

MEDIAAN

Bericht uit Friesland Ervaringen van een IPT project (deel 4)

**Door Henk Hiemstra, SPV,
coördinator IPT-Leeuwarden.**

In verband met de vakantie periode een kortere bijdrage. Het gaat deze keer over de resultaten van het jaar 1995. Als algemene conclusie kunnen we stellen dat de resultaten conform de verwachtingen zijn geweest.

Resultaten van het IPT-Leeuwarden over de periode 01-01-95 tot en met 31-12-95.		
	01-01-95	31-12-95
Aantal cliënten in zorg	24	68
Cliëntgebonden personeel in fte	5,1	6,1

De caseload per casemanager bestond op 31-12-95 uit circa 10 cliënten. Een full-time werknemer werkt gemiddeld per week 31 uur. Dit is dan na aftrek van vakantie- en eventuele ziekte-uren en dergelijke. Deze uren worden werkbare uren genoemd.

In totaal werd er 42,2% van die werkbare uren besteed aan cliëntgebonden contact (inclusief 9,3% reistijd).

25,6% Was contact met de cliënten zelf, 5,3% met derden. De hoogte van deze cijfers heeft onder andere te maken met de startfase van het project. Uit eerste tellingen over de eerste helft van '96 blijkt het aantal contacten met de cliënten met bijna 10% gestegen.

Aan overleg werd in '95 een kleine 3% van de werkbare uren besteed. De overige tijd werd onder andere besteed aan de ontwikkeling van contacten met andere instanties (sociale kaart) en Public Relation activiteiten. In het begin

van het jaar was daar ruimschoots tijd voor omdat de caseload nog klein was. Inmiddels is er sprake van een goede samenwerking met onder andere politie (met name wijkagenten), CAD, Federatie voor Maatschappelijke Opvang, Leger des Heils en de Sociaal Pedagogische Dienst.

Doel was ook het eerste jaar veel aan opleiding en scholing te doen. In totaal waren dat 10 cursusdagen voor het hele team. Daarnaast hebben alle medewerkers stage gelopen bij een soortgelijk project elders in den lande. Stages duurden maximaal 4 dagen. En uiteraard gaat er tijd zitten in bijhouden van het dossier en de contact-registratie.

Veel tijd werd dit eerste jaar besteed aan de opbouw van contacten met cliënten en hun naasten. Wat wij in die contacten belangrijk vonden, is aan te sluiten bij de wensen van de cliënt. Dit vertaald zich deels terug in de geregistreerde activiteiten. De eerste hulp die werd geboden, was veelal hulp bij geldzaken en huisvesting, zaken die door de cliënten vaak als hun grootste probleem werden gezien. Door geldgebrek en grote schulden en de daarbij behorende spanningen, gebeurde het dat deze cliënten decompenseerden. Nu de financiën en andere voorwaarde scheppende zaken geregeld zijn, zien we dat de hieruit voortvloeiende decompensaties afnemen.

Verder bleken veel cliënten informatie over hun ziekte te missen. Evenals de direct betrokkenen overigens. Hierdoor was er ook veel aandacht voor psycho-educatie en voorlichting, onder andere over diagnose, beloop en het belang

van medicatiegebruik aan zowel cliënten als direct betrokkenen. Er startte een psycho-educatiegroep voor cliënten en een medewerker van de IPT sloot aan bij een gespreksgroep voor partners van chronisch psychotische mensen, van de vereniging Ypsilon.

De zorg werd en wordt in principe thuis geboden of daar waar de cliënt zich bevindt. De doelgroep bestaat voor een deel uit de zwervende psychiatrische patiënt. 50% van de contacten vond plaats bij de cliënten thuis of in hun eigen omgeving. De andere helft dus op het bureau. Dit zijn dan vooral telefonische contacten (totaal 12% van de contacten).

Er zijn maar een paar cliënten die liever contact hebben op het bureau. Dit zijn met name zwervende cliënten. Een enkeling gebruikt ons adres als postadres.

De crisistelefoon voor hulp buiten kantooruren wordt bemenst door verpleegkundigen van het Psychiatrisch Ziekenhuis Franeker.

De contacten van de cliënten met de crisistelefoon besloegen op jaarbasis 40,4 uur (314 contacten in 14 maanden). Dit is dan wel de werkelijke contacttijd is. Niet meegerekend is namelijk de overhead zoals overleg met dienstdoend arts, administratie en registratie.

32 verschillende cliënten maakten gebruik van de crisistelefoon, met een minimum van 1 contact en een

maximum van 80 contacten per cliënt (over 14 maanden).

Het aantal opnames van de mensen die in 1995 vanuit het IPT opgenomen werden, was 33. In 1994 werden deze zelfde mensen 23 keer opgenomen. Dit is een stijging van 43%. Het aantal beddagen voor deze groep is echter gedaald met 53%. Een uitkomst die overeenkomt met onderzoeksresultaten van andere thuiszorgprojecten, ook internationaal; het aantal opnames neemt toe terwijl het aantal beddagen afneemt.

Om het IPT te bekostigen zijn er, naast de zorgvernieuwingsgelden, 10 bedden van het Psychiatrisch Ziekenhuis Franeker 'gesloten'. Uit de bedbezettingcijfers over '95 vergeleken met '94, kan de conclusie getrokken worden dat er circa 10 bedden structureel zijn leeg gebleven. Dit is overeenkomstig de verwachting.

Uit een onderzoek van een studente van het Andragogisch Instituut in Groningen (D. de Vries, 1995, "Psychiatrische thuiszorg in uitvoering"), bleken cliënten meer tevreden over de geboden hulp dan een vergelijkbare groep cliënten met reguliere hulp. Uit reacties van mensen uit het netwerk blijkt dat ook zij tevredener zijn over de geboden hulp.

De Schizofrenieprijs '95 van de vereniging Ypsilon voor o.a. het IPT in de GGZ-Friesland is daar een mooi voorbeeld van.

Is rehabilitatie transcultureel genoeg? Een signaal van een rehabilitatie project.

Door A. Marjon Arends

Als behandeling en rehabilitatie tegenover gestelde zouden zijn sluit bij rehabilitatie het rehabiliteren aan bij de cultuur van de cliënt en bij behandeling sluit de klant aan bij de cultuur van de behandeling. De vraag rijst dan of "rehabilitatie" transculturele aanpassing behoeft.

Naar aanleiding van een voorbeeld zullen de knelpunten van de praktijk belicht worden met als doel SPV¹ en bewust te maken van de attitude verandering van transcultureel rehabiliteren.

Het Brugproject.

Hoe een brug te slaan van minder praten naar meer doen? In het samenwerkingsverband Amsterdam Oost, waar veel Marokkaanse en Turkse cliënten zich aanmelden is gestart met een rehabilitatieproject speciaal voor deze doelgroep. De bestaande behandelmethode's sluiten niet genoeg aan, cliënten haken af of veranderen niet. Allochtonen hebben ook een ander hulpzoekgedrag en verwachtingen van de hulpverlening; meer steun, begrip en begeleiding dan praten en advies. (Siggra-rapport 1996) Het project is ontstaan vanuit de behoefte allochtone cliënten beter te behandelen en heeft als doel de rehabilitatie programma's op te zetten en over te dragen aan de deelnemende instellingen. Naast de behandelaar krijgt de cliënt contact met een allochtone werker van het Brugproject.

De heer M. heeft ongeveer 2 jaar geleden bij een arbeidsongeval zich ernstig verminkt. Sindsdien gaat het slecht. Er zijn ook problemen rondom zijn verblijfsvergunning. De revalidatie is niet goed afgerond. Cliënt is naar de Riagg verwezen wegens allerlei somatische klachten, slecht slapen, somber, geïsoleerd. Cliënt heeft anti depressiva, die de klachten iets verminderen. De behandelaar verwijst hem voor activering naar het brugproject.

Tijdens de begeleiding blijkt dat de heer M. nog steeds flash backs heeft van zijn ongeval en zich schaamt over zijn uiterlijk. Hij wil graag werken, maar durft niet te solliciteren. Hij denkt dat ze hem bij voorbaat al niet willen hebben.

Hoe deze man te begeleiden zodat hij beter functioneert?
Zijn klachten kunnen alleen begrepen worden vanuit een bredere context.

De intake

Dit betekent een uitgebreide kennismakingsfase,

1. Een interculturele uitwisseling, waarbinnen oog is voor de positie van de migrant leidt tot een vertrouwensrelatie. In deze situatie zal dat een uitwisseling op cultureel niveau over bedrijfsongevallen en werk zijn. Onderzoek naar hoe het is vergaan met het verkrijgen van de verblijfsvergunning, hoe zijn positie is in zijn netwerk hier en daar.

2. De migratiefase blijkt van grote invloed op de sociale vaardigheden van een persoon.

Met welk doel is hij naar Nederland gekomen?. Wat voor positie had hij in zijn familie en samenleving en wat hoopte hij voor positie hier te krijgen? Wat betekent de positie van de ziektewet voor hem in zijn netwerk?

Uit ervaring blijkt dat:

- a. Hoe meer iemand in de migratiefase zelf doet en voor elkaar krijgt hoe beter de sociale vaardigheden
- b. Hoe duidelijker iemand de migratie een plek in zijn leven heeft kunnen geven hoe beter mensen kunnen functioneren.

Een uitgebreide intake heeft vaak als effect, dat cliënten zich erkend voelen. Erkenning motiveert om activiteiten te ondernemen.

Van de hulpverlener vereist dit een loslaten van een probleem en een oplossingsgericht onderzoekshouding. Veel Marokkaanse en Turkse cliënten klagen bij hun eigen culturele hulpverlener over de directe vragen van Nederlanders.

De rehabilitatie

Het volgende dilemma dient zich aan:

De heer M is te weinig geïntegreerd in de Nederlandse samenleving om behandeld te kunnen worden en kan niet geactiveerd worden omdat hij in zijn rouwproces blijft hangen.

Wat te doen?

- Heeft deze man eerst behandeling nodig?
- Heeft hij behandeling en activering nodig?
- Kun je binnen activeren het rouwproces beïnvloeden?
- Kan iemand, die niet behandeld

wordt wel geactiveerd worden?

Rehabiliteren wordt vooral toegepast bij chronische psychiatrische problemen, waarbij verondersteld wordt dat cliënten uitbehandeld zijn.

Het is een kunst en vraagt creativiteit om activering toe te passen bij emotionele problematiek. Het vereist het loslaten van vanzelfsprekendheden als,

- Rehabilitatie is voor cliënten, die uitbehandeld zijn
- Activering is niet voor emotionele problemen
- Behandelen is een gespreksvaardigheid

De hulpverlener zal op zoek moeten gaan naar bronnen van kracht. Bronnen van kracht blijken cultureel bepaald zijn. Hoe wordt er gerouwd in de cultuur? Wat wordt er gedaan? Wat heeft het systeem of netwerk daarvoor nodig en hoe is dit in Nederland te realiseren. De hulpverlener ondersteunt de cliënt in het ondernemen van activiteiten, waarbij hij leert hoe zijn handicap daarin mee te nemen.

De hulpverlener mobiliseert samen met de cliënt zijn netwerk om de rouw een plek te kunnen geven en werk te vinden.

Transculturele rehabilitatie stelt ons voor de uitdaging onze ideeën over hoe problemen ter definiëren en op te lossen, los te laten. De uitdaging zit in het aansluiten bij de behoefte van de migranten die liever samen activiteiten ondernemen dan praten en adviezen krijgen.

Rehabilitatie geeft het raamwerk hiervoor en geeft meer ruimte om transculturele vaardigheden te integreren. De hulpverlener zal zich ook binnen rehabilitatie moeten bezinnen op

eigen houding, etniciteit en dient zo nodig dominante vanzelfsprekendheden los te laten om een creatieve aanpassing te verkrijgen.

De heer M. wil graag werken, maar heeft nog veel emotionele last van het ongeluk.

Er zijn verschillende keuze's mogelijk.

Cliënt wordt behandeld

Cliënt wordt geactiveerd

Cliënt wordt behandeld en geactiveerd

Behandelen gericht op het verminderen van symptomen heeft altijd aangenomen dat symptoomvermindering zal leiden tot activering. Deze aanname zit diep

verankerd in samenleving, geestelijke gezondheidszorg en werkers.

Rehabiliteren richt zich op het gezonde deel van de klant. "Mensen met psychiatrische beperkingen helpen beter te functioneren zodat ze, met succes en naar tevredenheid kunnen wonen, werken leren in de omgeving van hun keuze met zo min mogelijk professionele hulp" (Rehabilitatie '92 Rotterdam).

Rehabiliteren vereist een houdingsverandering (Van Weersch 1996, Van Weeghel 1995). Vele GGZ-werkers blijken moeite te hebben met het loslaten van het behandelconcept (van Veen 1996).

Het succes van de lange adem

Rehabilitatie sluit aan bij de behoefte van de cliënt. Is dit zo?

Aan het woord een cliënt die bereid was enige vragen te beantwoorden.

*Door Lucie Vloet, SPV,
RIAGG Veluwe Vallei Ede*

Wilt u in het kort vertellen wie u bent en welke psychiatrische geschiedenis u heeft doorlopen.

Mijn naam is Yvonne, ik ben 40 jaar. In het verleden ben ik gehuwd geweest, sinds ongeveer 10 jaar zijn mijn ex-man en ik gescheiden en woon ik alleen, ik heb geen kinderen.

Ik kwam voor het eerst in aanraking met de psychiatrie in 1980. Dit kwam doordat ik psychotisch werd, een opname op de PAAZ volgde. Na deze opname ging ik in Dagbehandeling. Dit hield ik echter niet vol en na 2 maanden ben ik daar mee gestopt.

In de jaren daarna ben ik twee keer langdurig opgenomen geweest in een therapeutische woon/leefgemeenschap op christelijke grondslag.

Ongeveer 8 jaar geleden heb ik me aangemeld bij de Riagg. Het contact

met mijn behandelaar daar is kortgeleden afgesloten.

Ik ben nog een keer, 6 jaar geleden, opgenomen geweest op de PAAZ. Ik was weer psychotisch en ernstig verzwakt.

Rehabiliteren is aansluiten bij de behoeften van de cliënt. Lukte het jou samen met je hulpverlener je behoeften te verhelderen en concrete doelen te formuleren?

Jawel maar, dan moet ik ver terug want dat begon in de eerste periode van de behandeling.

Ik kon mezelf totaal niet redden, was erg depressief, achterdochtig en verzwakt. Ik geloofde er niet meer in dat ik nog ooit zou herstellen.

Het eerste doel wat ik stelde met mijn

hulpverlener was om te leren leven. Dit gebeurde heel planmatig, we maakten een dagprogramma met vaste tijden waarin ik rust nam en tijden waarin ik activiteiten ondernam. De activiteiten waren heel klein, bijvoorbeeld het schoonmaken van de kattenbak, het maken van een wandelingetje of lezen in de bijbel. Dat het lukte komt vooral omdat mijn therapeut mij ervan wist te overtuigen dat het noodzaak was om iets te gaan doen. Zij wakkerde mij aan en stimuleerde me als een opdracht lukte. Doordat de doelen heel beperkt waren, werden ze haalbaar voor mij. Ik heb er veel baat bij gehad dat de therapeut me niet overvroeg en tegelijkertijd ook niet aan mijn lot overliet.

Behandelen is gericht op het verminderen van symptomen.

Rehabiliteren is gericht op het vergroten van de mogelijkheden.

Welke vaardigheden heb jij geleerd in het revalidatieprogramma?

Het belangrijkste wat ik heb geleerd is het aanbrengen van een dag-nachtritme met vaste tijden om te eten, mezelf te verzorgen en activiteiten te hebben. Het terugwinnen van deze structuur was voor mij noodzakelijk om uit mijn impasse te komen.

Hoe zie je dat dan?

Doordat ik weer houvast kreeg in de dagelijkse bezigheden gebeurde er twee dingen die erg belangrijk voor mij zijn geweest. Aan de ene kant had het tot affect dat ik meer zin kreeg en mijn activiteiten heel geleidelijk opbouwde. Aan de andere kant kreeg ik meer greep op onverwerkte onderwerpen die uit mijn verleden naar boven kwamen. Er was grote verwarring in mij die heel

voorzichtig ontrafeld moest worden. De dagelijkse structuur die ik had aangeleerd hielp me erbij om de knopen die ik van binnen voelde te ontwarren.

Welke steun is hierin voor jou het meest affectief geweest?

Ik ben gelovig, daar had ik veel steun aan. Mensen van de kerk zijn mij al die tijd blijven bezoeken en op een gegeven moment kon ik weer ervaren dat ze achter me stonden. In de gesprekken met mijn therapeut heeft het mij erg geholpen dat zij mijn gedachten in goede banen wist te leiden. Ik leerde mijn gedachten te ordenen en ik voelde me gesteund door haar als zij me aanmoedigde om stappen te zetten in het uitbreiden van mijn activiteiten.

Zij vertrouwde erop dat ik het aankon en dat gaf mij vertrouwen.

Voor mij was het in die tijd een gevecht om in het hier en nu te leven. Doordat ik langzaam maar zeker weer enig vertrouwen kreeg, durfde ik uiteindelijk medicijnen te slikken. Daardoor ging ik me ook rustiger voelen en kon ik meer aan.

De grootste steun heb ik echter ervaren op het dagstructureeringscentrum (lees verder: dsc) van medebezoekers waar ik vriendschap mee heb gesloten.

Hoe ben je je gaan richten op je omgeving?

Dat begon ermee dat ik kennissen kreeg vanuit de kerk die me stimuleerde en motiveerde om door te gaan met leven.

Samen met mijn behandelaar wisten zij me te overtuigen dat ik mocht leven en dat het nodig was om een periode medicijnen te slikken. Toen ik dat ben gaan doen werd ik steeds sterker. Het contact met mij ouders, dat erg

slecht was verbeterde wat en uiteindelijk heb ik de stap durven zetten om naar het dsc te gaan.

Toen ik daar eenmaal was ging het heel snel bergopwaarts. Ik merkte dat ik contact kreeg met medebezoekers en ik sloot vriendschappen. Het samen bezig zijn is voor mij belangrijk geweest.

Ik leerde weer een gesprek te voeren over koetjes en kalfjes. Kon soms belangstelling tonen voor anderen. Dat deze dingen lukte zonder dat ik me onder druk voelde staan is het begin geweest van wat ik nu allemaal heb bereikt.

Is er voor jou verschil tussen bijvoorbeeld een buurthuis of een dagcentrum?

De stap naar een buurthuis zou te groot zijn geweest, dat zou een totale mislukking zijn geworden.

Op het dsc zijn de verwachtingen minder hoog en je komt in contact met mensen die in hetzelfde schuitje zitten. Het niet hoeven presteren als je eens een dag of een week niet kunt omdat je somber bent, is mogelijk op het dsc, niet in een buurthuis.

Dat ik zelf kon bepalen wanneer ik kwam en aan welke activiteiten ik mee wilde doen heeft mij erg geholpen. Zo leerde ik heel goed wat ik wel of niet aankon en hoefde ik niet over mijn grenzen te gaan.

Het was trouwens ook aan mij te zien dat het niet goed met me ging. In een buurthuis ontwijken ze je dan, terwijl ze op het dsc juist aandacht hebben voor je als het een dag niet zo goed lukt.

De verwachtingen op het dsc zijn lager en het is vanzelfsprekend om hulp te vragen bij de meest simpele dingen. Ik had het nodig om aan het werk gezet te worden. In een buurthuis gaan ze er vanuit dat je zelf initiatief neemt, op het dsc werd ik wel een half jaar lang steeds opnieuw gestimuleerd om achter

de bar te blijven staan. In een buurthuis zou ik het gevoel hebben gekregen dat ik niet voor vol werd aangezien.

Daar is op het dsc nooit sprake van geweest, er werd steeds gekeken naar welke verantwoordelijkheden ik aan kon en daarin werd ik gestimuleerd.

Het resultaat van dit alles is dat ik nu na al die jaren een zinvolle invulling van mijn week heb.

Hoe ziet je leven er nu dan uit?

Heel anders dan acht jaar geleden toen ik het grootste deel van de dag binnen zat en bijna niemand zag.

Ik ben laatst verhuisd naar een woning met een tuin en ik heb nu een hond waar ik verantwoordelijk voor ben.

Met de steun van het dsc heb ik afgelopen jaren Frans gestudeerd en heb daarvoor mijn HAVO-diploma behaald. Ik voel me veel sterker en ik kom nog regelmatig op het dsc waar ik enkele verantwoordelijke taken hebben. Ik ben penningmeester van de bezoekersraad en ik organiseer samen met enkele andere bezoekers de inloopavond.

Verder heb ik ook een aantal goede vrienden waar ik dingen mee onderneem.

Al met al heeft mijn leven nu inhoud gekregen en ik leer nog elke dag van het leven.

Heb jij aanbevelingen voor hulpverleners die werken met rehabilitatieprogramma's?

- Dat er oog is voor pastorale zorg.
- Het bijhouden van een dagboek heeft mij erg geholpen want dan kun je steeds teruglezen wat er al is gelukt. Dat geeft op moeilijke momenten wat moed om door te zetten.
- Begin niet aan Rehabiliteren als je als therapeut geen vertrouwen hebt in het welslagen van de behandeling.

Dat mijn therapeut er in geloofde heeft in belangrijke mate gemaakt dat het mij uiteindelijk is gelukt.

- Jezelf of je cliënt overvragen heeft geen zin, kleine overzichtelijke stappen zetten dat werkt het beste.
- Vrienden maken dat is geloof ik het belangrijkste om verder te komen.
- Verlies de onderliggende problemen

niet uit het oog, want daar moet je mee leren leven en omgaan.

Yvonne bedankt voor de openhartige manier van spreken over jouw rehabilitatieproces.

Ik wens je veel succes en geluk voor de komende levensfase, waarin jij op eigen kracht verder gaat.
