
DE SPV IN HET ALGEMEEN ZIEKENHUIS

Van consulten naar consultatie, het terrein van de ziekenhuis psychiatrie

Dir artikel is een bewerking van een lezing op een studiemiddag van de NVSPV (18 mei 1994) waar de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen die "buiten de RIAGG" werken centraal stonden.

Inleiding

In 1992 startte het Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam Centrum/Oost-West/Noord de psychiatrisch consultatieve dienst.

Deze dienst werkt voor een aantal algemene ziekenhuizen in Amsterdam, die zelf geen psychiater in dienst hebben. Dat wil zeggen geen PAAZ of psychiatrische polikliniek.

Onder consultatieve of ziekenhuis psychiatrie verstaat men alle activiteiten op het gebied van patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs wat betreft patiënten die worden behandeld in niet psychiatrische klinieken en op poliklinieken van een algemeen ziekenhuis.

De dienst is samengesteld uit 2 psychiaters, 2 arts-assistenten en 1 SPV. Momenteel is er een vacature voor een tweede SPV.

De werkzaamheden zijn te onderscheiden in patiëntgebonden en niet patiëntgebonden activiteiten. Van een consult spreekt men wanneer na overleg met de consultvrager de patiënt wordt gezien. Van consultatie spreekt men wanneer er met de consultatievrager **over** een patiënt wordt gesproken zonder dat de patiënt zelf wordt gezien. Niet patiëntgebonden activiteiten betreffen deskundigheidsbevordering

en met name klinische lessen.

Werkwijze

Consult of consultatievragen worden gebruikelijk via ons eigen telefoonnummer door gebeld naar het Psychiatrisch Ziekenhuis of doorgegeven via de piepers in de algemene ziekenhuizen.

Na een kort ochtendrapport worden de werkzaamheden geïnventariseerd en

Gerrie Hendriks.

Gerrie is sociaal psychiatrisch verpleegkundige en werkt als verpleegkundig consulent bij het Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam.

Naast deze consultatieve functie heeft zij veel ervaring als crisisinterventor.

verdeeld en begeven wij ons per fiets naar de verschillende ziekenhuizen.

Bij de opzet van de dienst is er onderscheid gemaakt in de taken van artsen en SPV.

De taken van de SPV

Allereerst de taak waar wij als verpleegkundigen het meest vertrouwd mee zijn, nl. de verlengde arm. Het doen van consulten onder verantwoordelijkheid van de psychiater in overleg, of met verantwoording achteraf.

Denk daarbij aan het beoordelen van suïcidepogers.

Consulten

Ter bevordering van de professionalisering van het verpleegkundig beroep, is de mogelijkheid dat er een specifiek verpleegkundig consult of consultatie gevraagd kan worden. In eerste instantie door verpleegkundigen, maar zich nu uitbreidend naar andere disciplines. Het consulteren van een collega is voor A-verpleegkundigen dikwijls ongebruikelijk. Het vertrouwd raken met, en ontdekken van de mogelijkheden kost enige tijd en verloopt per ziekenhuis in verschillende fasen. Wanneer en waarom er voor een patiënt een specifiek verpleegkundig consult gevraagd wordt, is voor mij niet altijd volledig te beoordelen, immers de aanvrager bepaalt de vraag.

Het belangrijkste criterium dat wij als Psychiatrisch Consultatieve Dienst hanteren, is dat bij een consult de verpleegproblemen op de voorgrond staan. Aan de hand van een voorbeeld zal ik verduidelijken waartoe een verpleegkundig consult kan leiden.

De praktijk

Terwijl ik op de afdeling ben voor een ander consult, word ik aangesproken door de teamleider, die vraagt of ik bij een oudere heer wil gaan kijken. Hij is enkele dagen eerder opgenomen met toenemende longklachten. Patiënt is bekend met chronisch longlijden. Hij zou voor opname al in de war op straat zijn aangetroffen. Nu, na opname is hij nog steeds angstig en onrustig met name 's avonds en 's nachts. Hij spreekt veel over de oorlog. Zijn onrust maakt fixatie noodzakelijk, hij wurmt zich echter uit de zweedse

band en klimt over de bedhekken. Ten gevolge van zijn onrust is hij 5 x gevallen.

De verpleging wordt meer en meer wanhopig en voelen zich verantwoordelijk voor alle valincidenten. Ik tref een benauwde, oude man aan die protesteert tegen het gebruik van de zweeds band. Hij begrijpt niet waarom het gebruik daarvan noodzakelijk is, hij zegt niets te mankeren.

Nachtelijke onrust ontkent hij heftig evenals valpartijen. Zijn oriëntatie is gedeeltelijk gestoord, zijn bewustzijn is op dat moment helder.

De beschikbare achtergrond informatie zegt niets over een bestaand dementieel syndroom. Patiënt woonde zelfstandig met geringe hulp van de kinderen en tafeltje dekje.

Mijns inziens wees alles op een delier en de adviezen luidde dan ook:

- psychiater in spoedconsult op vermoeden van een delier behandelen van organische oorzaak en medicatie advies.
- verpleegkundig beleid als bij een delier. De 5 W's en oriëntatiepunten aanbrengen als een klok, krant, bij voorkeur 1 verpleegkundige die hem verpleegt daarnaast angstreducerende maatregelen treffen.
- Structuur aanbrengen, hand in hand begeleiding en beperkt gebruik van beschermende maatregelen.
- familie inlichten en deelgenoot maken van het verpleegprobleem. Eventueel inschakelen bij de hand in hand begeleiding.

In deze situatie was goed overleg met alle betrokkenen mogelijk en werden de adviezen overgenomen.

De route die een consultaanvraag aflegt voor hij ons bereikt, geeft dikwijls veel informatie over de samenwerking. In bovenstaand voorbeeld werd het consult gegenereerd door de op de voorgrond staande verpleegproblemen en was het delier om welke reden dan ook gemist.

Een medisch consult dat binnenkomt als een verpleegkundig consult kan echter ook duiden op het bestaan van stafproblemen maar daarover later meer.

In de praktijk blijkt dat verpleegkundigen consulten niet altijd bepaald worden door verpleegproblemen, betrokkenheid of iets heel erg ongewoon vinden, kunnen ook aanleiding zijn voor het verpleegkundig consult. Zo leert ons het volgende voorbeeld.

Een tweede praktijkvoorbeeld

Een 16 jarig meisje, opgenomen met klachten van misselijkheid en diarree die echter verdwenen na opname.

Patiënte ontwikkelde daarna pijnklachten aan haar linker zijde en vervolgens was er sprake van uitvalsverschijnselen aan haar linker been en krachtverlies aan haar linker arm.

De consultvraag was: beoordeling op psychiatrische/psychosociale componenten en indien geïndiceerd nazorg.

Anamnese en heteroanamnese leverden informatie op die zowel kan duiden op reële klachten als op somatisatie: patiënte heeft in 1993 een ernstig psycho trauma meegemaakt en is aangereden door een auto. De ouders presenteerden de klachten nadrukkelijk als lichamelijk. Uiteindelijk kwamen we tot het volgende beleid.

- Tijdens de opname zo gewoon mogelijk met patiënte omgaan, als met een gewone puber. Geen indringende vragen, geen uitvoerige gesprekken over mogelijke problemen.
- Na uitsluiting van somatische oorzaken snel met ontslag.
- Poliklinisch contact in samenwerking met de neuroloog en de gastro enteroloog.

Ik hoop dat u heeft begrepen dat het geven van verpleegkundigen adviezen aangaande bejegening meer betekent dan het advies slechts mededelen of opschrijven.

Het vergt dikwijls nogal wat uitleg over het hoe, het wat en het waarom aan een verpleegkundig team.

Dit sluit aan bij de consultatieve taak van de SPV in het algemeen ziekenhuis.

Consultatie

Langzaam zie ik een verschuiving van consultvragen naar consultatievragen. Zoals ik al eerder aangaf wil consultatie zeggen dat er contact is **over** de patiënt.

In dit geval met verpleegkundigen.

De werkwijze

Met de meest betrokken verpleegkundige wordt het probleemgedrag van de patiënt geformuleerd en vervolgens de verpleegproblemen.

Het inventariseren van hetgeen dat al geprobeerd is, is even belangrijk als het inventariseren van de mogelijkheden van de afdeling.

Bij voorkeur, als ik ze kan bedenken, geef ik 2 alternatieven over een te volgen benaderingswijze en de mogelijke effecten.

Wanneer men kan kiezen zal men die benaderingswijze kiezen die het meest bij hen past, de motivatie verhogen en het laat de verantwoordelijkheid bij de consultatievrager.

Consultatie richt zich op kennisoverdracht, ontwikkelen van vaardigheden en attitude. Dit kan in de praktijk betekenen dat je vaardigheden voordeelt. Dat je bijvoorbeeld laat zien hoe een directieve aanpak eruitziet, of heel veel voorbeelden gebruikt. Consultatie kan op regelmatige basis plaatsvinden of op afroep, het is patiëntgebonden, in die zin dat het altijd over een patiënt of over patiënten gaat. In uitzonderlijke situaties stel ik voor de patiënt ook te zien, bv bij het vermoeden van een dreigende psychotische decompensatie.

Deskundigheidsbevordering

Tot slot de niet patiëntgebonden activiteiten.

Concreet houdt dit in deskundigheidsbevordering in de vorm van klinische lessen, het participeren in werkgroepen en het mede ontwikkelen van verpleegkundige protocollen. Klinische lessen worden op aanvraag verzorgd, soms na aanleiding van een patiënt. Het zal u niet verbazen dat het delier ofwel de acute verwardheid regelmatig terugkomt. Naast uitleg over het beeld en de oorzaken wordt met name aandacht besteed aan de verpleegproblemen.

Een cyclus klinische lessen, bv over de "moeilijke patiënt", behoort ook tot de mogelijkheden.

De vraag tot het ontwikkelen van verpleegkundige protocollen ontstaat meestal als het ziekenhuis of de afdeling enigszins vertrouwd is met de psychiatrisch consultatieve dienst. Verpleegproblemen op grond van een

psychiatrische aandoening worden eerder onderkend.

Dit leidt dikwijls tot de vraag om een protocol, wat integratie van psychiatrisch verpleegkundige interventies mogelijk maakt.

Het psychiatrisch consultatie model

De opzet van de hier gepresenteerde vorm van een psychiatrisch consultatieve dienst is die van het meerwaarde model.

Dat wil zeggen dat de dienst zich, naast het uitvoeren van consulten, richt op kennisoverdracht en uiteindelijk op integratie van de verworven psychiatrische kennis in de dagelijkse praktijk van de algemene ziekenhuizen. Daarbij werk je altijd op 2 niveaus: het concreet uitvoerende patiëntgerichte niveau en het stafniveau.

Al eerder heb ik aangegeven dat de wijze waarop een consultvraag tot stand komt evenveel informatie bevat als de inhoudelijke informatie over de patiënt. In wezen heeft de consult c.q. consultatievrager een probleem, waarvoor een specialist wordt ingeroepen.

Als consulent heb je voortdurend te maken met complexe systemen van wisselende samenstelling.

Elk ziekenhuis en zelf elke afdeling heeft zijn eigen cultuur, die de toegankelijkheid en de flexibiliteit bepalen.

Het zicht krijgen op de onderlinge interacties en het in kaart brengen van de samenwerking binnen de disciplines en de verschillende disciplines naast elkaar, is noodzakelijk om te kunnen bepalen of, en vervolgens welke interventie op stafniveau gewenst is. Het vergt dat de consulent zich steeds invoegt in het systeem, maar ook weer terugtrekt.

De consulent moet zich toegankelijk opstellen maar tegelijkertijd overzicht en afstand houden.

Naast de inhoudelijke deskundigheid van psychiatrisch ziektebeelden al of niet in samenhang met somatische ziekten, maakt de kennis van complexe systemen en daar ook nog iets mee kunnen, deze functie zo geschikt voor een Sociaal Psychiatrisch

Verpleegkundige.

Ons specialisme is tenslotte niet alleen te zorgen voor de patiënt maar ook voor de mensen eromheen, zodat deze weer goed voor de patiënt zorgen.