen acceptatie, signaleren, vroege tekenen, belastende omstandigheden en omgang. Veel patiënten die opgenomen zijn geweest of verschillende episodes hebben doorgemaakt zijn bang voor terugval. Het lijkt vaak of de ziekte hen overkomt zonder dat zij het gevoel hebben er daadwerkelijk invloed op te kunnen uitoefenen. De gevolgen echter zijn vaak zeer ingrijpend. Mijn ervaring is dat opstellen en gebruik maken van een noodplan wat meer grip lijkt te geven en de angst voor terugval doet verminderen.

Tijdens de cursus wordt een start gemaakt met het opstellen van een noodplan, wederom en met dezelfde doelstelling als bij de life-chart, samen met de partner en/of naastbetrokkene. Het is niet aan te raden om als hulpverlener alleen met de patiënt het noodplan op te stellen, omdat is gebleken dat de patiënt zelf de eerste symptomen vaak niet goed herkent. Een noodplan is in feite een op maat gesneden protocol met betrekking tot decompensaties (manie en/of depressie) van de betreffende patiënt. In het plan wordt beschreven welke signalen duiden op een beginnende terugval, over het algemeen bestaat er een prodromale fase van enkele weken, en wat dan het beste kan worden ondernomen. Het is bedoeld om nieuwe ziekteperiodes in duur en ernst te beperken of zelfs geheel te voorkomen. Het noodplan is gebaseerd op de ervaringen uit eerdere ziekteperiodes van de betreffende patiënt en wordt

opgesteld in een periode dat de stemming van de patiënt normaal is (Hofman e.a., 1996).

Een (over)bezorgde of kritische houding kan mede door middel van een noodplan veranderd worden. Door duidelijk af te spreken wat wel en wat geen voorboden voor recidief zijn, hoeft men niet voortdurend bezorgd te zijn en op allerlei vroege signalen van patiënt te letten. Ditzelfde geldt uiteraard ook voor de patiënt, wanneer duidelijk is wat bijvoorbeeld de vroege signalen van een depressie zijn.

Tijdens de bijeenkomst leggen we uit aan welke criteria het noodplan moet voldoen en onderstrepen het belang. In een later stadium zal de patiënt samen met de behandelaar over het plan onderhandelen en het definitief vaststellen. Eventueel wordt in overleg een kopie van het plan opgestuurd naar de huisarts en de 7 x 24 uren crisisdienst van de Riagg.

Lotgenotencontact

De laatste bijeenkomst draait om het derde doel van de cursus: (h)erkenning van de behoefte aan steun bij patiënten en partners en/of naastbetrokkenen. Op deze avond nodigen we een contactpersoon van de Vereniging voor Manisch-Depressieven en Betrokkenen (VMDB) uit. Deze ervaringsdeskundige geeft informatie over het werk van de vereniging en vertelt over zijn eigen ervaringen en het belang van het lotgenotencontact.

Het lotgenotencontact is een vorm van hulp en steun die mensen met een vergelijkbare problematiek elkaar bieden, de (h)erkenning staat voorop, vormgegeven door het uitwisselen van ervaringen. De deelnemers aan het lotgenotencontact rapporteren positieve effecten op het gebied van toegenomen acceptatie, vergroting van zelfvertrouwen en zelfrespect, toegenomen mondigheid en meer gelijkwaardigheid naar de hulpverlening toe. Gezien het geringe verwijzingspercentage door de reguliere

hulpverlening lijkt het allereerst van belang dat lotgenotencontact door de reguliere hulpverlening wordt erkend als aanvulling op het reguliere behandel aanbod (Croonen e.a., 1999).

Een inventarisatie van gehanteerde werk- en denkwijze onder psychiaters en SPV-en

Er is veel literatuur voorhanden over de ervaringen van hulpverleners aan schizofreniepatiënten en over de manier waarop de zorgverlening volgens hen ingevuld moet worden. Bovendien is er redelijk veel aandacht besteed aan hoe familieleden van patiënten dit zien. Veel minder is echter bekend over hoe manisch-depressieve patiënten hun zorgbehoefte zien of hoe hulpverleners over de behandeling denken en deze wordt vormgegeven.

Het eerste is in dit verband niet haalbaar om daar een goed beeld van te krijgen, veel werk hiervoor wordt verzet door de Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB). Een weerslag hiervan valt te lezen in het nieuwsblad van de vereniging 'PLUSMINUS'. Tevens vinden er landelijke en regionale bijeenkomsten plaats waar dit onderwerp ter sprake komt.

De VMDB is een patiëntenorganisatie die verder tot doel heeft: voorlichting geven, lotgenotencontact verzorgen en belangenbehartiging van zowel patiënten als betrokkenen.

Om een beeld te krijgen van hoe de behandeling van patiënten met een manisch-depressieve stoornis daadwerkelijk wordt vormgegeven en hoe hier door de hulpverleners over gedacht wordt heb ik een kleinschalige inventarisatie gedaan binnen de regio waar ik werkzaam ben.

Aan de hand van een gedeeltelijk gestructureerde vragenlijst, verspreid onder tien SPV-en en tien psychiaters, wilde ik enig zicht krijgen in de gehanteerde werk- en denkwijze. Hoe

verhouden de behandelingen zich ten opzichte van de richtlijnen? Wat is de rol van de SPV? Is er sprake van criteria voor toewijzing naar een bepaalde behandelaar? Hebben de life-chart en het noodplan een plek in de behandeling? Of en in welke vorm worden naastbetrokkenen begeleid? De uitkomsten van deze vragenlijst zal ik hieronder weergeven.

De uitkomsten bij de psychiaters en de SPV-en

De psychiaters stuurden allemaal de vragenlijst terug, de SPV-en in eerste instantie niet, uiteindelijk stuurden zeven van hen de vragenlijst terug. De vragenlijst is verdeeld in drie gebieden: organisatie van zorg, de behandeling en visie.

1. Organisatie van zorg

Het aantal patiënten met een manisch-depressieve stoornis dat in behandeling is bij de verschillende psychiaters is wisselend en varieert van vijf tot meer dan twintig, een enkeling heeft geen idee. Blijkbaar is er geen aparte registratie en is het lastig om een goed beeld te krijgen van de hoeveelheid patiënten met een manisch-depressieve stoornis in de regio. Van de aangegeven hoeveelheid patiënten behorende tot hun caseload met als diagnose een manisch-depressieve stoornis zijn naast de psychiaters in ongeveer de helft van alle gevallen andere hulpverleners betrokken bij de behandeling. Criteria die genoemd worden zijn het ontbreken van dagstructuur, werkproblemen, relatieproblemen en het geven van psycho-educatie. In mindere mate wordt therapieontrouw, acceptatieproblemen en beschikbaarheid van een andere hulpverlener genoemd. Een enkeling noemt KOPP-problematiek (kinderen van ouders met psychiatrische problemen) en onstabiele in het systeem. De 'regiefunctie' ligt volgens allen bij de psychiater. Al gaf één respondent aan dat indien de patiënt

redelijk is gestabiliseerd, de 'regiefunctie' primair berust bij de SPV.

De caseload op dit gebied is bij de SPV aanzienlijk kleiner, gemiddeld tien patiënten met de diagnose manisch-depressieve stoornis per persoon. In alle gevallen is er sprake van betrokkenheid van een psychiater, onduidelijk blijft wie de 'regiefunctie' heeft. Criteria om de andere hulpverlener bij de behandeling te betrekken zijn vooral farmacotherapie en onvolledige diagnostiek en in mindere mate therapieontrouw en relatieproblemen.

2. De behandeling

In de huidige 'Richtlijn bipolaire stoornissen' wordt gesproken over het gebruik van psychotherapie in de behandeling. Volgens de respondenten (psychiaters) zou deze behandeling of diverse ingrediënten uit deze therapievorm (CGT en IPT) in alle gevallen toegepast kunnen worden door een psychiater of psycholoog/psychotherapeut. De helft van de respondenten voegt daar bovendien aan toe dat de SPV, indien daarmee bekend en voor opgeleid, goed in staat is deze therapievorm toe te passen.

De life-chartmethode wordt door de helft van de ondervraagden in wisselende mate gebruikt tijdens de behandeling. Als reden van het niet gebruik maken van de life-chartmethode wordt door de andere helft aangegeven dat het teveel tijd kost en het niet nodig wordt geacht. Een respondent is onbekend met het materiaal en een respondent hoopt dat de SPV die betrokken is bij de behandeling dit voor zijn rekening neemt.

Alle ondervraagden zijn bekend met gebruik van een 'noodplan' tijdens de behandeling. De ene helft van de ondervraagden gebruikt bij alle patiënten een dergelijk plan, de andere helft in wisselende mate. Als reden hiervoor wordt aangegeven dat

betrokken patiënten al jarenlang stabiel zijn en in een enkel geval wil de patiënt niet meewerken aan een 'noodplan'. De psycho-educatiecursus over de manisch-depressieve stoornis voor patiënten en naastbetrokkenen is op één na bij alle respondenten bekend. Omgerekend zou ongeveer de helft van de patiënten verwezen zijn naar de cursus.

Het gebruik van psychotherapie of diverse ingrediënten uit de CGT en IPT kunnen volgens de SPV-en met name door henzelf worden toegepast, in mindere mate door een psycholoog/psychotherapeut en in twee gevallen ook door de psychiater. Opvallend is dat op twee na geen van de SPV-en bekend is met het gebruik van de life-chartmethode en daar dus geen gebruik van maakt tijdens de behandeling. Het 'noodplan' daarentegen wordt door elke respondent bij meerdere patiënten gebruikt. Een reden om geen gebruik van een 'noodplan' te maken is langdurige stabiliteit bij de patiënt. Allen zijn op de hoogte van het bestaan van de psycho-educatiecursus en hebben ook de nodige verwijzingen op hun naam staan.

3. Visie

De vraag of de SPV, wat betreft kennis en vaardigheden de meest aangewezen discipline, een centrale plaats zou moeten hebben in de behandeling van patiënten met een manisch-depressieve stoornis werd zeer wisselend beantwoord.

Een meerderheid van de psychiaters kan zich hier, met de nodige kanttekeningen, echter wel in vinden. Er wordt genoemd dat het niet zo zeer functiegebonden hoeft te worden gezien maar meer afhankelijk is van vaardigheden en mate van bijscholing en daardoor individueel bepaald. Eén respondent is het er expliciet niet mee eens. Hij stelt: "het kan, maar een

psychiater behoort dat ook te kunnen en in de behandeling mee te nemen. Vanwege tijdgebrek kan het worden waargenomen door een SPV, met zowel voordeel (continuïteit), als nadeel (communicatie nodig)".

De SPV-en zijn unaniem in hun beantwoording. Zij zijn het eens met de stellingname in de vraag en de argumentatie dat naast farmacotherapie de behandeling gericht is op bevordering van medicatietrouw, psycho-educatie en acceptatie en er vaak sprake is van crisisgevoeligheid, netwerkbegeleiding en psychosociale problematiek, de SPV is in dit opzicht de meest aangewezen discipline. Op de vraag of er meer eenduidigheid in de criteria voor toewijzing naar een betreffende hulpverlener zou moeten komen liggen de meningen bij de psychiaters uiteen. Volgens sommigen zijn de criteria duidelijk genoeg maar wellicht onvoldoende geformuleerd in de richtlijnen van de NVVP en in het zorgprogramma van de eigen instelling. Volgens de SPV zou er meer eenduidigheid in de criteria voor toewijzing naar een betreffende hulpverlener moeten komen. "Ja", zegt iemand "maar er moet ruimte zijn voor maatwerk en flexibiliteit".

Discussie en conclusie

Het mag duidelijk zijn dat ik een voorstander ben van een nadrukkelijke en centrale rol van de SPV in de behandeling van een patiënt met een manisch-depressieve stoornis. Maar is die mening ergens op gebaseerd en is er in enige mate sprake is van toewijzingscriteria? Dat de (kortdurende) psychotherapie een nadrukkelijke plaats heeft in de richtlijnen en zorgprogramma's valt te verklaren door het feit dat het effect van deze behandelingen zich goed wetenschappelijk laat onderzoeken. Dit in tegenstelling tot langdurige behandelingen, in dit geval gericht op inzicht, aanvaarding en betekenisgeving, dat laat zich veel

moeilijker wetenschappelijk onderzoeken, evenals de non-specifiek factoren zoals 'matching', continuïteit en beschikbaarheid. Daardoor mist deze vorm van behandeling naar mijn idee een plek in de programma's en richtlijnen.

Over de vraag wie deze vorm van psychotherapie zou moeten doen zijn de meningen verdeeld, dat blijkt ook uit de inventarisatie zoals beschreven. Of de SPV psychotherapeutische vaardigheden heeft staat ter discussie. Maar gezegd moet worden dat de hulpverlenerrelatie gericht is op verandering en verbetering van het functioneren van de patiënt en het versterken van copingstrategieën. Dat daarbij gebruik wordt gemaakt van verschillende therapeutische deelt technieken ligt voor de hand, het zou dus kunnen worden opgevat als een vorm van steunende psychotherapie.

Ten aanzien van de beoordeling en observatie van het suïciderisico kan gezegd worden dat gebruik maken van een 'noodplan', het belang van vroegtijdig signaleren en eventuele ongunstige gevolgen voorkomen, evident zijn. Het lijkt me een onderbelicht probleem en aandacht voor een nauwkeurige inschatting van het risico is dan ook zeer op zijn plaats.

Uit de inventarisatie en interpretatie van de vragenlijsten blijkt dat er sprake is van allesbehalve eenduidigheid, richtlijnen toch multi-interpretabel zijn en er op het gebied van kennis, bijvoorbeeld de life-chartmethode, lacunes zijn op te merken. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige is vaak afhankelijk van een verwijzing door de psychiater. Momenten dat dit kan gebeuren zijn tijdens of na opname van de patiënt in de kliniek, na aanmelding of gedurende de behandeling. Bij de eerste twee momenten kan de sociaal psychiatrisch verpleegkundige zich profileren tijdens een patiëntenbespreking of

intakevergadering. De argumentatie zal het belang moeten onderstrepen van continuïteit van behandeling, mate van beschikbaarheid, omgaan met de crisisgevoeligheid van de patiënt en systeembegeleiding, vaardigheden die verwijzen naar de functie van SPV en het functieprofiel.

Opmerkelijk is het feit dat wel alle psychiaters en niet alle SPV-en de vragenlijst teruggestuurd hebben. Het niveau van de inhoudelijke argumentatie lag bij de psychiaters hoger. Hiermee leg ik denk ik een zwakke plek bloot van de SPV. De moeite nemen om na te denken over de praktijkkennis, deze expliciet te maken,

centraal en ter discussie te stellen is iets waar de SPV zich verder in zou dienen te bekwamen. Daarnaast ook transmuraal en klinisch het gedachtegoed van de sociale psychiatrie verder uitdragen en zodoende een tegenreactie vormen richting het gevestigde medisch psychiatrisch denken, zoals ook verwoord in de reactie van de psychiaters op de vragenlijsten. Ik ben van mening dat als deze koers wordt ingezet de noodzaak voor (her)formulering van criteria voor toewijzing naar een betreffende hulpverlener komt te vervallen.

Literatuurlijst

Baarda, D.B. e.a. (2000). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.

Croonen, H.G.H.M. en A. Honig (1999). Lotgenotencontactgroepen voor de manisch-depressieve stoornis, *MGV 1999-5*.

Hofman, A., A. Honig & M. van Vossen (1992). Het Manisch Depressief Syndroom: Psycho-educatie als onderdeel van de behandeling, *Tijdschrift voor Psychiatrie 34*.

Hofman, A., A. Honig & M. van Vossen (1996). Gebruik van een "noodplan" bij de behandeling van patiënten met een recidiverende uni- of bipolaire stemmingsstoornis, *Tijdschrift voor Psychiatrie 38*.

Jamison, K.R. (1995). *De Onrustige geest*. Amsterdam: Uitgeverij Luitingh Sijthoff.

Knoppert-van der Klein, E.A.M. (1999). *Van moedeloosheid naar overmoed*. Proefschrift.

Kupka, R.W., G.W. Akkersluis, W.A. Nolen & A. Honig (1996). *Behandelingsstrategieën bij de manisch-depressieve stoornis*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu en Van Loghum.

Nolen, W.A. e.a. (2001). *Richtlijn bipolaire stoornissen*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Polikar, L & W. Vollebergh (2000). *De bipolaire stoornis. Een slecht herkend probleem*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Shepherd, G., R.G. Hill (1996). Manisch depressieve stoornis: is de ondersteuning voldoende?, *Verpleegkundig Perspectief aflevering 3, mei 1997*.

Venneman, B.J.M. (1998). *Profiel Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen.