
MEDIAAN

Bericht uit Friesland Ervaringen van een IPT project (deel 3)

**Door Riens Sander, SPV en
Henk Hiemstra, SPV.**

Op dit moment bestaat de gehele caseload van het IPT-Leeuwarden uit 70 cliënten.

De aanmeldingen komen voor het grootste deel van APZ of RIAGG. Een enkele keer via wijkagent, Ypsilon of CAD. Een centrale commissie stelt de indicatie. Daarbij wordt gekeken naar de uitgangspunten van het project, zoals verwoordt in de nota "Oeral thús":

"Cliënten met ernstige psychiatrische beperkingen en navenant psychosociaal disfunctioneren, die neigen tot chronificatie.

Er bestaat tot dusver een onvermogen om vruchtbaar gebruik te maken van de reeds bestaande ambulante en semi-murale voorzieningen. Zij raken dan ook gemakkelijk tussen de wal en het schip".

Te denken valt aan cliënten met

- langdurig contact met de GGZ
- forse beperkingen in het dagelijks functioneren
- geen of nauwelijks sociaal netwerk
- regelmatig conflicten met belangrijke anderen
- geen vertrouwen meer in de bestaande GGZ-voorzieningen; de motivatie komt meer van de hulpverlener dan van de cliënt
- psychopathologisch vaak psychosen, hardnekkige affectieve stoornissen en ernstig frequent decompenserende persoonlijkheidsproblematiek."

Bij vlagen laait de discussie binnen het team op of we nu wel of niet de mensen met persoonlijkheidsstoornissen moeten accepteren zoals nu gebeurt.

"Komen de mensen met schizofrenie dan niet weer in de knel? Die vragen niet zo duidelijk om aandacht maar hebben de zorg (net zo) hard nodig. Bovendien zijn er genoeg voorzieningen die zich richten op persoonlijkheidsstoornissen in de regio." zijn dan de argumenten van de tegenstanders.

"Je moet niet kijken naar diagnoses maar naar de mate van zorg die iemand nodig heeft" zeggen de voorstanders.

Tot nu toe hebben we het laatste argument gevolgd. Dat kon ook omdat we een project zijn en er van ons verwacht wordt wat te experimenteren. Dat heeft erin geresulteerd dat we mensen binnen het project hebben zonder duidelijk psychiatrische stoornis, 'as 1 problematiek' in DSM termen. Wat ze wel hebben is de diagnose borderline- of anti-sociale- persoonlijkheidsstoornis.

Dit gaat dan vaak gepaard met (alcohol) verslavingsproblematiek. Zowel APZ als RIAGG als CAD hebben deze mensen niets (meer) te bieden vanwege hun ongemotiveerdheid of te intensieve zorgbehoefte.

Wat ons in het werken met deze mensen is opgevallen is dat als je de aandacht die ze krijgen wat kunt structureren in een matig intensief contact met de mogelijkheid tot intensief contact, je al veel van de 'paniek problemen' kunt voorkomen. Het is van belang dat je ze niet afwijst. Dat is hen al te vaak overkomen in hun leven. Het biedt hen weer mogelijkheid tot ageren. Verder is de coördinatie van zorg een belangrijk aspect. Het geeft rust voor allerlei hulpverleners als ze consequent naar één hulpverlener kunnen verwijzen.

Van deze, voor de reguliere hulpverlening zo problematische mensen twee praktijkvoorbeelden.

Casus 1

Fred is een alleenstaande man van 45 jaar. Hij werd aangemeld door het APZ op het moment dat hij daar was opgenomen. Fred heeft een lange hulpverleningsgeschiedenis bij het CAD. Deze hebben hem een 2 jaar geleden verwezen naar de RIAGG omdat volgens hen de psychiatrie meer op de voorgrond stond (depressie). Bovendien had hij een werknemer van het CAD bedreigt.

Men kon en wilde hem niet meer gemotiveerd hulp bieden.

Fred heeft er handje van om, met name buiten de kantooruren diverse hulpverleners te mobiliseren, hetzij voor pillen hetzij voor een opname. Hij dreigt dan met suïcide als hij niet de hulp krijgt die hij verlangt. Eenzaamheid is een groot probleem. Hij heeft diverse tentamen suïcide achter de rug, meestal met tabletten en drank. Ook de RIAGG is het niet gelukt om dit wat in banen te leiden. Men merkt voortdurend dat hij een groot beroep doet op hun tijd op momenten dat die tijd er nauwelijks is.

Fred heeft en maakt schulden. Tijdens de opname wordt bewindvoering geregeld.

Er is geen sprake van een sociaal vangnet, de familie en enige vrienden wonen in het zuiden des lands.

De druk van de aanmelders was groot om deze man in het project op te nemen.

Een alternatief zagen zij niet.

Uiteindelijk is hij op proef geplaatst.

De begeleiding richt zich op de doelen van Fred: een leven met zo weinig mogelijk drank en zonder IPT. Verder wil hij anders omgaan met de mensen om hem heen, hij wil niet zo'n vervelende man meer zijn die steeds

alle hulpverleners mobiliseert.

Dit laatste is een voorwaarde voor de hulp geworden. Wij willen helpen bij nieuw gedrag, niet bij oud gedrag. Als hij oud gedrag gaat vertonen zullen we het contact onderhouden, maar hij hoeft geen hulp te verwachten. We wijzen hem niet af, zoals tot nu toe steeds is gebeurd door hulpverleners en anderen.

Elke week wordt Fred bezocht door zijn twee casemanagers. Dezen stimuleren hem om niet thuis te blijven zitten maar dagvulling te zoeken. Vanaf het begin bezoekt Fred met tussenpozen het Inloophuis. Doel is om dit te laten overgaan naar wat gerichtere activiteiten, op termijn.

Na 3 maanden heeft Fred zich aangemeld bij de AA, op dringend advies van de begeleiders. Voor hem zien we geen andere wijze om van de drank af te komen.

Opname in het APZ kan via het Bed Op Recept in geval van echte nood.

Opnames dienen kort te zijn en slechts ter voorkoming van erger (suïcidepogingen). In 5 maanden tijd heeft er een opname plaatsgehadt van 2 dagen.

De crisistelefoon is beschikbaar buiten kantooruren. Als hij belt dan krijgt Fred de verpleging van de afdeling waar het Bed Op Recept is aan de lijn die volledig op de hoogte zijn hoe te handelen. Hiervan maakt hij met enige regelmaat gebruik voor een ondersteunend gesprek. De huisarts is op de hoogte van het beleid en steunt dat van harte. Medicatie wordt door hem per week verstrekt.

Casus 2

Janny is 35 jaar, heeft een zoon van 12 jaar en woont samen met een 10 jaar oudere gescheiden man wiens dochter ook nog bij hen inwoont. Ze heeft als diagnose een Borderline persoonlijkheidsstructuur. Ook is er sprake van een incest verleden. Ze heeft amper schoolopleiding

Janny wordt voortdurend kort opgenomen na heftige ontsparingen: ze haalt de problemen van de buurt in huis, leent mensen geld wat ze niet terug krijgt, neemt een valse herdershond in huis die amper te hanteren is. Er zijn financiële problemen en de opvoeding van haar zoon verloopt moeizaam. De zoon kent weinig grenzen, is erg driftig, vernielt dingen en gebruikt veel geld. Janny ageert erg wanneer haar partner probeert om de zoon te sturen, de zoon wordt dan boos en zij voelt zich afgewezen. Er lopen contacten met de polikliniek van het PZ (Psychiatrisch Ziekenhuis) waar Janny komt voor Lithiumcontroles en de RIAGG-jeugd, die haar aanmeldde voor het IPT-project. Hulpvraag is gericht op hulp/ondersteuning/begeleiding bij opvoedkundige problemen, financiële problemen, dagbesteding, opnamevoorkomende interventies.

Op het moment dat we kennismaken zit Janny op een gesloten afdeling van het PZ met een IBS.

Ik probeer een band met haar te ontwikkelen door 2x per week langs te komen op de afdeling. Ze wil alleen maar weg, terug naar huis. Is erg onrustig, suïcidaal en achterdochtig. Ze belt veel naar haar partner die ook nog eens 2x per dag op bezoek komt. Bij kennismaking met hem valt op dat hij zich erg alleen voelt in zijn zorg naar haar. Kan moeilijk afstand nemen, grenzen stellen als zij hem belt om haar op te halen.

Met de afd. wordt afgesproken om eerst tot een goed medicatiebeleid te komen en ten aanzien van de partner deze te verwijzen naar Stichting Labyrint (deze zet zich in voor familieleden van psychiatrische patiënten) voor

ondersteuning, herkenning. Ik bezoek wekelijks de partner om hem goed bij de plannen te betrekken en ook te helpen zijn grenzen meer te bewaken.

Al snel blijkt dat Janny zich erg zorgen maakt om het geld en forse schulden heeft door achterstallige betalingen, belastingschulden, boetes, fraude zaken rond uitkeringen. Samen dienen we een aanvraag in bij de GKB (Gemeentelijke Krediet Bank) voor hulp bij schuldsaneringen. Een hele papierwinkel verder blijkt er een schuld van 64.000 gulden te zijn, waarbij ook nog eens Janny haar uitkering gestopt wordt. De aanvraag voor schuldsanering wordt gehonoreerd. Samen met de sociale dienst en de familie wordt hier een plan voor gemaakt.

Wanneer de IBS niet omgezet wordt in een RM gaat Janny naar huis. Ze is dan nog erg onrustig, slaapt slecht. Haar vriend ziet dit niet zitten, doch wil ook niet dat ze terug gaat naar het PZ. We spreken dan ook af dat het doel is om thuis te laten blijven. Ik bezoek de familie 4x per week waarin we in 1ste instantie ons richten op de medicatie. De onrust van Janny blijkt voor een groot deel veroorzaakt te worden door de hoge dosering Cisordinol. Langzaam wordt dit afgebouwd.

Getracht wordt haar te motiveren tot dagbesteding door samen met haar naar het Activiteitenhuis te gaan. Janny zegt dit niets te vinden voor haar doch gaat er steeds meer heen. Zes schrijft dan verhalen.

Diverse malen bezoeken we instanties i.v.m. schulden. Een groot deel van hun zorgen verdwijnt hiermee.

Langzaam ontstaat een stabiel beeld. Nu komen vragen naar ondersteuning in benadering naar hun zoon en wat er eigenlijk met Janny aan de hand is.

"ingezonden brief"

Case-management; de huidige trend? Wat is daarin de plek van de SPV?

Zoals bekend stimuleert de overheid middels zorgvernieuwingsgelden specifieke deskundigheid gericht op ambulante zorg rondom de chronisch psychiatrische patiënt.

De beroepsuitoefening verandert. Overal in den lande verschijnen nieuwe samenwerkingsvormen van verschillende GGZ-instellingen. Case-management is in deze nieuw gevormde projecten een veel gebruikte term.

Er zijn vele invullingen voor het begrip case-management mogelijk. De taken van een case-manager zijn ook zeer divers. Dit maakt het lastig om een eenduidig functie-profiel op te stellen. De case-management opleiding, verzorgd door het RINO, kent dan ook geen eenduidig functie-profiel. Zij leiden hulpverleners op tot case-managers die zelfstandig kunnen functioneren in de eigen werksetting. Een brede stroom van werkers in de zorgsector is mogelijk. Hulpverleners, werkzaam in semi, intra- en extramuraal settings in de GGZ kunnen de opleiding gaan volgen. Momenteel volgen vooral B-verpleegkundigen en maatschappelijk werkers de opleiding.

Case-manager is tot op heden een functie op maat gemaakt door de instelling. Interessant is de vraag welke beroepsgroepen deze functie (gaan) vervullen, en welke beroepskwalificaties de verschillende GGZ-instellingen hieraan toekennen. Nogmaals, het ontbreekt aan een eenduidige omschrijving

van het "begrip" case-manager.

Binnen de instelling waar ik als SPV werkzaam ben wordt momenteel de discussie gevoerd welke beroepsgroepen de functie van case-manager kunnen uitvoeren. Een volgende SPV die weggaat uit het case-managementteam kan vervangen gaan worden door bijvoorbeeld een Maatschappelijk Werkende of B-verpleegkundige met een case-management opleiding. Eventuele andere taken die tot dusver worden uitgevoerd door SPV-en, zoals bijvoorbeeld de crisisdienst, zouden eveneens in de taakstelling opgenomen kunnen gaan worden. De instelling formuleert tenslotte de taakomschrijving. Wordt hierdoor de kwaliteit van zorg beïnvloed?

Dit is een vraag waarop ik geen antwoord kan geven, maar wat grote gevolgen kan hebben voor onze beroepsgroep. Want, loopt met deze huidige ontwikkeling ons bestaansrecht gevaar? Middels deze brief wil ik mijn zorg hierover kenbaar maken. Terecht stelt het NVSPV-bestuur in het afgelopen nummer van ons vakblad dat wij ons moeten onderscheiden van andere professies in de GGZ. Laten we ons er voor inspannen om hierover met elkaar in discussie te gaan om de meerwaarde van ons beroep te beschrijven en uit te dragen.

Josien v.d. Berg, SPV

Beroepscode voor verpleging en verzorging

Hieronder vindt u een samenvatting van een beroepscode, die door de Abvakabo en het CFO recentelijk is uitgegeven. Voor de volledige tekst kunt u contact opnemen met genoemde vakbonden.

De zorgvrager heeft behoefte aan eenduidige gedragslijnen van hulpverleners. Van een verschil van normen en waarden op basis van functie of inkomen kan dan ook geen sprake zijn. In deze beroepscode komt daarom de solidariteit tussen verplegenden en verzorgenden tot uiting.

Het terrein waarop verplegenden en verzorgenden actief zijn, is zeer verschillend. Het is daarom nodig, dat verplegenden en verzorgenden deze beroepscode vertalen naar de eigen situatie. Deze beroepscode biedt hen daartoe de mogelijkheid: zij is zo geformuleerd, dat zij ook in specifieke situaties verplegenden en verzorgenden voldoende houvast biedt om goed te handelen.

(Waar in de tekst 'zij' wordt gebruikt, wordt ook 'hij' bedoeld)

Uitgangspunten met betrekking tot de beroepsuitoefening.

- De verplegende/verzorgende verleent zorg aan de zorgvrager, ongeacht diens levensbeschouwing, waarden, normen, en gewoontes. Zij benaderd de zorgvrager zonder aanzien des persoons.
- De verplegende/verzorgende is verplicht geheim te houden al hetgeen haar als geheim is toevertrouwd, of hetgeen daarbij ter harer kennis is gekomen of waarvan zij het vertrouwelijke karakter moet begrijpen.
- De verplegende/verzorgende informeert de zorgvrager (indien onbekwaam diens naaste) over zijn rechten en de in dit verband te volgen procedures. Daarbij worden betrokken relevante wetgeving, maatschappelijke, culturele en beroepsmatige inzichten.
- De verplegende/verzorgende dient te beschikken over de deskundigheid die nodig is voor een verantwoorde en adequate beroepsuitoefening en de verplegende/verzorgende heeft hierin verantwoordelijkheid naar collega's.
- De verplegende/verzorgende ontplooit initiatieven en ondersteunt activiteiten ter bevordering van de ontwikkeling van het beroep, met inachtneming van de grenzen aan de beroepsuitoefening.
- De verplegende/verzorgende is verantwoordelijk voor haar eigen handelen.

De verplegende/verzorgende in relatie tot de zorgvrager.

- De verplegende/verzorgende stelt samen met de zorgvrager (indien onbekwaam diens naaste) de zorgbehoefte en de hulpvraag vast. In samenspraak met de zorgvrager zorgt de verplegende/verzorgende voor het plannen, uitvoeren, vastleggen en evalueren van het zorgplan, met inachtneming van de grenzen en mogelijkheden van de verplegende/verzorgende en de zorgvrager.
- De verplegende/verzorgende onthoudt zich van machtsmisbruik, intimidatie en ongewenste intimiteiten.
- De verplegende/verzorgende gaat in de persoonlijke sfeer geen afhankelijkheidsrelatie met de zorgvrager aan.

- De verplegende/verzorgende die op basis van haar levensovertuiging en/of beroepsopvattingen bezwaar heeft mee te werken aan bepaalde handelingen ten aanzien van de zorgvrager, draagt de zorg over aan collega's of derden.

De verplegende/verzorgende in relatie tot collega's en derden.

- De verplegende/verzorgende kijkt kritisch naar haarzelf, collega's en andere beroepsbeoefenaren. Als zij bij hun gedrag bemerkt waarmee zij de zorgdrager schade zouden kunnen toebrengen, dan neemt zij maatregelen ter bescherming van de zorgvrager.
- De verplegende/verzorgende steunt collega's die nadelige gevolgen ondervinden doordat zij zich overeenkomstig hun beroepscode gedragen.

De verplegende/verzorgende in relatie tot de samenleving.

- De verplegende/verzorgende ondersteunt de activiteiten van de beroepsgroep om voorwaarden te

scheppen voor een goede beroepsuitoefening.

- De verplegende/verzorgende neemt bij voorkeur als lid van een vak- of beroepsorganisatie deel aan het tot stand brengen en het handhaven van rechtvaardige sociaal-economische arbeidsvoorwaarden.
- De verplegende/verzorgende houdt in haar beroepsuitoefening rekening met recht op zorg voor iedereen, rechtvaardige verdeling van middelen en bescherming van het leefmilieu.
- De verplegende/verzorgende stelt zicht actief op in het signaleren van gezondheidsbedreigende factoren, bevordert de opheffing daarvan en draagt bij aan de ontwikkeling van nieuwe inzichten ter verbetering van de volksgezondheid.
- De verplegende/verzorgende spreekt de werkgever en de samenleving aan wanneer er geen adequate zorg meer geboden kan worden.
- De verplegende/verzorgende onthoudt zich van commerciële activiteiten, welke relatie hebben met de beroepsuitoefening.