

---

## De Sociaal Psychiatrische Verpleegkundige Diagnose

Anouska Cremers

*In het kader van het vijftienvijf jarig bestaan van de NVSPV organiseerde de beroepsvereniging samen met de MGZ-opleiding in Nijmegen een studiemiddag over een thema waarmee Nijmegen zich sinds jaar en dag profileert, de sociaal psychiatrische verpleegkundige diagnostiek. De middag werd georganiseerd door J. Derks en M. van Bommel.*

De MGZ-opleiding is gesitueerd in een oud gebouw aan de rand van centrum Nijmegen. Het werd in 1912 gebouwd door Charles Estourgie, in opdracht van de Scheutisten, de congregatie waar Bisschop Hamer lid van was. De invloed van één van zijn leermeesters Berlage zijn duidelijk te herkennen is dit oude gebouw. De bruine steen, de vele rechte hoeken, de symmetrie, afgewisseld met hier en daar de regelmaat van een ronding. U ziet ik had de tijd om eens goed rond te kijken terwijl de andere deelnemers druppelsgewijs arriveerden.

Het was mooi weer en in de tuinen aan de achterkant konden de aanwezigen rustig acclimatiseren voordat de studiemiddag begon. Midden op het gebouw bevond zich een Chineesachtig torentje als een anomalie in het geheel. Het wekte mijn nieuwsgierigheid. Bisschop Hamer blijkt een missionaris te zijn die in 1865 met drie andere missionarissen naar een onherbergzaam gebied in China werd gestuurd om de zielen aldaar te bekeren tot het katholieke geloof. Zij spraken geen chinees, kenden de weg niet, waren niet voorbereid op het klimaat en moesten gewoon aan de slag. Zij kregen hulp van enkele Chinese priesters. Zij vonden elkaar in het Latijn. De Chinezen waren niet blij. De Fransen waren in 1850 het land binnengevallen en dwongen de Chinezen een verdrag te ondertekenen dat missionarissen het recht kregen om ander Chinese protectie –de ironie- het binnenland in te trekken om daar het geloof te verkondigen. En zo geschiedde. Het weerklimaat was zeer grillig. Onderzoeker P.A. Cohen laat zien hoe de droogte leidde tot verveling en honger, en deze omstandigheden leidde tot vorming van bendes die al plunderend door het gebied trokken. Bisschop Hamer, tijdelijk terug in Nederland verzamelde geld voor de bouw van een kerk aldaar. Bij terugkomst op zijn Chinese standplaats bleek opnieuw de honger en de dreiging van bendevorming. Hij gebruikte het geld niet voor zijn kerk maar om te voorzien in de eerste levensbehoefte. Toen enkele jaren later opnieuw opstand dreigde had hij geen geld om het tij te keren. Ferdinand Hamer werd weggevoerd en vermoord.

Terwijl ik, met het complete gezelschap, richting collegezaal schuifelde, mijmerde ik nog na over deze stenen geschiedenis. Een geschiedenis van het ontbreken aan communicatie, elkaar verstaan in een taal die voor de rest van de omringende wereld vreemd is; Het hebben van een missie met gebrek aan gezamenlijke uitgangspunten en belangen. Werken in een klimaat dat onvoorspelbaar is waardoor samenwerkingsverbanden uiteenvallen in partijen die elkaar dreigen op te slokken. En dat alles in een gebied dat niet voorziet in de eerste levensbehoeften, maar waar productie gedraaid moet worden. Tenslotte een gebrek aan middelen om het tij te keren waardoor een opleiding de nek wordt omgedraaid. Het leek warempel wel de geschiedenis van de SPV met zijn cliënten in ons huidige GGZ land.

Inmiddels had iedereen plaatsgenomen. Om mij heen zag ik mensen die elkaar kenden. Ook nu weer had de bijeenkomst een hoog reüniegehalte. Ook hier waren studenten en cliënten van de partij. De gemiddelde leeftijd lag overigens opvallend hoger dan in Heerlen, ik schat boven de 40. Het riep iets op van 'eens een SPV, altijd een SPV' Tegen alle veranderingen in, tegen alle onvoorspelbaarheid en dreigingen dat we als autonome beroepsgroep verloren gaan –het begin is ingezet door het verdwijnen van de opleiding- blijft de beroepsgroep blijikbaar steevast zijn eigen weg volgen.

Het thema van de dag: *De Sociaal Psychiatrische Verpleegkundige Diagnostiek*. Werd geopend door de dagvoorzitter Hein van der Hulst. Hij opende met de oudste problemen die bestaan. De communicatie, of eigenlijk het gebrek aan een gezamenlijke taal. De spreker citeerde uit *De Ijzdragers* van A. Enquist. Over het tentamen psychiatrie dat Nico van der Doelen, een van de hoofdpersonen, moet afleggen: *"De professor...zat met halfgeloken ogen achterover in zijn stoel en had voor Nico een roos in een melkfles op tafel gezet. "Vertelt u mij over deze roos, meneer Van der Doelen, ik luister." Nico had niet geweten wat hij moest zeggen. ..."U hebt met uw kennis van de ziel vast iets toe te voegen"...Stilte..."Als u over deze eenvoudige bloem, met haar zo duidelijke zichtbare ambivalenties...niets kunt vertellen, als u geen gedachten kunt formuleren over het verloren hart en de dorstige stengel...hoe kan ik u dan op mijn patiënten loslaten? Een psychiatrische patiënt is heel wat ingewikkelder...wij zullen elkaar over drie maanden weer ontmoeten, probeert u in de tussentijd eens wat na te denken"..."* Om welke taal vraagt de professor? Nico, had zich voorbereid op diagnosticeren volgens de DSM, niet op een roos in een melkfles.

Van der Hulst opende hiermee het zicht op de dilemma's die een rol spelen bij diagnostiek. Het eerst kader voor deze middag is gezet. Intake en diagnostiek zijn erg boeiend, maar het gevaar blijft dat de kern van de mens wordt genegeerd. Nijmegen maakt zich sterk om het gedrag van de cliënt in zijn sociale context te plaatsen en te begrijpen. Het gaat verder dan een ziel in een bepaalde overtuiging te manoeuvreren. Een SPV is geen medicus, een diagnose volgens het medisch model betekent een ernstige reductie van het individu. De SPV is een generalist en moet dit ook blijven. De SPV is géén successtory van de artsen in haar deskundige toepassing van de DSM-IV, benadrukt de spreker. In de sociale psychiatrie past dit eenvoudigweg niet. De DSM is als een Latijn dat de communicatie tussen psychiater en de SPV mogelijk maakt, maar de persoon van de cliënt uitsluit.

Marlies van Bommel verzorgde de eerste presentatie. Zij haalt, in deze tijd van voetbal, woorden van Cruyff aan: *"Ik heb een hekel aan mensen die zich voortbewegen zonder te weten welke kant ze opmoeten"* Waarmee van Bommel de stand van de verpleegkundige diagnostiek typeert. Zij haalt het onderzoek aan van een afgestudeerde student. Als afstudeerproject onderzocht deze de wijze

van diagnosticeren in de praktijk van de SPV. Hieruit bleek dat er veel verschil en onduidelijkheid is. Zo stemmen opleiding en praktijk niet met elkaar overeen. Hieruit volgde de stelling dat er in de beroepspraktijk weinig consensus bestaat over hoe en over wat er gediagnosticeerd moet worden. Omdat de SPV-en op verschillende plekken werken, dwingen de verschillende contexten ook tot andere diagnostische uitgangspunten. Om tot een goed diagnostisch model te komen dienen op de eerste plaats gemeenschappelijke uitgangspunten geïnventariseerd te worden. De kaders hiervoor worden gevonden in onder andere de profielschets van de SPV, het sociaal psychiatrisch gedachtegoed, de bruikbaarheid, want het moet natuurlijk wel multidisciplinair toegankelijk zijn, en de diagnose, moeten uitdrukking geven aan de dynamiek van het circulair proces tussen SPV en cliënt. Voorts moet het model inzicht geven in de percepties van de cliënt, diens betekenisgeving en diens wensen en verandermogelijkheden. Tegelijkertijd dient ook de perceptie van de SPV te worden aangegeven. Het blijkt dat cliënten de formulering in diagnostische omschrijvingen op prijsstellen. Dit wordt met enige terughoudendheid bevestigd door Bert Arts. Ervaringsdeskundige met een lange geschiedenis in de hulpverlening. Waardering van diagnostiek blijkt veel te maken hebben met de acceptatie te lijden aan een bepaalde ziekte. Van Bommel besluit haar presentatie met de vaststelling dat er zeker wel enige consensus bestaat over de criteria waaraan een SPV-diagnostisch instrument moet voldoen. Op dit moment is het klimaat in GGZ land echter voortdurend aan verandering onderhevig. We weten niet of er regen komt. Deze steeds veranderende context minimaliseert de mogelijkheden om een goed en valide model in te voeren. Overigens is het P.E.S. (probleem, etiologie en symptomen) en het Neumann System Model goed bruikbaar. Aanwezige studenten vertellen later tijdens de borrel in de tuin, hun indruk dat deze modellen vooral in Nijmegen gedoceerd worden. Maar dat is niet zo. Van Amsterdam en Utrecht weet ik dat ze onderdeel van het opleidingscurriculum vormen. Ik vermoed dat dit ook op de andere opleidingen zo is. Het probleem zit 'm in de praktijk. Ik ken geen plek waar deze modellen daadwerkelijk volgens de regelen der kunst toegepast worden...De dagdagelijkse praktijk laat duidelijk geen ruimte voor dit goddelijke bouwwerk.

Bert Arts is de tweede spreker. Hij is ervaringsdeskundige en weet een duidelijk verhaal te houden over de relatie SPV-client. Hij vertelt over zijn levensloop en de vele moeilijkheden die hij tegenkwam. Naast waardering voor de inzet van de SPV legt hij de aandacht bij de groeiende moeilijkheden om te kunnen deelnemen aan het maatschappelijk verkeer. Door de veranderende wetgeving waar subsidies komen te vervallen, komen de eerste 'levensbehoeften', fors onder druk te staan. Het missie van de SPV dus ook. Hij had veel baat bij de dienstverlenende activiteiten van de SPV die een intermediërende rol op maatschappelijk en sociaal gebied inneemt. Hij stipte eveneens het grondrecht aan van de cliënt om zijn eigen keuzes te maken, maar ook dat een dreigende teloorgang dit grondrecht tijdelijk in de ijskast zet. Ik moest meteen denken aan het verdrag dat de Fransen oplegden aan de Chinezen, de eigen beschikking werd aan de kant geschoven, om een religieuze teloorgang te voorkomen, maar dat terzijde. Arts laat zien dat de bemoeizorg een geheel andere probleemanalyse vraagt, er een andere dynamiek plaatsvindt tussen cliënt en SPV waarbij de begeleiding bestaat uit hulp en ondersteuning. Een diagnostisch model dat lijnen uitzet voor begeleidingactiviteiten toegerust op dit werkgebied, ziet geheel anders uit dan bijvoorbeeld de SPV die werkt in de eerste-lijns consultatie.

Er was pauze en nog steeds scheen de zon. Met behulp van koffie en nicotine trok men naar de tuin en viel het gezelschap uit elkaar in kleine groepjes die elkaar kenden. Het was geen echt actieve middag voor de aanwezigen.

Hun rol bleef voornamelijk beperkt tot toehoorder. Er was tot nog toe veel gedoe met het geluid. Microfoons werkten niet, of de ruis zong met een te hoog decibel door de ruimte. Hoewel later bleek dat enkelen zich hieraan hadden gestoord "*toch wel érg onprofessioneel*" vond ik het vooral een goede ijsbreker. De meeste konden er wel de humor van inzien en het hield de luisteraars goed bij de sprekers.

Als voorlaatste spreker gaf Frans Boekhorst een voordracht. Hij sprak over de noodzaak van narratieve diagnostiek in de sociaal psychiatrische hulpverlening. Hij benadert het ziek zijn vanuit een geheel ander dimensie. Namelijk vanuit de patiënt. Ter verduidelijking verwees hij naar het boek van Medisch Socioloog G. Nijhof, *Ziekenwerk, een kleine sociologie van het alledaagse ziekenleven*. Bij Nijhof werd kanker geconstateerd, hij nam daardoor de plaats in van de mensen die hij voorheen als socioloog onderzocht. Nijhof ervoer de angsten en praktische problemen van de patiënt die er een eigen verhaal bij vormt, hij laat zien hoe door de medische praktijk tekort doet aan dit verhaal en voorbijgaat aan hetgeen de patiënt op momenten het meeste bezighoudt. Meest interessant was echter de constatering dat *zijn verhaal als patiënt zijnde* tot geheel nieuwe inzichten leidde dan tot nog toe de wetenschappelijk onderzoeksresultaten deden. Boekhorst stelt dat een verhalend perspectief op psychiatrische klachten de leefwereld van de patiënt te voorschijn haalt. Hij maakt en onderscheid tussen *verstehende* diagnostiek en verklarende diagnostiek. *Verstehende* diagnostiek geeft inzicht in de vele factoren die tot het bestaan van de ziekte leiden. De context, de individuele levensgeschiedenis en de beleving zijn wezenlijk. In de verklarende diagnostiek, het biomedisch model, wordt de patiënt het zwijgen opgelegd. Ze raken hun eigen verhaal kwijt. Boekhorst betreurt het dan ook dat de SPV steeds meer verschuift naar de biomedische diagnostiek. Door hun diagnoses, instrumenten en taalgebruik, kennen ze samen met de artsen, medische betekenissen toe en scheppen een 'ziekte-werkelijkheid' die verschilt van die van de patiënt. Diens eigen levensverhaal, met zijn unieke zin en betekenisverlening. De rol van de eigen leefwereld en omgeving verdwijnt uit het zicht. Deze vorm van diagnostiek heeft onder andere tot gevolg dat het 't werk van de hulpverlener ingeperkt raakt tot voorschriften en protocollen. Voorts legt Boekhorst de aandacht bij de werkcontext zoals die heden ten dage bestaat. Er is een voortdurende stroom van activiteit waardoor er voor reflectie geen tijd meer is. Inmiddels zijn we zo aan deze situatie gewend dat reflectie op beleid en uitvoering als een luxe artikel gezien wordt dat in een tijd van schaarste als vanzelfsprekend terzijde wordt geschoven.

Als laatste spreker trad Giel Hutchemaekers in het voetlicht. Hij maakte naam in zijn tijd op het Trimbos Instituut. Een kopstuk waar het wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot verschijnselen in de GGZ, betreft. In een vliegenvlug praatje, doorspekt met spitsvondige grapjes, en zeker niet bij te houden met de pen, maakt Hutchemaekers langs verschillende wegen duidelijk dat Stepped-care vraagt om Stepped diagnostiek. Hij gooit meteen de knuppel in het hoenderhok: Verpleegkundige diagnostiek wordt behalve door de SPV door geen enkele andere discipline belangrijk geacht. En zijn nuancering geeft hem gelijk. De SPV-diagnostische modellen trachten een alles omvattende analyse te berekenen. Zodat niet alleen de cliënt aan bod komt, maar ook de medicus, de psychotherapeut en de SPV zelf hun informatie eruit kunnen halen. En een dergelijk homogeen model doet aan niemand recht. De plek waar de SPV werkt, 1e- 2e- of 3e lijn, stelt vast welke informatie het diagnostisch model dient te verzamelen. Hij illustreert dit aan de hand van de huisarts. Als de huisarts een bepaalde klacht kan verhelpen is een scanonderzoek bij de specialist niet opportuun. Hutchemaekers laat zien waarom Stepped Care de voorkeur heeft en waarom dit vraagt om 'stepped' diagnostiek. Hij onderbouwt zijn argumenten met gebruik van de statistiek, de macht van het getal. Deze geeft uiteindelijk aan wat

zinvol is en wat niet. Diagnostiek werkt van algemeen naar specifiek (was de gevleugelde uitspraak *'kort als het kan, lang als het moet'* van hem?). Het leidt uiteindelijk tot een adequatere inzet van middelen en deskundigheid. In zijn praatje legt hij echter ook uit wat de voordelen voor de patiënt zijn. De behandeling die de patiënt krijgt aangeboden is het minst ingrijpend in zijn leven, en dit heeft in principe de voorkeur. Daarnaast doet minder aanbod een beroep op de zelfredzaamheid. Ook dit verdient de voorkeur. Hutchemaekers pleit ervoor dat de zorg gekoppeld wordt aan het beloop van de diagnose. En hier benadrukt hij het belang van de de SPV-diagnostiek. Geen homogeen model, maar diagnostische modellen die zijn aangepast aan de vraag die bepaald wordt door de context waarin gewerkt wordt. Een SPV is breed opgeleid, is een generalist, maar dit betekent niet dat de werkvelden waarin hij zich bevindt geen specifiek karakter hebben en om een specifieke analyse en inzet vragen. Maar gelukkig bleef dit inzicht niet beperkt tot Hutchemaekers. De deelprofielen zijn in de maak en binnenkort zal de eerste verschijnen.

Deze laatste presentatie vormde de inleiding naar de verschillende stellingen. Een discussie kwam op gang. Waarbij de gemoederen toch wel verhit bleken na de laatste spreker. Afgesloten werd met de constatering waarmee deze middag ook begonnen was. Onvoldoende consensus binnen de beroepsgroep over SPV-diagnostiek duidt mogelijk op een vaag gedefinieerd referentiekader. Met een hapje en drankje, ook nu werd goed voor de inwendige mens gezorgd, bleven veel mensen nog een hele tijd napraten onder de laatste zonnestralen.