
MEDIAAN

De werkvloer

Peter Braem, SPV en redactielid van Sociale Psychiatrie

Als SPV ben ik er altijd zeer nieuwsgierig naar wat mijn collega SPV-en in hun werk ervaren, waar zij tegenaan lopen of wat hun drijfveren zijn. Daarom volgen onderstaand twee vraaggesprekken die ik met drie collegae SPV-en hierover voerde. Als onderwerp heb ik jeugdhulpverlening gekozen. Het eerste gesprek voerde ik met Petra Hodes, werkzaam bij Riagg Rijnmond op de Jeugdafdeling. Het tweede gesprek met Dora van Erkel en Kees Bouwman, beiden werkzaam bij Boumanggz, waar zij een dag in de week een jeugdpoli bemannen. De gesprekken gaan over hun dagelijkse routine en over de patiënten die zij tegenkomen.

1. Het systeem betrekken

Inleiding

Het eerste gesprek voerde ik met Petra Hodes. Petra is SPV en werkt bij een Riagg op een jeugdafdeling. Na haar opleiding tot B verpleegkundige in het voormalige Schakenbosch werkte zij op een gesloten opname afdeling voor volwassenen. Zes jaar geleden heeft zij de overstap naar de jeugd gemaakt. Wij nemen een gemiddelde werkdag door en gaan hier en daar wat specifiek op een onderwerp in. Op de volgende vragen krijg ik hierbij een antwoord: hoe verhoudt zij zich als SPV tussen de overige disciplines? Hoe houdt je ontwikkelingsproblematiek en pathologie bij jeugdige patiënten uit elkaar? Natuurlijk ook aandacht voor de ouders van kinderen: hoe worden zij bij de zorg betrokken?

SPV bij Riagg Rijnmond

Petra Hodes werkt bij Riagg Rijnmond. Riagg Rijnmond is een kleine hulpverleningsenclave in Rotterdam en Vlaardingen, die zich staande weet te houden te midden van steeds verder fuserende concurrerende hulpverleningsorganisaties. Riagg Rijnmond wil zich onderscheiden door het leveren van kwalitatief hoogwaardige hulpverlening. Petra werkt hier op de jeugdafdeling. Deze afdeling heeft ongeveer 20 medewerkers, bestaande uit kinderpsychiaters, GZ psychologen, psychotherapeuten, systeem therapeuten maatschappelijk werkers, een speltherapeut en drie SPV-en. Petra werkt normaliter 28 uur per week. Nu echter fulltime, in verband met tijdelijke afwezigheid van een collega. Haar doelgroep betreft adolescenten.

Doelgroep

Petra vertelt dat de specifiek sociaal psychiatrische deskundigheid tot uiting komt doordat zij de zogenaamde moeilijke casuïstiek doet. Het betreft dan veelal 'multiproblem' gezinnen.

Hoe onderscheid jij je als SPV van de andere disciplines?

Deze mensen houd je alleen in zorg als je er veel tijd insteekt. Regelmatig ga ik naar hen toe. Want zo'n 25% van de contacten die ik met patiënten heb vindt plaats buiten het kantoor van de Riagg. De meeste andere disciplines werken niet outreachend. Verder bestaat mijn specifieke deskundigheid eruit dat ik mensen leer omgaan met hun psychiatrische klachten.

Ik draag wel bij aan de diagnosevorming. Ik taxeer de problematiek die in een gezin speelt. Hebben de kinderen vriendjes? Of: hoe gaat het op school?

Dagindeling

Petra vertelt hoe haar dag is ingedeeld. Eigenlijk is er geen sprake van een vaste dagindeling, de taken wisselen per dag. Iedere dag begint natuurlijk met een kopje koffie, het legen van haar postvak en het bekijken van de email. In de agenda staan haar afspraken genoteerd.

Plan je zelf je afspraken of wordt dat voor je gedaan?

Ik houd mijn agenda zelf bij. Ik vind het belangrijk om dit te blijven doen. Het maken van een afspraak is een deel van het hulpverleningsproces. Je kan daar veel uit opmaken, bijvoorbeeld omtrent vaardigheden van patiënten, of hun bereikbaarheid. Soms moet ik zes keer bellen voor ik contact met een patiënt heb. Als je de afspraken via het secretariaat laat inplannen, heb je op dit soort zaken veel minder zicht.

Vandaag heb ik een dagdeel screening in de agenda staan. Dan voer ik twee intakes uit. Iedere intake kost me ongeveer een uur tijd. De overige uren tot aan de middag doe ik aanmeldingen, consultatie aan huisartsen, consultatie aan school maatschappelijk werk of aan bureau jeugdzorg.

Het leuke van het doen van intakes is dat het werk er heel divers van wordt. Ik krijg dan te maken met allerlei verschillende problematiek. Ik spreek dan ook andere patiënten dan adolescenten. Bij het uitwerken van de intakes maken we gebruik van de DSM IV TR. Ik ben kritisch op de DSM. De ervaring leert dat het belangrijk is symptomen in de gezinscontext te bezien, rekening houdend met de culturele achtergrond. Als een kind laag heeft gescoord bij een IQ test kan dit er simpelweg aan liggen dat er sprake is van een taalachterstand. Of als een kind in ontwikkeling achterloopt, is het belangrijk na te gaan of dit kind wel genoeg wordt uitgedaagd door zijn omgeving. Ook is mogelijk dat de sociale vaardigheden niet goed ontwikkeld zijn.

Na een dagdeel screening heb ik meestal een aantal individuele contacten. Dit zijn er minstens twee maar hoogstens vier. De patiënten zie ik op kantoor of ik ga op huisbezoek. Als ik op huisbezoek ga doe ik dat soms samen met een psychiater of systeemtherapeut. Meestal echter, zo'n acht van de tien keer, ga ik alleen.

Groepen

Op andere dagen doet Petra een aantal groepen: Kinderen van Ouders die Psychiatrisch Patiënt (KOPP) zijn, de *Tip-Voor-Je-Dip* groep in samenwerking met de GGD (depressieve patiënten) en een *Identiteitsversterkende* meidengroep. Deze laatste groep is voor meiden van 16 tot 19 jaar oud. Zij spreken met elkaar aan de hand van thema's. Bijvoorbeeld over uiterlijk, vriendjes, seksualiteit, school, ouders of socialisatie. Verder doet zij de *Seksueel misbruik* groep en de *My Identity* groep. Die is er voor allochtone meiden die te maken hebben met 2e of 3e -generatie migratieproblematiek. Petra doet de groepen altijd samen met andere collega's. Dit zijn preventiewerkers of een psychotherapeut.

Waarin onderscheid jij je van je andere collega's in het groepswerk?

Als SPV lukt het mij goed om aangedragen problematiek en bijbehorende oplossingen in het hier-en-nu te plaatsen, dit is anders dan hoe een psychotherapeut te werk gaat. Deze gaat veel meer inzichtgevend te werk. Ik gebruik de 'hier-en-nu'-aanpak. Deze is nauw verbonden met Oplossingsgerichte Therapie. Vanuit deze methodiek ga ik op zoek naar de kracht van een persoon. De centrale vraag hierbij is 'welke oplossingen weet iemand zelf aan te dragen?' Dat deze aanpak zin heeft, illustreert het volgende voorbeeld uit de praktijk. Een meisje liep vast in haar behandeling bij een psychotherapeut. Zij werd inmiddels twee jaar behandeld.

Met een op de Oplossingsgerichte Therapie gerichte 'hier-en-nu'-aanpak lukte het mij om het meisje verder te helpen, door haar zichzelf te laten richten op de toekomst. Een belangrijke stap die zij toen maakte was het besluit om haar opleiding af te maken.

Wat vind je het boeiendste en het moeilijkste in je werk?

De diversiteit vind ik erg leuk. Screening, groepen draaien, soms wat preventie, consultatie of voorlichting op scholen. Ik zal me niet snel vervelen. We zitten aan de rand van het centrum van Rotterdam. Zodoende hebben we veel te maken met grootstedse problematiek. Dit spreekt mij zeer aan.

Het moeilijkste vindt Petra de confrontatie met kinderen die in de knel zitten en waarvan blijkt dat zij ze niet kan helpen. Als voorbeeld geeft zij een casus over een meisje dat seksueel misbruikt was. Na een heraanmelding gaf zij aan dat het niet goed met haar ging. Continuïteit van zorg door andere instanties bleek niet tot stand gekomen te zijn. Petra had hier echter op gerekend nadat eerder de behandeling bij haar was afgesloten. Er bleken inmiddels drie voorgedene gepasseerd te zijn. Haar laatste voorgedene kende zij niet. Uiteindelijk kreeg de moeder van dit meisje een relatie met een man die in een proces tegen het meisje getuigd had.

Ontwikkelingsproblematiek versus pathologie

Hoe houd je ontwikkelingsproblematiek en pathologie bij jeugdige patiënten uit elkaar?

We vergaren altijd eerst zoveel mogelijk informatie over het functioneren van een patiënt. Bij de school en bij de ouders natuurlijk. Zij kennen hun kind als beste. De voorgeschiedenis van een kind is heel belangrijk. Een belangrijk gegeven is of een van de ouders zelf ergens in zorg is. Ouders maken zich vaak grote zorgen. Soms hopen zij maar dat hun kind gewoon aan het puberen is. Het lukt niet altijd om ontwikkelingsproblematiek en pathologie uit elkaar te houden. Als ik het heb over ontwikkelingsproblemen denk ik aan opstandig gedrag, niet willen luisteren of agressiviteit. Daarnaast proberen we vanaf de aanmelding een onderscheid te maken tussen opvoedingsproblemen enerzijds en ontwikkelingsproblematiek en psychiatrische problematiek anderzijds. Wanneer het vermoeden is dat het gaat om opvoedingproblemen dan wordt er verwezen naar Jeugdzorg. Wij behandelen vaak patiënten met trauma, stemmingsproblematiek, psychotische problematiek en beginnende persoonlijkheidsproblematiek.

Ouders

Zoals al eerder gesteld: ouders maken zich vaak grote zorgen om hun kinderen als zij psychische klachten hebben.

Wij proberen ook de ouders te steunen. Ouders reageren echter wisselend op de bevestiging van de problematiek: de diagnose. Sommigen zijn opgelucht. Deze ouders voelen zich gesteund en erkend in hun zorgen. Andere ouders ervaren de mededeling van de diagnose juist als een klap. Belangrijk is het om samen met de ouders op zoek te gaan naar hoe zij kunnen ontspannen. Zij zijn de basis. Als ouders geen kracht meer hebben, kunnen zij ook hun kinderen niet meer goed ondersteunen. Regelmatig zien we ouders die het niet meer aankunnen. Belangrijk is het om te kijken hoe zo'n gezin dan nog functioneert. Soms verwijzen we de ouders naar een instantie of eigen afdeling om hulp voor zichzelf.

Tot slot

Tot slot merkt Petra op dat de manier van hulpverlening heel anders is dan in de volwassenen zorg. Het systeem van een patiënt wordt er eigenlijk standaard in betrokken... *Eigenlijk vind ik dat afdelingen voor volwassenen ook meer zo zouden moeten werken. Vanuit onze afdeling is dat de boodschap die wij naar collegae afdelingen en andere instantie trachten uit te dragen.*

Inmiddels is er hiervoor binnen onze Riagg aandacht. Regelmatig is er overleg tussen de afdelingen Sociale Psychiatrie, Trans Culturele Hulpverlening en Jeugd, waarin KOPP problematiek of andere vragen die er over kinderen zijn aan de orde kunnen komen.

2. Het project

Inleiding

In Rotterdam biedt het Albeda College, in samenwerking met stichting Rotonde, een tweede kans opleiding aan kansarme jongeren. Het biedt jongeren studie- en stagemogelijkheden, met als doel doorstroming naar regulier werk. Er nemen 270 leerlingen deel aan dit project. De gemiddelde leeftijd van de leerlingen is zestien jaar. De meeste leerlingen komen twee dagen per week. Op andere dagen lopen zij stage. In juni zal het project geëvalueerd worden. Sinds mei 2006 heeft Boumanggz een kleine poli binnen het Albeda College. Leerlingen met een verslavingsprobleem kunnen naar deze poli verwezen worden. Het project is er sinds mei 2006 en heeft nog de *pilot*-status.

Dora van Erkel (SPV) en Kees Bouman (SPV) werken beiden al langere tijd bij Boumanggz, een grote verslavingsinstelling in Rotterdam. Momenteel bemannen zij een ochtend in de week deze poli. Ik spreek met hen in een café in Rotterdam. Wij spreken over hun werkzaamheden die zij bij deze poli verrichten en gaan wat dieper in op de problematiek van de jongeren waarmee zij worden geconfronteerd en het effect van hun hulpverlening op docenten en ouders.

Samenwerking

Kees: Ik werk niet graag alleen op de poli. Als man kan ik van allerlei dingen beschuldigd worden, bijvoorbeeld van ongewenste intimiteiten. Een andere reden om samen te werken is het gegeven dat wij geen jeugdteam achter ons hebben staan. Wij hebben het nodig om met elkaar te kunnen overleggen.

Om het gebrek aan professionele ondersteuning vanuit de eigen instelling te compenseren (geen jeugdteam red.) trachten wij met de RIAGG coproducties aan te gaan. Wij gaan bijvoorbeeld samen met patiënten naar intakes bij de RIAGG.

Is het samenwerken geprotocoliseerd?

Dora: Het samen werken is geen absolute must, maar geeft wel veiligheid en zekerheid. Je kan zodoende gezamenlijk reflecteren over je ervaringen. Omdat het project nog de 'pilot'-status heeft, is het financieel mogelijk. Het is nog maar de vraag of een zorgverzekeraar het gezamenlijk werken zou vergoeden bij een reguliere status.

Aanpak

Hoe ziet jullie aanpak eruit?

Wij spreken met de jonge patiënten over de effecten van verslaving. Ook proberen wij hen inzicht te geven in hun problematiek. We vragen wat de redenen van hun gedrag zijn, of waar zij het blowen voor nodig hebben. De kinderen komen er dan achter dat er naast het blowen ook andere problemen zijn. Bijvoorbeeld problemen in het gezin. Doordat wij niet rechtstreeks aan de school verbonden zijn, vertrouwen de leerlingen ons snel.

We zien vijf leerlingen op een ochtend. Je moet voor een leerling geen uur uittrekken, dan wordt het te belastend, daar hebben ze geen zin in. Bij ongeveer de helft van de kinderen leggen we ook huisbezoeken af.

Casuïstiek: Borderline en Multiprobleem

Kees: De laatste keer dat wij op de poli waren stond de eerste patiënt, D., al 20 minuten voor de deur. D. is uit huis geplaatst en woont in een gezinsvervangend tehuis. Zijn vader is crimineel. Zijn moeder heeft een borderline persoonlijkheidsstoornis en drinkt veel alcohol. Vader en moeder zijn gescheiden. De nieuwe partner van de moeder slaat de kinderen. D. probeert zijn zusje te beschermen. Hij is door zijn mentor naar ons verwezen.

Bij een ander meisje hebben Dora en Kees zeer sterk het vermoeden dat zij de problematiek verzint. Onduidelijk is waarom zij dit doet. Ze spreekt vaak niet de waarheid. Zo vertelde zij dat zij door een bendelid was verkracht. Daarna werd de dader hierom door de benedeider gestraft, door het afhakken van diens pink.

Dora: Een aantal jongeren lijkt kandidaat voor een Borderline Persoonlijkheidsstoornis. Zij krassen, vertonen risicovol gedrag, zijn agressief of gewetenloos. Wij vragen ons dan af of de DSM IV TR criteria voor persoonlijkheidsstoornissen niet verruimd zouden moeten worden, zodat je ook Borderline Persoonlijkheidsstoornis kunt diagnosticeren voor het 18e levensjaar.

Hoe houden jullie puberaal gedrag en pathologie uit elkaar?

Dora: Met het eerder besproken meisje zijn bijvoorbeeld geen afspraken te maken. Zij zegt niet te blowen, maar urine-controles bevestigen het tegendeel. Anderen krijgen bijvoorbeeld hyperventilatieaanvallen of paniekaanvallen, in de klas. Dit zie je allemaal niet bij een gewone puber. Gewone pubers zoeken grenzen op. Deze jongeren gaan er zwaar overheen.

Ouders

Dora: Ouders zijn vaak ten einde raad. Zij nemen regelmatig initiatief voor contact. Ze zijn blij dat iemand zonder oordeel naar ze luistert. Je probeert samen met de ouders de problematiek van het kind in het grotere geheel te bezien. Niet alle ouders zijn even gemakkelijk te benaderen. Sommigen lijken zich niet verantwoordelijk te voelen voor het gedrag van hun kind op school. Zij vinden dan dat de school dit moet uitzoeken. Dit is behoorlijk frustrerend. Het geeft wel aan waar de problemen mede vandaan komen.

Docenten

Heb je het idee dat jullie aanwezigheid ertoe leidt dat docenten problemen niet meer zelf aanpakken maar naar jullie doorschuiven?

Dora: De drempel naar de verslavingszorg is weliswaar verkleind. Maar dit leidt volgens ons niet tot een meer afzijdige houding van de docenten. Wij geven juist voorlichting aan docenten opdat zij problemen eerder kunnen signaleren en er beter mee om kunnen gaan. Bijvoorbeeld zodat zij in plaats van een bestraffende houding meer een invoegende houding aannemen. Ook leren de docenten dat de problematiek vaak het hele systeem van een leerling betreft, dat het vaak niet alleen om puberaal gedrag gaat. De docenten zijn blij dat we er zijn. Zij vinden het plezierig bij ons hun verhaal kwijt te kunnen.

Wat inspireert Dora en Kees, wat vinden ze moeilijk?

Dora is geïnteresseerd in de problematiek van de jeugd. Kees vindt het boeiend om steeds de puzzel weer op te lossen. Het gaat om totale zorg, niet alleen om de kinderen op school, maar ook om de ouders of andere instellingen. Dora zou nooit op een chronische afdeling willen werken: *De hectiek doet een groot beroep op mijn vaardigheden als SPV. Ik moet al mijn kennis en kunde gebruiken om een probleem te verhelderen en om een goede behandeling te geven. Het gaat om crisishulpverlening, gesprekstechnieken, systeemtherapie, consultatie, diagnostiek, deskundigheidsbevordering en heel veel invoegen.*

Het moeilijkste vinden Dora en Kees dat er te weinig back-up is vanuit de organisatie. *Geen back-up leidt tot frustratie, omdat we niet altijd snel genoeg kunnen handelen.*

Samenvattend

Bij Dora van Erkel en Kees Bouman komen jongeren met verslavingszorg op de poli van het Albeda College. Zij kunnen de jongeren, hun systeem maar ook de docenten effectief helpen en ondersteunen op basis van hun expertise op verslavingsgebied. Helaas is de organisatie waar zij voor werken niet optimaal toegerust voor hulp aan jongeren. Hierom zoeken zij regelmatig de samenwerking met andere instanties, zoals de Riagg's. De jongeren die bij hen komen, hebben vaak te kampen met zware problematiek. De verwachting is dat een aantal van hen een fors persoonlijkheidsprobleem zullen ontwikkelen, voor zover dit nog niet gebeurd is. Zowel Dora als Kees hebben ondanks de zware problematiek veel plezier in hun werk. Zonder dit plezier zou het niet gaan.