

## Bemoeizorg gezien vanuit het Neuman Systems Model, een verkenning

**Adriëne van Sint Maartensdijk**, HBO-V en student SPV, werkzaam op de afdeling psychiatrie van het Leids Universitair Medisch Centrum.

### Inleiding

Bemoeizorg is een onderwerp waaraan de afgelopen tien jaar veel aandacht is besteed. Er is veel over geschreven en in den lande zijn veel bemoeizorgprojecten van start gegaan. Verschillende auteurs [ Hendrix, 1998; Henselmans, 1993; Lohuis e.a., 2000] hebben geschreven over speciale methodieken waardoor de 'bemoeizorger' zijn werk methodisch vorm kan geven. In deze bijdrage wordt een verkenning gedaan hoe bemoeizorg binnen het kader van het Neuman Systems Model geplaatst kan worden.

### De specifieke praktijk van de bemoeizorg:

Bij bemoeizorg cliënten is veelal sprake van complexe problemen op meerdere levensgebieden. Het gaat daarbij om cliënten die wel zorg nodig hebben maar die om de een of andere reden geen of onvoldoende gebruik maken van de bestaande maatschappelijke en/ of GGZ voorzieningen. De doelgroep omvat dak- en thuislozen met psychiatrische problemen, verslaafden, chronisch psychiatrische patiënten en overlast veroorzakers. Samen worden zij ook wel 'zorgwekkende zorgmijders' genoemd. Uit het onlangs verschenen onderzoek van het CVO, "Zwerven in de 21<sup>ste</sup> eeuw" (CVO in opdracht van GGZ Nederland, 2003), blijkt dat er naar schatting ruim 15.200 dak- en thuislozen zijn (een groot deel valt binnen de bemoeizorg doelgroep). Circa 50% daarvan heeft ggz-problemen. De mensen uit de bemoeizorgdoelgroep worden niet,

moeilijk of slechts gedeeltelijk door de reguliere hulpverlening bereikt. Dit komt onder meer doordat de geestelijke gezondheidszorg veelal aanbodgericht in plaats van vraaggericht is georganiseerd. Daarbij wordt doorgaans verwacht dat iemand met een hulpvraag komt en gemotiveerd is voor een behandeling. Zorgwekkende zorgmijders zijn echter meestal niet gemotiveerd om hulp te vragen dan wel toe te staan. In het verleden hebben zij soms ook negatieve ervaringen opgedaan met hulpverlening. Contacten die ontstaan met hulpverlening worden vaak om onbekende reden onverwacht weer afgebroken. Bemoeizorgcliënten hebben vaak een beperkt sociaal netwerk en leven in een maatschappelijk isolement. Meestal is er sprake van een slechte zelfzorg. Verreweg het grootste deel van de doelgroep lijdt aan een psychose, veelal schizofrenie. De vraag om hulp komt meestal vanuit de directe leefomgeving van de cliënt, het eigen netwerk, of vanuit de maatschappij. Familie, vrienden of kennissen geven aan zich zorgen te maken over de toestand waarin de cliënt verkeerd of leeft. Het persoonlijke netwerk is vaak klein waardoor de belasting, door enkelen gedragen, groot is. " Soms ook laat de omgeving blijken dat ze last heeft van het onaangepaste gedrag van de (potentiële) cliënten. Het onaangepaste gedrag en de onwetendheid over ziektebeelden en -ontwikkelingen leiden vaak tot negatieve etikettering en uitstoting"(Hendrix1998: 15). Bij bemoeizorg is er sprake van een actieve en outreachende

benadering. Algemeen doel is de kwaliteit van leven van de cliënt en zijn omgeving te vergroten. Verder zijn in zorg krijgen, afstemmen van het aanbod op de individuele behoeften, versterking van het netwerk, het geven van psycho-educatie en het voorkomen van marginalisering en individualisering aspecten die in de bestudeerde literatuur over bemoeizorg genoemd worden. (CVO, 2003; Lohuis, e.a. 2000; Henselmans, 1993). Het gaat bij bemoeizorg dus om het actief aanbieden van ambulante zorg waarbij niet zonder meer kan worden uitgegaan van de motivatie van de cliënt. De benadering bestaat meestal uit laagdrempelig invoegen in de bestaans- en belevingswereld van de cliënt waarbij getracht wordt tegemoet te komen aan zijn directe, veelal praktische behoeften. Drang en dwang worden echter indien nodig niet geschuwd. "Het motief daarachter is dat de cliënt in staat gesteld dient te worden zijn eigen waardigheid te herwinnen. Daarbij is het van belang het eigen sturende vermogen zoveel mogelijk in tact te laten of te vergroten". (Lohuis, e.a., 2000:101). Omdat er bij bemoeizorg sprake is van complexe problematiek op meerdere levensgebieden (zelfzorg, huisvesting, sociale contacten en contacten met maatschappelijke- en zorginstanties) is een multidisciplinaire en multimethodische aanpak een vereiste. Zorg moet vaak uit verschillende maatschappelijke organisaties en zorginstellingen geleverd worden. Coördinatie en bevorderen van samenwerking zijn daarom belangrijke aspecten van bemoeizorg. Uit onderzoek (CVO, 2003) blijkt dat de samenwerking en afstemming tussen de vele instellingen, instanties en organisaties, die zich met de meervoudige problematiek van dak- en thuislozen in Nederland (een groot deel van de bemoeizorg doelgroep) bezig houden, nog onvoldoende zijn. Omdat door negatieve etikettering het gevaar van individualisering en marginalisering

op de loer ligt, is er bij bemoeizorg ook sprake van aandacht voor maatschappelijke factoren die het bestaan of de gezondheid van de cliënt (kunnen) bedreigen.

In de methodiek die Lohuis hanteert wordt er pas van bemoeizorg gesproken als de cliënt hulp weigert en de hulpverlening toch doorgaat. Dit in tegenstelling tot Henselmans die ook al van bemoeizorg spreekt als er sprake is van actieve en outreachende hulpverlening.

### **De in de bemoeizorg toepasbare theorieën van het Neuman Systems Model:**

Het NSM is door Betty Neuman (Verberk en De Kuiper, 2002) ontworpen ten behoeve van een nieuw onderwijsprogramma voor verpleegkundigen in multidisciplinaire teams. Het is een theoretisch model dat voorziet in richtlijnen voor het plannen en verlenen van verpleegkundige zorg. Het model is voor een groot deel gebaseerd op vier theorieën: de systeemtheorie van Bertalanffy, de stress-coping theorie van Seyle, de preventietheorie van Caplan en de Gestalttheorie van Perls.

### **De systeemtheorie van Bertalanffy**

De mens is een open systeem en Neuman gebruikt de term cliëntensysteem waarmee ze de mens als individu maar ook een groep mensen bedoeld. Bij bemoeizorg kan de vraag ontstaan wie nu eigenlijk de cliënt is. Is de cliënt de dakloze persoon of is de cliënt diegene die de hulp van de bemoeizorg inroept, de omgeving, of zijn zij het samen? Wat het antwoord op deze vraag ook kan zijn, het NSM gaat uit van de persoon als onderdeel van een groter geheel en ook dat grotere geheel kan uitgangspunt zijn van de hulpvraag. Waar de accenten liggen is dus afhankelijk van de (vaak indirecte) hulpvraag en de situatie. Neuman gaat er in ieder geval vanuit dat er een wisselwerking is tussen het individu en

zijn omgeving.

Bij bemoeizorgcliënten is er vaak sprake van een klein netwerk. Ook is sprake van weinig wederkerigheid in de relaties, de cliënt bevindt zich vaak in een afhankelijke positie. Het doel in de bemoeizorg is door verbetering van het sociale netwerk de integratie te bevorderen. Men zou vanuit het NSM ook de maatschappij als netwerk of systeem kunnen beschouwen. Immers, maatschappelijke factoren spelen, zoals al opgemerkt, een belangrijke rol in de bemoeizorg.

### ***De Stress-coping theorie van Seyle***

Deze theorie is bij het NSM vooral van belang bij de beschrijving van de interactie tussen cliëntstelsel en omgeving. Werkend vanuit dit model betekent dit dat de verpleegkundige samen met de cliënt moet nagaan onder welke stressoren de cliënt te lijden heeft. Er zijn drie typen stressoren: intrapersonlijke stressoren, interpersoonlijke stressoren en extrapersonlijke stressoren. In de bemoeizorg zou men de stressoren als volgt kunnen beschrijven:

- De intrapersonlijke stressor; bijvoorbeeld het horen van opdrachtgevend stemmen.
- De interpersoonlijke stressor; het hebben van ruzie met verwanten of burens.
- De extrapersonlijke stressor; het door de maatschappij niet geaccepteerd zijn van psychiatrische patiënten als volwaardige medemens.

Als iemand reageert op stress noemt Neuman deze reactie reconstitutie. Deze term omvat het proces van aanpassing aan de stressor (coping) en de daardoor nieuw ontstane situatie. Als de persoon niet langer bestand is tegen de stress, wordt het evenwicht verstoord. Verpleegkundig interveniëren is dan noodzakelijk.

### ***De preventie theorie van Caplan***

De basis voor verpleegkundige interventie ligt volgens het NSM in de

preventie. Het model gaat uit van te onderscheiden factoren voor primaire, secundaire en tertiaire preventie. In de bemoeizorg kan men bij primaire preventie zoeken naar risico's en mogelijke gevaren en de betekenis die deze voor de cliënt hebben. Hierbij zijn in het geval van bemoeizorg veel maatschappelijke factoren te noemen die bijdragen tot uitstoting en marginalisering. Verder moeten de verschillende aspecten van de leefstijl van de cliënt worden onderzocht en kan worden nagegaan hoe hij in het verleden met stress omging. Bij secundaire preventie gaat de verpleegkundige na hoe de cliënt heeft gereageerd op de stressoren en over welke hulpmiddelen de cliënt kan beschikken. Bij tertiaire preventie beoordeeld de verpleegkundige in hoeverre de cliënt na behandeling is gestabiliseerd en welke factoren er zijn die een terugval kunnen veroorzaken. In de bemoeizorg gaat het vooral om primaire en secundaire preventie.

### ***De Gestalt- theorie***

Deze komt voornamelijk tot uitdrukking in het belang dat Neuman hecht aan de perceptie van de cliënt. De manier waarop de cliënt zijn situatie ervaart is van groot belang in de verpleegkundige diagnostiek en planning van interventies. In de bemoeizorg is het invoegen in de bestaans- en belevingswereld van de cliënt van groot belang. Hiervoor zijn ook attitudegerichte methodieken ontwikkeld. (Henselmans, 1993; Hendrix, 1998; Lohuis, e.a. 2000). Bij bemoeizorg probeert men de cliënt te verleiden tot contact. De visie van de cliënt is daarbij van groot belang. Men kan immers pas invoegen als men de visie van de cliënt kent. Er wordt met de cliënt onderhandeld over het probleemgebied en de wenselijke veranderingen. Doelen worden gesteld in overeenstemming met de cliënt. In de bemoeizorg kan echter ook sprake zijn van drang. Bij drang worden er aan de

cliënt scenario's geschetst en wordt hij min of meer gedwongen tot het maken van een keuze. Het lijkt er op het eerste gezicht op dat men daarbij aan de autonomie van de cliënt voorbijgaat. Dit is echter niet helemaal het geval. Het gaat er immers altijd om dat men de cliënt in staat wil stellen zijn eigen waardigheid te herwinnen. Als men zou afwachten tot het moment dat men voldoende argumentatie heeft om tot dwang over te gaan, zou de cliënt immers nog veel meer aan autonomie hebben ingeboet.

Het NSM( Verberk en De Kuiper, 2002) geeft een beschrijving van het metaparadigma: mens, omgeving, gezondheid en verplegen. Neuman ziet de *mens* als een cliëntstelsel dat in voortdurende interactie is met de omgeving. De mens bestaat uit vijf variabelen, de fysiologische, psychologisch, sociaal-cultureel, ontwikkelings- en spirituele variabele. Deze variabelen zijn voor ieder mens verschillend. Juist bij de bemoeizorgcliënt is het van belang om na te gaan hoe deze variabelen eruit zien en hoe de variabelen van invloed zijn op de actuele situatie. In veel situaties zal het een hele opgave zijn om al deze gegevens te verzamelen en dit zal ook veel tijd vergen. Als men alle variabelen heeft beschreven beschikt men wel over een volledige anamnese. De spirituele variabele wordt alleen door Neuman in een verpleegkundig model omschreven. Spiritualiteit is "een kracht/ energie in iemands leven die het leven zowel met betrekking tot het heden als in de toekomst zin geeft en waardoor iemand zich door tijd en ruimte heen verbonden voelt met de Ultieme Andere, met anderen en met de schepping/ natuur. Dit kan worden bereikt door een dynamisch en integrerend groeiproces dat leidt tot een realisatie van de ultieme betekenis en zin van het leven. Deze variabele kan geheel onbewust zijn of kan zich ontwikkelen hebben tot een normen en waarden patroon dat van invloed is op

het totale functioneren. Volgens Neuman kan de spirituele variabele effect hebben op de overigen variabelen"(Verberk en De Kuiper,2002: blz. 43) Verberk en De Kuiper (2002) omschrijven de zeven spirituele thema's van Westrik: vechten, loslaten, toekomstperspectief, autonomie, geloven in een hogere macht, verbinding met anderen en verbinding met de natuur. Deze thema's zijn mijns inziens erg belangrijk in de praktijk van de bemoeizorg. Over autonomie is hiervoor al geschreven. Vechten, loslaten en toekomstperspectief zijn thema's waarmee de bemoeizorger en de cliënt in de dagelijkse praktijk worstelen. Het verkrijgen van verbinding met anderen is een belangrijke doelstelling van bemoeizorg. Men probeert immers aansluiting te vinden bij de cliënt.

De *omgeving* bestaat uit alle factoren en stressoren die het cliëntstelsel omgeven. Neuman onderscheidt een drietal soorten stressoren: Intrapersoonlijke, interpersoonlijke en extrapersoonlijke stressoren. Hoe iemand al dan niet succesvol met deze bedreigingen weet om te gaan (coping), hangt af van zijn bagage, de mogelijkheden van het aanspreken van hulpbronnen. Bij al deze factoren is de interpretatie van de cliënt de factor die bepaalt wat het effect van de stressor is. Dit noemt Neuman de gecreëerde omgeving. Voor de bemoeizorg is de gecreëerde omgeving een belangrijk aansluitpunt. Men wil er immers achterkomen wat er bij deze cliënt in deze situatie speelt. Daarna wil men de stressoren verminderen of wegnemen en de coping vergroten. Wanneer het cliëntstelsel, dat beschermd wordt door een drietal verdedigingslijnen, door de omgevingsfactoren bedreigd of beïnvloed wordt kan het evenwicht van het cliëntstelsel verstoord raken. Een verstoring van het evenwicht heeft gevolgen voor de energiehuishouding van het cliëntstelsel. De mate van beschikbare energie is bepalend voor het welbevinden of de *gezondheid* van

het cliëntsysteem. Neuman stelt gezondheid gelijk aan welbevinden en definieert dit als optimale stabiliteit van het cliëntsysteem. Gezondheid is volgens haar dynamisch van aard. Er is dus sprake van een continuüm, waarbij de reactie van het systeem op stressoren van invloed is op de plaats van het systeem op dit continuüm. *Verpleegkundige interventies* zijn nodig wanneer het cliëntsysteem niet ( langer) in staat is het evenwicht te behouden en/ of te herstellen en de gezondheid in gevaar is." De cliënt is in het NSM een onderhandelingspartner, voordat er sprake kan zijn van een samenwerkingsrelatie tussen de cliënt en de hulpverlener, zullen ze eerst over de vorm van die samenwerking moeten onderhandelen". ( van Delft, 1998: 43). Verpleegkunde heeft als doel: " het in stand houden, bevorderen of herstellen van de systeemstabiliteit. Dit wordt bereikt door het juist inschatten van de potentiële of aanwezige effecten van stressoren en het begeleiden van cliëntsysteem bij het afstemmingsproces op de omgeving zodat optimaal welbevinden bereikt wordt. Met optimaal welbevinden wordt bedoeld de best haalbare gezondheid op een bepaald moment, binnen de mogelijkheden van het cliëntsysteem". (Verberk en Kuiper 2002).

### **De taxatielijst voor de bemoeizorg en het gebruik hiervan in het NSM:**

Bij gebruik van het NSM blijkt dat een verpleegkundig diagnostische classificatiesysteem ontbreekt ( Verberk en De Kuiper, 2002: 75). Binnen de B.H.Evertskliniek ( nu gevestigd in Amsterdam) heeft men dit probleem destijds opgelost door de elf functionele gezondheidspatronen van Marjorie Gordon te integreren binnen het NSM. Voor de diagnostiek wordt de PES structuur toegepast om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de actuele ontwikkelingen. In het boek van Verberk en de Kuiper staat dit ook als voorbeeld van het toepassen van een instrument

ter ondersteuning van het gebruik van het NSM in de dagelijkse praktijk omschreven. (Verberk en De Kuiper, 2002: 142 e.v.).

Ik stel me voor dat de door Henselmans ontwikkelde taxatielijst in het NSM geïntegreerd zou kunnen worden om zoveel mogelijk aansluiting te vinden bij de praktijk. De taxatielijst van Henselmans ziet er als volgt uit:

#### **Houding ten opzichte van hulp**

1. Is de patiënt bereid ambulante begeleiding/ behandeling te accepteren?
2. Heeft de patiënt behoefte aan ondersteunende gesprekken?
3. Is de patiënt medicatietrouw?

#### **Omstandigheden en omgeving**

1. Heeft de patiënt zelfstandige woonruimte?
2. Is de patiënt alleenwonend?
3. Stabiliteit van de huisvesting? (Dakloosheid in het afgelopen jaar).
4. Veroorzaakt de patiënt overlast?
5. Wat is de omvang van het sociaal netwerk van de patiënt?

#### **Dagelijks functioneren**

1. Heeft de patiënt hulp nodig bij het vinden en realiseren van daginvulling?
2. Kan de patiënt met geld omgaan?
3. Kan de patiënt administratieve verplichtingen (huur, energierekening, uitkeringsadministratie) hanteren?
4. Kan de patiënt een eigen huishouding voeren (boodschappen doen, het huis opruimen e.d.)?
5. Verzorgt de patiënt zijn kleding en verzorgt de patiënt zich in hygiënisch opzicht?

#### **Psychiatrische + medische aspecten**

1. Is de patiënt in staat tot registratie van toename (of afname) van psychotische symptomen?
2. Wat is de invloed van psychotische belevingen op het functioneren?
3. Wat is de frequentie van crisissituaties?
4. Gebruikt de patiënt overmatig alcohol of drugs?
5. Zijn er lichamelijke klachten of is er sprake van een ziekte?

Mijns inziens kunnen al de items uit de taxatielijst geplaatst worden binnen het NSM en binnen de concepten mens, omgeving, gezondheid en verplegen. De taxatielijst zou men kunnen gebruiken om gegevens te verzamelen over de vijf variabelen (fysiologische, psychologische, sociaal-culturele, ontwikkeling- en spirituele variabele), stress en copingpatronen en hun onderlinge relaties, als ook de interne, interpersoonlijke, externe en gecreëerde omgeving. Neuman stelt de verpleegkundige diagnose op basis van: de conditie van de patiënt, de behoefte aan zorg, de perceptie van cliënt en hulpverlener en objectieve data en dit alles na onderhandeling. Juist omdat de door Henselmans ontwikkelde taxatielijst niet expliciet ingaat op onderwerpen als spiritualiteit en de gecreëerde omgeving, zou een samenvoeging meerwaarde kunnen hebben. Hetzelfde geldt voor het onderscheid tussen de perceptie van de hulpverlener en die van de cliënt, omdat dit binnen de bemoeizorg van cruciaal belang is, pleit ik voor samenvoeging om op een methodische wijze met een verpleegkundig model te kunnen werken in de bemoeizorg.

### **Samenvatting en Conclusie**

Een verpleegkundig model heeft als doel de werkelijkheid kort en bondig weer te geven. Het is een raamwerk waaruit praktische richtlijnen kunnen ontstaan. Het NSM behoort tot de attitude gerichte benaderingen. De cliënt is in het NSM een onderhandelingspartner, voordat er sprake kan zijn van een samenwerkingsrelatie tussen de cliënt en de hulpverlener, zullen ze eerst over de vorm van die samenwerking moeten onderhandelen. Dit model sluit daarom goed aan bij de praktijk van de

bemoeizorg waarin de houding van de hulpverlener van groot belang is.

Het NSM is een kadermodel dat in de GGZ op veel gebieden toegepast kan worden. Het metaparadigma, is door Neuman duidelijk beschreven. Het voordeel voor de bemoeizorg is dat het NSM is gebaseerd op de systeemtheorie en dat het er veel belang gehecht wordt binnen het NSM aan het verschil in perceptie van de cliënt en de verpleegkundige. Boven alles is het een voorwaarde bij het werken volgens het NSM om de cliënt bij het gehele proces te betrekken. Dit is ook een van de belangrijkste elementen in de bemoeizorg. Ook de beschrijving van de spirituele variabele maakt het NSM in de bemoeizorg toepasbaar.

Naast de vele voordelen zijn er ook nadelen. Het NSM is een veelomvattend model. Het vraagt een behoorlijke tijdsinvestering om de anamnese volgens het model af te nemen. Daarnaast omvat het NSM geen classificatie.

Omdat het NSM een kadermodel is zal er een vertaalslag gemaakt moeten worden naar de praktijk van de bemoeizorg alvorens het NSM daar te kunnen toepassen. De door Henselmans ontwikkelde taxatielijst zou binnen het NSM gebruikt kunnen worden.

Dit model levert, mijns inziens, een meerwaarde op voor de bemoeizorg. Vooral het omschrijven van de spiritualiteit en het beschrijven van het verschil in visie van de cliënt en de hulpverlener vanuit het NSM zijn van belang voor de bemoeizorg. Verschil in visie kan als basis dienen voor een onderhandelingsproces.

## Video Home Training in de chronische psychiatrie Unieke pilot in zorgvernieuwing

Ellen Siegert, GGz Groningen, Centrum preventieve ggz

### Inleiding

In het werken met langdurig zorgafhankelijke mensen ligt het accent in de regel niet op genezing maar op herstel. In de chronische psychiatrie wordt daarom geïnvesteerd in de ontwikkeling van methodieken om mensen met een psychische handicap te begeleiden waarbij zij zo optimaal mogelijk kunnen functioneren met zo min mogelijk professionele hulp. Een bekend voorbeeld is de IRB (Individuele Rehabilitatiebenadering). In dit artikel wordt een *pilot* beschreven met Video Home Training (VHT) in de chronische psychiatrie. Deze methodiek wordt doorgaans gebruikt in de jeugdhulpverlening in brede zin.

Na een korte uitleg over VHT, komen de ervaringen met VHT binnen de Divisie Psychosociale Rehabilitatie (voorheen: Divisie Chronische Psychiatrie) van GGz Groningen aan de orde. Ter afsluiting wordt aandacht geschonken aan kansen en valkuilen.

### VHT: bekend uit de jeugdzorg, onbekend in de volwassenenzorg

VHT of VIB (Video Interactiebegeleiding) (De term VHT wordt gebruikt voor de begeleiding van ouders en hun biologische kinderen, VIB wordt gebruikt in alle andere situaties, zoals gezinnen met adoptie- of pleegkinderen, het onderwijs, in teams of andere groepen) is een vorm van intensieve thuisbehandeling waarbij ouders aan de hand van videobeelden van zichzelf in interactie met hun kind feedback krijgen over hun opvoedend handelen in alledaagse thuissituaties. In het kort komt het erop neer dat de trainer een video-opname van tien minuten maakt bijvoorbeeld tijdens de maaltijd.

Uit deze opname worden positieve interactiemomenten tussen ouder en kind geselecteerd, die de trainer met de ouders bekijkt en bespreekt. Ouders worden bevestigd in wat ze goed doen en halen daar de stimulans uit om dit gedrag bewust toe te passen en uit te breiden.

De methode is intuïtief tot stand gekomen en eind tachtiger jaren van de vorige eeuw direct in de praktijk geïmplementeerd. Naderhand bleken de uitgangspunten wel degelijk theoretisch onderbouwd te kunnen worden. De methodiek is gebaseerd op het centrale uitgangspunt dat contact met andere mensen essentieel is voor de ontwikkeling. De belangrijkste bronnen in de wetenschappelijke literatuur waarop uitgangspunten van VHT zijn terug te voeren zijn de ethologie (Trevarthen in: Wels e.a., 1992) en de ontwikkelingspsychologie. In de ethologie gaat het om het geven van betekenis aan gedrag, door het zo nauwkeurig mogelijk waarnemen en beschrijven van gedrag in zijn natuurlijke omgeving.

De theoretische basis voor de werking van VHT ligt vooral in de leertheorie, met name in de sociale en cognitieve varianten (Wels e.a., 1992). Doordat de cliënt op de videobeelden de effectiviteit van zijn eigen gedrag kan zien, wordt hij zijn eigen rolmodel. VHT kan zowel preventief als curatief ingezet worden.

Voor het 'lichte' gebruik van VHT is oefenen met de principes van basiscommunicatie (zie kader) vaak voldoende om een positieve verandering te bewerkstelligen.

Communicatie kent een aantal basisvaardigheden (Siegert en Starre, 1998: 117 e.v.):

1. het volgen van een contactinitiatief van de ander (signaleren van verbale en non-verbale initiatieven om contact te maken);
2. het ontvangen en bevestigen van het contactinitiatief (laten weten dat je het contactinitiatief gezien hebt);
3. het op instemmende wijze benoemen van de interactie (benoemen van wat de ander doet en van eigen gedrag brengt ordening aan);
4. het zorgdragen voor een goede beurtwisseling;
5. leiding geven aan de communicatie.

In gezinnen met complexe problematiek is dat niet toereikend, maar is een uitgebreider aanbod nodig met systematische aandacht voor andere gezinstaken in de vorm van een trajectplan (Vogelvang in: Baartman e.a. 1999:138). De gezinstaken in een trajectplan worden omschreven als:

- dagelijkse gezinssituatie (huishouding, school, gezondheidszorg e.d.);
- ontwikkeling kinderen (taalontwikkeling, zelfstandigheid, schoolprestaties e.d.);
- ontwikkeling ouders (zelfbeeld, relatie tussen ouders, verwerking jeugd e.d.);
- maatschappelijk functioneren (buurt, familie, werk e.d.).

Afhankelijk van de discipline van de VHT-er (VHT is een methodiek die toegepast kan worden door verschillende disciplines) en/of strategische overwegingen, kan de VHT-er de trajectbegeleiding zelf uitvoeren of er anderen bij inschakelen.

VHT is geen nieuwe methodiek. Wel nieuw is het experiment van VHT binnen de chronische psychiatrie. Wat de hulp aan jeugdigen en aan langdurig zorgafhankelijke mensen met elkaar gemeen hebben, is de gerichtheid op krachten en mogelijkheden in plaats van op klachten en problemen. Voor kinderen is dit van levensbelang, omdat zij volop in ontwikkeling zijn; voor mensen met een psychische handicap omdat zij het moeten hebben van de versterking van gezonde aspecten in

hun functioneren wanneer genezing geen optie (meer) is voor behandeling.

### **Kijken in elkaars keuken via detachering**

Aansluiten bij de gezonde kant van cliënten is een belangrijk raakvlak tussen de manier van werken van de zorgcoördinatieteams van GGz Groningen en van VHT.

Zorgcoördinatoren waren al met VHT in aanraking gekomen als verwijzer naar het project "Op de kleintjes letten". Dit is een samenwerkingsproject van GGz Groningen en Thuiszorg Groningen. De doelgroep bestaat uit cliënten van GGz Groningen (Na afsluiting van de projectperiode in september 2002 is de interventie in de provincie Groningen beschikbaar voor mensen die hulp krijgen wegens ernstige persoonlijke problemen die een baby hebben tot 12 maanden. Een artikel over dit project is in voorbereiding), die een baby tot 12 maanden hebben. Het doel van de preventieve interventie is het herstellen of versterken van veilige hechting van de baby aan de ouder.

Het initiatief voor de detachering van een VHT-er van Thuiszorg Groningen, GV (Gespecialiseerde Verzorging) naar de zorgcoördinatieteams, is voortgekomen uit het project 'Op de kleintjes letten' om uit te proberen of de mogelijkheden die VHT voor de chronische psychiatrie leken te hebben in de praktijk zouden werken. Het initiatief om (tijdelijk) een VHT-er toe te voegen aan een team voor volwassenenzorg is voor zover bekend de enige in Nederland.

Voor VHT-ers zijn de krachten van de cliënt uitgangspunt voor de begeleiding. Voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg ligt het startpunt van hulp meestal bij de problemen van een cliënt, om vervolgens de vertaalslag naar kansen en mogelijkheden te maken. Het belang van de GV bij de uitwisseling was het opdoen van (meer) psychiatrische kennis en ervaring met mensen met ernstige psychische problemen.

Doelstelling van het kijken in elkaars keuken was het bundelen van de krachten van twee werksoorten.

### De kracht van beelden

De kracht van VHT ligt in het werken met beelden. Door beelden van succesvolle communicatie terug te laten zien worden cliënten geactiveerd om

gebruik te maken van de gezonde kant van hun functioneren en dit uit te breiden.

VHT is vooral bekend van de inzet bij opvoedingsproblemen. De methodiek heeft echter veel meer toepassingsmogelijkheden.

De uitdaging van de uitwisseling VHT en zorgcoördinatie was onder andere om die andere mogelijkheden van VHT te ontdekken en uit te proberen.

Daarnaast is VHT ook ingezet voor zorgcoördinatiecliënten met kinderen.

De motivatie om VHT ook in andere situaties dan bij opvoedingsproblemen in te zetten is echter gelijk, namelijk om mensen te helpen weer (meer) plezier te krijgen in het contact met de ander. Meer plezier beleven aan het contact draagt bij aan vergroting van het welbevinden van mensen.

Alle namen van cliënten zijn gefingeerd.

*Marja (47) moeder van een dochter van 7 jaar, is in een echtscheidingsprocedure verwickeld. In het contact met de zorgcoördinator geeft ze aan dat ze het moeilijk heeft met haar dochter. Er zijn regelmatig heftige woordenwisselingen en scheldpartijen. Marja heeft het gevoel dat ze het niet goed doet als moeder. Wat haar zorgcoördinator opvalt, is dat de gesprekken veelal over de problemen met de dochter gaan, waardoor er geen tijd en aandacht meer is voor Marja's persoonlijke problematiek.*

*Na de start van de VHT bleek het onderwerp opvoeding in de gesprekken met de zorgcoördinator niet meer centraal te staan. De zorgcoördinator was verbaasd over wat de videobeelden haar lieten zien. Zij had zich op grond van de negatieve verhalen van Marja een beeld gevormd dat niet klopte met het goede contact dat ze terug zag in de beelden. De zorgcoördinator zag een andere kant van haar cliënt: een betrokken moeder.*

*Marja heeft met behulp van VHT ervaren dat ze het veel beter doet dan ze dacht gezien de omstandigheden. Ze ervaart een enorme steun in de terugkijksessies bij het zien van geslaagde interacties tussen haar en haar dochter. Dit geeft haar zelfvertrouwen. Marja is zich daarnaast bewust geworden van hoe zij patronen in stand houdt maar ook hoe ze daar verandering in kan brengen.*

Voor de meeste cliënten van de zorgcoördinatieteams geldt dat zij moeten leren leven met een psychische handicap. VHT is één van de methodieken om het gezonde deel in het functioneren te versterken. Daarmee past VHT in de rij van

'empowerende' methodieken die binnen de (chronische) psychiatrie steeds meer toegepast worden, zoals de Individuele Rehabilitatiemethode (IRB) en Rationele Rehabilitatie (RR). Voorwaarde voor de samenwerking tussen cliënt, zorgcoördinator en VHT-

er is een goede afstemming. Doel en taken van alle betrokkenen moeten voor iedereen duidelijk zijn. Uit het bovenstaande voorbeeld blijkt dat het mes aan twee kanten snijdt.

### **Brede toepassing VHT methodiek**

Behalve bij ouders en kinderen is ook in andere situaties gebruik gemaakt van VHT. Om de koudwatervrees voor het werken met de videocamera weg te nemen heeft de VHT-er in beide zorgcoördinatieteams voorlichting gegeven, gevolgd door een opname tijdens een teamvergadering. Vaak hebben werkers ervaring met het werken met video in hun opleiding of

interviews. Het terugkijken en bespreken van beelden volgens de principes van VHT is echter volstrekt anders.

Hulpverleners konden aan den lijve ervaren dat het maken van een opname niet belastend is. In de bespreking wordt immers niet de vinger gelegd op wat niet goed gaat, maar op de positieve interacties. Gebruikelijke reacties als "wat erg om mezelf te zien, te horen, wat zit ik raar, enz.", verdwijnen snel bij een terugkijksessie van videobeelden. De teams gaven aan dat ze op een positieve manier inzicht kregen in het verloop van de vergadering en de rol die een ieder daarin speelt.

*"Je ervaart nu zelf hoe het werkt", was één van de reacties op de opname van een teamvergadering. Bijna iedereen had de neiging om bij het bekijken van de beelden te letten op de dingen die niet goed gaan. In het cliëntcontact is dat heel herkenbaar (aansluiten bij problemen). Verder was de verbazing groot over:*

- *hoe snel je de camera 'vergeet', ondanks dat het best spannend is om gefilmd te worden*
- *hoe veel je kunt zien in een kort stukje film*
- *het gegeven dat iedereen zichzelf is en niet 'acteert'. Veel mensen hadden verwacht dat hun gedrag door de camera beïnvloed zou worden.*

*Voor de constatering 'het is veel minder eng, dan we dachten', noemde het team de volgende redenen:*

- *de manier waarop het gebracht wordt: VHT is een methodiek die aansluit bij de kwaliteiten en krachten van het team*
- *de teamleden zijn vertrouwd met elkaar en ze kenden degene achter de camera.*

Bij het breder toepassen bleek VHT ook een bruikbare methodiek als aanvulling op de hulpverlening bij communicatieproblemen binnen een relatie.

*Thea heeft in gesprek met haar zorgcoördinator laten weten dat ze het moeilijk vindt om haar mening te zeggen. Ze klapt snel dicht en is onzeker in de communicatie met haar man, ondanks dat ze ruim 25 jaar met hem getrouwd is. Ze is verrast over zichzelf bij het zien van de videobeelden: "Ik wist niet dat ik zoveel humor had. Ik dacht altijd dat ik op mijn schizofrene moeder leek, maar ik zie nu dat het niet zo is; dat stelt me gerust." En over de communicatie tussen haar man en haar ontdekt ze, dat ze wel degelijk regelmatig haar mening geeft. Ook ziet het echtpaar dat ze samen iets goeds hebben, maar dat het ondergesneeuwd is geraakt door alle zorgen. Zelf zeggen ze: "We zijn ook niet gewend om veel met elkaar te praten, maar de hartstocht van binnen is nog steeds aanwezig."*

In het bovenstaande voorbeeld had de cliënt een beeld van zichzelf dat niet met de werkelijkheid klopte. Door de VHT-methode werd zij aangesproken op hoe ze de situatie beleeft en ziet en kon ze haar beleving en cognitie veranderen. Ook was er een haalbaar doel voor het echtpaargesprek gekozen, namelijk 'het zeggen van je mening'. Doordat zij zichzelf op een positieve manier terugzag, werd ze haar eigen model voor succesvol gedrag. Voor de betrokken hulpverlener werd duidelijk dat het niet nodig is, zelfs contraproductief werkt, om de onzekerheid van Thea in de communicatie met haar man te problematiseren. In de geselecteerde beelden was te zien dat Thea het gewenste gedrag in haar repertoire had en 'alleen maar' geactiveerd hoefde te worden hier gebruik van te maken. Als deze zaken zijn uitgangspunten van de VHT-methode (Wels e.a., 1992:7).

#### **Meerwaarde in een multidisciplinair team**

Ook zonder draaiende camera heeft de invalshoek van een VHT-er een meerwaarde. In teamvergaderingen, methodiekbijeenkomsten, cliëntgesprekken en intakevergaderingen kiest een VHT-er vaak een andere invalshoek dan ggz-hulpverleners. De krachten van de cliënt en de directe omgeving waarin hij of zij functioneert, vormen het uitgangspunt. Hierdoor zijn verschillende collega's zich meer bewust geworden dat de cliënt niet alleen patiënt is, maar vooral een burger met verschillende sociale rollen.

#### **Optimisme en bescheidenheid**

Verandering kost moeite, voor cliënten en voor hulpverleners. VHT is een methodiek gebleken die een goede aanvulling biedt op de hulpverlening. Zowel de GV als de zorgcoördinatieteams zijn enthousiast. De kracht van het resultaat is deels toe

te schrijven aan de mogelijkheden van de methodiek, maar ook (groten)deels aan de aanwezigheid en de persoonlijke aanpak van de VHT-er. Het enthousiasme van de zorgcoördinatieteams nam toe naarmate ze meer samenwerkten met de VHT-er en er de effecten van zagen bij hun cliënten.

De mogelijkheden voor verdere ontwikkeling van 'het product VHT' binnen de GGz zijn een uitdaging. De uitwisseling, discussie, over de (nieuwe) mogelijkheden m.b.v. VHT is nog niet afgerond.

In dit artikel zijn veelbelovende ervaringen beschreven. Daarnaast is er nog veel te ontdekken, bijvoorbeeld:

- Op welke manieren kan VHT preventief ingezet worden?
- Is VHT een geschikte methodiek voor cliënten met schizofrenie?
- Wordt de effectiviteit van contact tussen zorgcoördinator met zijn/haar cliënt verhoogd bij het systematisch hanteren van de VHT-basisprincipes van communicatie?
- Kan VHT een effectief hulpmiddel zijn t.b.v. signalering of diagnostiek?
- Sluit trajectbegeleiding volgens de VHT-methodiek aan bij de behoefte van langdurig zorgafhankelijke mensen?

Enige bescheidenheid is op z'n plaats: VHT is geen Haarlemmerolie. Zoals bij elke vernieuwing in de zorg is de persoon die het uitvoert de factor die van doorslaggevende betekenis is of een experiment succesvol is. De pilot wordt op dit moment geëvalueerd en er wordt een implementatievoorstel voorbereid. Een optie is om een VHT-er aan te trekken met als taak om VHT binnen de volwassenenpsychiatrie verder te ontwikkelen. Daarbij moet gewaakt worden dat dit niet ten koste gaat van intersectorale samenwerking met GV om de winst van de uitwisseling niet teniet te doen.

Groningen, mei 2003

## Noten

1) Dit artikel is tot stand gekomen in samenwerking met Coba Mougou (Thuiszorg Groningen, GV). Zij heeft van juli 2001 tot maart 2002 op een inspirerende wijze pionierswerk voor VHT verricht bij de zorgcoördinatieteams van de Divisie Psychosociale Rehabilitatie van GGz Groningen.

2) Het experiment is inmiddels ruim een jaar geleden afgerond. Helaas ontbreekt het op dit moment aan middelen voor een vervolg c.q. implementatie.

---

## Literatuur

Siegert, E. en Starre-Musters, P. (1998); Nieuwe ronde, nieuwe kansen. Preventieve oudercursus voor ouders van adoptiekinderen in de puberteit, p. 117 e.v. Stichting Werkverband Adoptie Nazorg, 's Gravenhage.

Vogelvang, B. (1999); Video-hometraining: opvoedingstechnologie of reconstructie van de opvoedingsdialoog? In Baartman, H., Van der Leij, A. & Stolk, J. (red.), Het perspectief van de orthopedagoog (pp 138-161) Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Wels, P.M.A. & Oortwijn, A.J. (1992); Video-hometraining, een bijdrage tot wetenschappelijke fundering; Tijdschrift voor Orthopedagogiek (1992-31), p. 3-21.

---

## De rol van de SPV in de langerdurende zorg in samenhang met de rol van de ambulante woonbegeleider

**Kees Zwetsloot**, spv in opleiding, Hogeschool Amsterdam en werkzaam bij de Volwassenenzorg van de Rijngroep in Alphen aan de Rijn.

Wie "mag", of "moet" het signaleringsplan maken met de cliënt? Wie is het aanspreekpunt voor de familie; de woonbegeleider of de behandelaar? Kan de ambulante woonbegeleider wel psycho-educatie geven als hij, of zij geen verpleegkundige is? En is het dan voorlichting, of psycho-educatie? Werkt de sociaal psychiatrisch verpleegkundige wel rehabiliterend als hij de techniek niet methodisch toepast? En wie draagt eigenlijk zorg voor de coördinatie?

Kortom, wie doet nu eigenlijk wat en waarom?

Dit verslag beoogt bij te dragen in de discussie over de rol van de sociaal psychiatrische verpleegkundige (spv) in samenhang met de ambulante woonbegeleider in CGGZ Rijnstreek, onderdeel van de Rijngroep in Zuid Holland Noord. De keuze voor dit onderwerp is ingegeven door de huidige ontwikkelingen in de langer durende zorg, te weten voortgaande visie-ontwikkeling, aanpassingen in de

zorgorganisatie, nieuwbouw en kwaliteitsverbetering in de zorg. De werkzaamheden van de spv en de woonbegeleider veranderen hierdoor langzaam maar zeker. In dit verslag geef ik achtereenvolgens een korte schets van de ontwikkelingen in de langer durende zorg in de Rijnstreek. Hierna beschrijf ik in grote lijnen de werkzaamheden van de spv en de ambulante woonbegeleider en probeer ik enkele ontwikkelingspunten aan te geven. Tenslotte sluit ik af met een samenvatting en bronvermelding.

### **De langer durende zorg in ontwikkeling**

De langerdurende zorg kampt nu nog met het probleem van de gescheiden locaties; een deel bevindt zich in Noordwijkerhout en een deel in Alphen aan de Rijn.

Woonvoorzieningen van het "RIBW" en begeleid zelfstandig wonen, "resocialisatie-eenheden" en 24 uren-zorg uit het APZ, het transmurale zorgteam met dagbehandeling en ambulante behandeling, de crisisfunctie van de kliniek en de dagbesteding zijn de laatste jaren samengebracht in een organisatie.

Maar daarmee is het nog geen geïntegreerd geheel. Daar de organisatie en de zorg nog niet goed is geïntegreerd, is nog veel onduidelijk over wie welke zorg, of dienst in de nabije toekomst levert en waar, hoe, of wanneer. Dit speelt zeker voor de diverse verpleegkundige disciplines en de (verpl.) woonbegeleiding.

De missie en visie van de langer durende zorg, evenals het belang ervan, wordt als volgt omschreven. Uit: Visie en trajecten binnen de langerdurende zorg, 2001. Medewerkers van de langerdurende zorg dienen de missie en visie te onderschrijven, opdat een gedeeld kader ontstaat van waaruit zorg geboden wordt. Een dergelijk kader biedt ook eenheid in taal, wat van

belang is bij het bieden van transmurale vraaggerichte zorg.

De missie van de langerdurende zorg is cliënten helpen beter te functioneren zodat ze met succes en zoveel mogelijk naar eigen tevredenheid kunnen wonen, werken, leren en sociale contacten kunnen hebben, in een eigen gekozen omgeving met zo min mogelijk professionele hulp, maar met zoveel professionele hulp als noodzakelijk. In de visie van de langerdurende zorg worden cliënten gezien als autonome burgers. Cliënten moeten zo min mogelijk afhankelijk raken van de GGZ en moeten zo autonoom mogelijk blijven functioneren, maar wel veiligheid en bescherming ontvangen waar dit nodig is. Op de voorgrond staan het optimaliseren van de kwaliteit van leven, ook binnen GGZ-instellingen, en het maatschappelijk functioneren van cliënten. De werkwijze is vraaggericht en flexibel en gericht op rehabilitatie en herstel. Herstel wordt beschouwd als een proces van genezen met de stoornis.

De geformuleerde missie en visie van de langerdurende zorg neemt het rehabilitatiedenken als uitgangspunt. Maar alleen het onderschrijven van de missie, de visie en het rehabilitatiegericht werken is niet voldoende om eenheid van taal en vraaggericht werken te bewerkstelligen. In de dagelijkse praktijk is een benaderingssysteem noodzakelijk om de (complexe) hulpvraag van de cliënten te beantwoorden. Invoering van een instrument, zoals ontwikkeld door Anthony stelt de hulpvraag centraal en biedt een eenduidig begrippenkader. Anthony ontwikkelde het Service Outcome Schema. In dit schema zijn de hulpvragen van de cliënt vertaald in door de cliënt te behalen resultaten of einddoelen.

De hulpverleningsvormen worden aangepast aan de doelen die de cliënt stelt. Met andere woorden, in het schema is te lezen welke doelen de cliënt bereikt met de geboden hulp.

Van Heugten e.a. stellen: "De indelingswijze is een hulpmiddel om te kunnen ontrafelen wat we binnen de GGZ doen. De communicatie tussen alle betrokkenen binnen de GGZ kan met behulp van een dergelijke indelingswijze verbeterd worden". Het gebruik van het schema biedt een aantal voordelen. Bij iedere cliënt staat de hulpvraag centraal. Steeds moet gezocht worden naar de hulpverleningsvorm die het beste aansluit bij de vraag, in plaats van andersom. Het schema biedt de mogelijkheid steeds duidelijk te maken wat het uiteindelijke doel van het handelen binnen de GGZ is. Dit bevordert de onderlinge communicatie, ook die tussen de verschillende disciplines.

Het schema is ook van belang in het kader van kwaliteitsbeleid: bij gebruik van het schema wordt de zorg op een toetsbare wijze beschrijfbaar gemaakt.

Praktisch gezien betekent dit dat de langerdurende zorg momenteel onderzoek doet naar de hulpvragen van de cliënten en zichzelf de vraag stelt hoe de zorg zodanig georganiseerd kan worden dat zo goed mogelijk kan worden voldaan aan de hulpvragen. Hiertoe wordt gebruik gemaakt van zogenaamde zorgprofielen, ofwel cliëntengroepen met ongeveer gelijke behoeften en hulpvragen, gemeten naar de dimensie wonen en stoornismanagement.

Er wordt zorg geboden aan ongeveer 160 cliënten. Voor 50% van hen wordt de zorg vrijwel geheel ambulante vorm gegeven door de spv met de psychiater. Voor 20% is er sprake van intensieve - en bemoeizorg, waarin de spv een groot aandeel heeft. Voor de overige 30% is er sprake van zorg geboden d.m.v. een teambenadering, waarin de verschillende disciplines hun aandeel hebben. Dat is de groep waarvoor o.a. de spv en de ambulante woonbegeleiding nauw samenwerken en waar dit artikel met name over gaat.

In de ontwikkeling van de zorgorganisatie wordt het model van Assertive Community Treatment als voorbeeld, of ideaal gezien. In dit model worden de volgende uitgangspunten gehanteerd.

- De diensten worden geboden aan een welomschreven groep langdurig zorgafhankelijke cliënten.
- Het team biedt behandeling, begeleiding en rehabilitatie zelf aan (i.p.v. het makelaarsmodel).
- De teamleden dragen een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de cliënten van het team.
- Eén professional draagt specifiek zorg voor een klein aantal cliënten. (verhouding 1 -10)
- Het behandel- en dienstaanbod is breed en flexibel inzetbaar.
- De interventies worden zoveel mogelijk geboden op de plek waar zij nodig zijn, of waar de problemen zich manifesteren (dus zoveel mogelijk in de "thuisituatie").
- Er is voor cliënten geen maximale termijn gesteld aan de dienstverlening van het team.
- Behandeling, begeleiding en de aangeboden diensten zijn toegesneden op het individu.
- De (crisis)diensten zijn 24 uur per dag te verkrijgen.
- Het team doet er alles aan om cliënten in behandeling te houden en hun vooruitgang in de gaten te houden.

Duidelijk is dat deze idealen op een aantal punten nog ver verwijderd zijn van de dagelijkse praktijk, bijvoorbeeld als het gaat om de caseload van de spv en de mogelijkheden om als langerdurende zorg crisisdiensten 24 uur per dag beschikbaar te stellen.

### **De rol van de spv en de woonbegeleider op het raakvlak van behandelen en wonen in de langer durende zorg**

Op het vlak van wonen en behandelen zijn een aantal te onderscheiden activiteiten te herkennen waar beide

disciplines mee te maken hebben in het contact met de cliënt en in de samenwerking.

Aan de hand van deze activiteiten geef ik een beschrijving van wat iedere discipline hieraan doet en vanuit welk perspectief. Zo mogelijk geef ik hierbij voortgaande ontwikkelingen aan.

Geredeneerd vanuit het beroepsprofiel van de spv beperk ik mij tot het domein van de directe cliëntenzorg, omdat daar de spv en de woonbegeleider met name samenwerken.

De ordening van activiteiten is overgenomen van het team van de langerdurende zorg en de beschrijving is tot stand gekomen m.b.v. (semi gestructureerde) interviews.

Bij de beschrijving van de activiteiten is aangegeven in hoeverre de spv en woonbegeleider dit item meer of minder tot de kern van hun functie rekenen in termen van: kerntaak, belangrijke taak, of een beperkte taak. Indien hierover niets staat vermeld, dan rekenen zij dit als een gemiddelde taak, of verantwoordelijkheid.

### **Diagnostiek, observatie en herkennen van psychopathologie**

Als de cliënt voor langerdurende zorg in aanmerking komt is de diagnostiek in grote lijnen afgerond. Het samen met de cliënt bespreken van de consequenties van de diagnose, het geven van voorlichting en het komen tot een behandelovereenkomst rekent de spv tot een belangrijke taak.

De woonbegeleider beoordeelt samen met de cliënt vooral op gedragsniveau wat de beperkingen en hulpvragen zijn in de dagelijkse woon- en leefomstandigheden. Het denken in en bespreken van psychiatrische verschijnselen met de cliënt rekent de woonbegeleider nog in beperkte mate tot zijn taak. Hierin is echter een duidelijke verandering merkbaar daar beide functies in toenemende mate de noodzaak zien van het op een gelijke wijze observeren, benoemen en interpreteren van psychiatrische symptomen en toestandsbeelden.

Met name de niet verpleegkundige

woonbegeleiders maken zich door cursussen meer kennis eigen van de psychopathologie en spv'en besteden meer als voorheen aandacht aan consultatie.

Sinds ongeveer een jaar is de woonbegeleider aanwezig bij de ambulante behandelplanbespreking. Beide disciplines ervaren hierdoor een kwalitatieve verbetering in het behandelen en wonen door met name de betere afstemming op inhoud en het proces van de begeleiding. Zij leren "al doende" de deskundigheid, cultuur en mogelijkheden van elkaar beter kennen en gebruiken.

### **Crisisinterventie**

Crisisinterventie vraagt bij beide disciplines het nodige aan samenwerking en flexibiliteit. De coördinatie tussen de betrokken disciplines ligt met name bij de spv, die crisisinterventie tot een kerntaak rekent. Indien een onderscheid mogelijk is tussen een "wooncrisis" en een "psychiatrische crisis", dan biedt dit veelal een extra handvat voor taakverdeling. Niet altijd is dit onderscheid zo makkelijk te maken en is overleg nodig. Extra aandacht van de woonbegeleiding, of spv kan bijvoorbeeld bestaan uit meer zorg voor inname medicatie, frequenter contact, beperken draaglast in overleg met de cliënt, etc. Daarnaast biedt de woonbegeleider intensiever begeleiding aan het woonmilieu.

De grenzen van crisisinterventie in de woonsituatie is een punt wat voortdurend wordt bewaakt. Eventuele opname vraagt zorgvuldige coördinatie om de overgang van en naar de kliniek goed te laten verlopen.

Het signaleringsplan, tot nu toe standaard opgesteld door de spv, biedt alle betrokkenen meer duidelijkheid over wie wanneer wat doet en kan vaak ernstige terugval voorkomen. De woonbegeleiding rekent de crisis-interventie in beperkte mate tot zijn taak.

**Rehabilitatie**

De spv hanteert een rehabiliterende attitude in het contact met de cliënt en voor het stellen van doelen samen met de cliënt. Hierbij past dat de spv met de cliënt onderzoek doet naar vaardigheden en hulpbronnen. De spv beschouwt dit als een belangrijke taak. De woonbegeleider werkt samen met de cliënt op basis van een opgesteld begeleidingsplan, gericht op wonen met inbegrip van afspraken over hoe te handelen bij (dreigende) terugval. Daarnaast wordt in toenemende mate gewerkt met een rehabilitatieplan gericht op de ontwikkelingsmogelijkheden en wensen van de cliënt vooral gericht op wonen, dagbesteding en het omgaan met contacten en het netwerk. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de Individuele Rehabilitatie Benadering. In het langerdurende zorg team wordt in toenemende mate aandacht besteed aan rehabilitatie en de verschillende manieren waarop medewerkers dit gebruiken. Zo is er o.a. een tweedaagse training georganiseerd met als doelen ontwikkeling van de rehabiliterende attitude, informatie uitwisseling en meer samenhang aanbrengen in het methodisch hanteren van de rehabilitatiebeginselen. Het ligt in de bedoeling in het vervolg in de behandelplanbespreking te besluiten over het indiceren voor en methodisch opstellen van een rehabilitatieplan; verschillende disciplines zijn hiertoe in staat, waaronder de spv en de ambulante woonbegeleider

**Medicamenteuze behandeling**

Van oudsher een belangrijk punt van de spv, die medicatiebeleid en medicatiegebruik, naast evt. bijwerkingen regelmatig bespreekt met de cliënt. De spv indiceert ook voor de Libermantraining "Omgaan met antipsychotische medicatie". De woonbegeleider rekent de begeleiding bij medicatie in beperkte mate tot zijn taak. Hier is het verschil in opleiding van de ambulante

woonbegeleiders van groot belang; verpleegkundigen hebben meer kennis op dit gebied en rekenen dit vanouds meer tot hun taak.

Er is in toenemende mate overleg over het ondersteunen van de cliënt bij medicatiegebruik. Tevens neemt de kennis in het algemeen van de woonbegeleiders toe op dit gebied.

**Ondersteuning familie en/of nauw betrokkenen**

De woonbegeleiding onderhoudt contact met de familie, of nauw betrokkenen en stimuleert en/of ondersteunt het contact van de cliënt met hen, afhankelijk van de wensen en mogelijkheden van de cliënt. Hij geeft voorlichting over het woonmilieu en de begeleiding.

De spv onderhoudt contact met de familie, of de contactpersoon en overlegt met hen, afhankelijk van de wens, of het akkoord van de cliënt over de (bijstelling) van het behandelplan. Hij betreft hen eventueel bij het signaleringsplan. Hij geeft ouder- en familiebegeleiding, verzorgt voorlichtingsbijeenkomsten en geeft voorlichting over relevante verenigingen, zoals bijvoorbeeld Ypsilon.

**Psychoeducatie, trainingen en gebruik van cognitieve therapie**

De spv biedt begeleiding bij en geeft psycho-educatie over o.a. de diagnose, verliesverwerking, het ontwikkelen van effectieve copingstrategieën, het zoeken van balans in draagkracht en draaglast, medicatiegebruik, netwerkondersteuning en het opbouwen van sociale contacten, drugsgebruik, hoge en lage EE, over- en onderstimulatie, etc. De spv rekent dit tot een kerntaak.

De spv kan aanmelden voor diverse trainingen, zoals de diverse Liberman trainingen en sociale vaardigheidstraining. Verwijzing naar de stemmenpoli behoort, naast de eigen vaardigheden van de spv om cliënten

beter om te leren gaan met stemmen, tot de mogelijkheden. In de behandelplan-bespreking, waar alle disciplines vertegenwoordigd zijn, kan hiertoe worden besloten.

De woonbegeleiding helpt de cliënt de vertaalslag te maken van de educatie, of voorlichting naar de praktische woon- en leefsituatie. Hij neemt dit mee in het begeleidings- en rehabilitatieplan.

Dit betekent dat de voorlichting van beide disciplines goed op elkaar aan moet sluiten om voor de cliënt overzichtelijk en bruikbaar te zijn. Een gelijk taalgebruik is hierbij van groot belang.

De spv kan gebruik maken van het ABC gesprek van de Rationeel Emotieve Therapie, of anderszins systematisch irreële, of niet helpende gedachten uitvragen en uitdagen.

De woonbegeleider gebruikt het ABC gesprek in beperkte mate.

### ***Ondersteuning "in het dagelijks leven"***

De woonbegeleider rekent dit tot een kerntaak.

Voor veel praktische zaken is de woonbegeleider voor de cliënt het eerste aanspreekpunt, al dan niet als zodanig beschreven in het begeleidingsplan. Voor Beschermd Wonen verzorgt de woonbegeleiding bovendien een 24-uurs bereikbaarheid. De woonbegeleider ziet en spreekt de cliënt het meest en kent hem het best in het dagelijks leven. De begeleider kent de wisselwerking tussen het woonmilieu en de cliënt goed en kan hierin samen met de cliënt verbeteringen bewerkstelligen ten behoeve van een betere kwaliteit van leven. Hij heeft oog voor draaglast en draagkracht en kan veelal (dreigende) terugval vroeg signaleren.

Ook de spv rekent dit tot een belangrijke taak. Hij kan suggesties doen aan de cliënt en begeleiding voor het dagelijks functioneren en kan handvaten bieden voor probleemhantering.

Voor dagbesteding en (vrijwilligers)

werk doet de spv onderzoek naar de wensen en mogelijkheden tot arbeidsrehabilitatie en gerichte dagvulling. Mogelijk met inschakeling van de jobcoach, of arbeidsbemiddelaar.

De woonbegeleider ondersteunt dit proces in praktische zin en helpt vaardigheden te oefenen en hulpbronnen te vinden en te gebruiken. Voor het vinden van en welslagen van gerichte daginvulling is deze ondersteuning veelal onontbeerlijk.

### ***Het opbouwen en ondersteunen van het netwerk van de cliënt***

Beide disciplines vinden dit een belangrijke punt en rekenen het tot een kerntaak.

Beide kennen voor de cliënt het belang hiervan ten behoeve van rehabilitatie en deelname aan het maatschappelijk verkeer op allerlei terreinen.

Gezien de centrale positie van de spv in de behandeling en begeleiding kan de spv een rol spelen in het betrekken van derden bij (de situatie van) de cliënt. Hij heeft een goede kennis van de sociale kaart en is in staat om de cliënt gericht te verwijzen. Hij kan inschatten welk (hulp)aanbod of welke dienst past bij de cliënt en/of de cliënt de keuzemogelijkheden schetsen.

De woonbegeleider doet feitelijk hetzelfde in het kader van het begeleidingsplan en de gestelde rehabilitatiedoelen. Dit is vooral toegespitst op ondersteuning en het aanleren, of onderhouden van vaardigheden in het dagelijks leven. Uiteraard geldt ook voor dit punt dat overleg en samenwerking tussen de diverse disciplines van groot belang is. De spv kan zorgdragen voor verwijzing naar maatschappelijk werk, of financiële dienstverlening bij problemen, of indien langer financieel beheer dient te worden waargenomen. De spv doet zo nodig zelf met, of voor de cliënt niet-complexe financieel administratieve handelingen. Daarnaast onderhoudt de spv, indien nodig, contact met belangrijke andere contactpersonen, zoals bijvoorbeeld de

politie, of woningbouwvereniging. Dit is vaak sterk individueel bepaald. Ook hier geldt dat vaak niet vooraf vaststaat welke taak de spv, of de woonbegeleider hierin hebben; dit is ook vaak situationeel bepaald. De ambulante woonbegeleider is in staat de cliënt praktisch te ondersteunen bij bijvoorbeeld bezoek aan de huisarts, woningbouwvereniging, familie, etc.

### **Zorgcoördinatie**

De spv stelt samen met de cliënt een behandelplan op, wat geëccordeerd wordt door de psychiater tijdens de behandelplanbespreking. Het behandelplan brengt uiteraard de verantwoordelijkheid van de uitvoering en de evaluatie met zich mee en daarmee van de coördinatie. De spv fungeert als centraal aanspreekpunt voor alle leden van het behandelteam en andere betrokkenen. Tevens draagt hij mede zorg voor de waarneming voor acute problemen door te participeren in de 24-uurs crisisdienst binnen en buiten kantooruren. Hij biedt anderen kennis en vaardigheden t.b.v. de begeleiding van de individuele cliënt. Hij kan het toestandsbeeld inzichtelijk maken en verduidelijken gedrag voor bijv. de woonbegeleiding, of familie. De spv rekent dit tot een kerntaak. De woonbegeleiding ziet hierin een beperkte taak. De woonbegeleiding draagt op eigen initiatief bij aan coördinatie door onder andere signalering en bespreking van psychiatrische problemen en wijzigingen in het toestandsbeeld met betrokkenen en door de aanwezigheid bij de behandelplanbespreking. De woonbegeleiding handelt zelfstandig op het gebied van de woonbegeleiding en de praktische invulling van de rehabilitatie, maar wel afgestemd op de activiteiten van de andere disciplines.

De spv onderhoudt schriftelijk contact met huisarts, evt. keuringsarts en andere instanties.

Coördinatie blijkt een belangrijk, maar ook kwetsbaar punt te zijn in de huidige organisatie, daar er nog onvoldoende integratie is in visie en werkwijze en daar er relatief veel (verpl.) hulpverleners zijn in de langer durende zorg. Er zijn nog veel grijze gebieden en overlap.

Een gemeenschappelijke (electronische) dossiervoering wordt in de toekomst vanwege een goede coördinatie en informatievoorziening van groot belang geacht.

### **De ontwikkelingen in de langerdurende zorg en de betekenis hiervan voor de spv en de ambulante woonbegeleider in de Rijnstreek**

1) In de Rijnstreek zijn meerdere verpleegkundige / begeleidende functies

- de sociaal psychiatrisch verpleegkundige
- de ambulante (verpl.) woonbegeleider voor Beschermd - en Begeleid Zelfstandig Wonen
- de verpleegkundige begeleider voor Beschut en Intensief Wonen
- de verpleegkundige van de dagbehandeling
- de kliniekverpleegkundige
- de verpleegkundige van de psychiatrische thuiszorg

In de veranderende zorgorganisatie zal iedere functie een eigen plek moeten krijgen, maar verandering voor de een zal ook altijd, in meer of mindere mate, verandering voor de ander betekenen. Het gaat dus niet alleen om verandering in de functie en werkwijze van spv en ambulante woonbegeleider, maar om het geheel.

2) Alle genoemde functies dienen voor zichzelf en in gesprek met de anderen na te gaan welke rol zij willen en

kunnen spelen in de nieuwe organisatie.

Dit dient o.a. vorm gegeven te worden in het eigen vakinhoudelijk overleg en in overkoepelend vakinhoudelijk overleg. Dit proces is onderdeel van het door het management gestuurde proces van verandering.

3) De spv wordt momenteel opgeleid met het Neuman Systems Model. Dit model leent zich bij uitstek voor de functie, vanwege de basistheorieën van de systeemtheorie, de preventietheorie en de stress-coping theorie. Vanuit dat oogpunt is het ook aanbevelenswaardig als model voor andere (verpl.) begeleidingsfuncties. Ook daarmee wordt de gemeenschappelijk taal en denken bevorderd. De spv heeft geen specifieke rehabilitatietraining, of opleiding. Zij hanteren de rehabilitatiebenadering als basishouding.

Momenteel wordt ervaren dat de aandacht teveel naar binnen gericht is door alle veranderingen in de organisatie en de hoge werkdruk ten gevolge van de grote caseload, wat op gespannen voet staat met het sociaal psychiatrisch werken.

Kenmerkend voor de functie van spv is vooral outreachend en systeemgericht werken met een rehabiliterende benadering en met een therapeutisch behandelgerichte relatie.

Zorgcoördinatie is een belangrijke taak.

4) De ambulante woonbegeleiders hebben verschillende opleidingen als achtergrond.

Zo werken er woonbegeleiders met een verpleegkundige achtergrond; Z, B en HBOV, maar ook woonbegeleiders met een SPH, of SPW achtergrond.

Woonbegeleiders van Beschermd Wonen werken in teamverband en de woonbegeleiders van Begeleid Zelfstandig Wonen werken i.p. zelfstandig. Meerdere medewerkers hebben de Individuele Rehabilitatie Benadering als specifieke training gevolgd; zij hanteren deze techniek in

toenemende mate en dragen dit over aan collega's. De techniek is met name bruikbaar voor ontwikkeling op het gebied van wonen en dagbesteding. Voor het herkennen en hanteren van psychiatrische symptomen wordt voldoende kennis van de psychopathologie noodzakelijk geacht. Hier is in toenemende mate aandacht voor. Door de ambulante woonbegeleiders onderling worden nog duidelijke verschillen geconstateerd in de gehanteerde werkwijze, met name in de omgang met psychiatrische problematiek van de cliënt, wat ook zijn invloed heeft in de samenwerking met de spv.

Van de doelgroep van cliënten kan o.h.a. gezegd worden dat de psychiatrische problematiek complexer en zwaarder is geworden met meer variatie in diagnose en toestandsbeelden. De gemiddelde leeftijd van de cliënten is een stuk jonger geworden.

Cliënten maken sneller als voorheen gebruik begeleid en beschermd wonen. Door spv'en en woonbegeleiders wordt om die reden onderling ook meer aandacht besteed aan bijscholing, coaching en intervisie.

Er wordt door de ambulante woonbegeleiding een spanningsveld gesignaleerd tussen wat als ideaal wordt gezien m.b.t. rehabilitatie en de haalbaarheid, of moeizame realisatie hiervan in de praktijk. Met name op het vlak van de "integratie in de maatschappij".

Kenmerkend voor de functie van de ambulante woonbegeleider is vooral het functioneren als steun en toeverlaat in de dagelijkse bezigheden met als grote aandachtspunten het wonen, dagbesteding en het oefenen van praktische (sociale) vaardigheden. Ook hier is coördinatie een belangrijk aandachtspunt. De woonbegeleider krijgt in toenemende mate te maken met psychiatrische problematiek en begeleiding bij cliënten.

Vanuit het management wordt derhalve in toenemende mate onderscheid

gemaakt tussen de verpleegkundig ambulante woonbegeleider en de anders opgeleide ambulante woonbegeleider.

5) In de uitgangspunten van het rehabiliterend werken ligt besloten dat het slechts wenselijk is om zelf speciale voorzieningen, of diensten aan te bieden, als het vanuit cliëntperspectief en uit het oogpunt van kwalitatief goede zorg noodzakelijk en niet elders beschikbaar is, of beschikbaar te maken is.

Dit betekent dat begeleiding erg outreachend is, systeemgericht en zelf ook bijdraagt aan het ontwikkelen van maatschappelijke steunsystemen. Richting beleidsmakers van OGGZ, gemeente, bedrijven, maatschappelijke instellingen moet worden gepleit voor adequate en toegankelijke voorzieningen.

Voor de spv betekent dit bij uitstek het werken aan de sociaal psychiatrische invulling van het beroep. Kenmerken hiervan (Kok en Donkers 1996) zijn met name:

- Tegengaan van marginalisering en uitstoting.
- Geestelijke gezondheidsproblemen plaatsen in een epidemiologisch perspectief.
- Wisselwerking tussen het individu en de omgeving staat centraal.
- De hulpverlening is gericht op de persoon en de context
- Hulpverlening richten op meerdere niveaus van functioneren.

### **Samenvatting en afsluiting**

De essentie van het verslag gaat over de werkzaamheden van de spv, de ambulante woonbegeleider en hun onderlinge verhouding in de langerdurende zorg in de Rijnstreek, zoals ervaren door de geïnterviewde medewerkers

Niet zo eenvoudig is aan te geven wie, of welke verpleegkundige / begeleider nu uiteindelijk dat signaleringsplan mag, of moet gaan maken. Wel wordt steeds duidelijker op grond waarvan het plan er al dan niet moet komen, hoe het 't best tot stand kan komen en wie het kan maken.

Wie verantwoordelijk is voor de zorgcoördinatie, is inmiddels wel afgesproken. Duidelijk wordt dat de huidige ontwikkelingen bijdragen aan het methodisch werken en steeds duidelijker wordt waarom welke verpleegkundige, of begeleider iets wel, of niet doet, of waarom op die manier. Steeds meer wordt dit ook naar elkaar verwoord en/of ter discussie gesteld. Er is een toename van samenwerking en afstemming van activiteiten. In het vakinhoudelijk overleg en in de lijnorganisatie wordt er onderzocht wat een passende zorgorganisatie is en wat een passende visie is op en invulling van het begrip rehabilitatie in relatie tot behandeling, begeleiden en wonen. Hoge prioriteit wordt gegeven aan visie, modellen en methoden waarvan de waarde d.m.v. onderzoek is bewezen. Daarnaast is er in toenemende mate aandacht voor het hanteren van een gemeenschappelijke taal en visie op verplegen / begeleiden binnen de Rijnstreek.

---

### **Geraadpleegde literatuur, informatiebronnen en geïnterviewde medewerkers**

Anthony, W A  
Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in 1990s, Psychosocial Rehabilitation Journal 1993 16.

Henkens H. en Luyten E.  
De individuele rehabilitatie benadering  
In passage 3-1999 Uitgeverij SWP Utrecht 1999.

Henkens H. en Roza S.  
Rehabilitatie Casemanagement  
MGv 1999 - 7/8

Heugten T van, R. Roest:  
Geestelijke gezondheidszorg van een andere  
orde1. Passage, Tijdschrift voor rehabilitatie.  
Sept. 1996.

Moving assertive community treatment in  
standard practice in Psychiatric  
Services, June 2001, vol. 52, no. 6  
Recommended PACT standards for new  
teams (PACT = Program of Assertive  
Community Treatment) NAMI (National  
Alliance for the Mentally ill, Beborah Allnes,  
M.S.S.W. and William Knoedler, M.D., March  
31, 1999.  
<http://www.nami.org/about/pact.htm>

Notities van de langer durende zorg  
Rijnstreek - Rijngeest Groep  
- "Voorbereiding bezoeken langer durende  
zorg" Maaten, H. van der  
- Inhoudelijk zorgbeleid langer durende zorg  
2002 -2007. Uitkomsten bijeenkomst van  
3-10-200, CGGZ Rijnstreek, management  
- Maaten, H. van der, Perspectief op  
Rehabilitatie en de Langer durende Zorg in  
de Rijnstreek, Juli 2001. Visie en trajecten  
binnen de langerdurende zorg.

NVSPV  
Profiel van de Sociaal Psychiatrisch  
Verpleegkundige 1998.

Semi gestructureerde interviews in maart  
2002 met:

- Eck, W. van, SPV in het Transmurale  
langer durende zorg team in de Rijnstreek

- Bueren, M. van, SPV in het Transmurale  
langer durende zorg team in de Rijnstreek
- Hagedoorn P, Woonbegeleidster  
Beschermd Wonen in de Rijnstreek
- Jong, J. de, Woonbegeleidster Begeleid  
Zelfstandig Wonen in de Rijnstreek
- Gouwman, M. van, Teamleidster voor het  
Begeleid Zelfstandig Wonen en  
Beschermd Wonen in de Rijnstreek
- Evers, G, Teamleider voor Beschut  
Wonen, Intensief Wonen en het  
Transmurale langer durende zorg team in  
de Rijnstreek.

Venneman, B. en Padt, I. van der  
Sociale psychiatrie als referentiekader voor  
de sociaal psychiatrische verpleegkunde  
Sociale Psychiatrie, sept. 2001.

Verberk F. en Kuiper, M. de  
Verpleegkunde volgens het Neuman  
Systems Model  
1998 Van Gorcum.

Wilken, J.P. en Den Hollander, D.  
Psychosociale rehabilitatie, een integrale  
benadering.  
1999 Utrecht, SWP.

Wilken J.P, Kaiser en Den Hollander,D.  
Wonen en Rehabilitatie  
Uitgeverij SWP Utrecht 1996.

Wilken, van Rooijen  
Binnenshuis - Buitenshuis  
Uitgeverij SWP Utrecht 2001.

**Correspondentie:**

E-mail: [kzwetsloot@rijngeestgroep.nl](mailto:kzwetsloot@rijngeestgroep.nl)  
November 2002