
UIT DEN LANDE

Foundation Congress of Horatio - European Psychiatric Nurse - 22/23 maart 2007 Arnhem

Gert Jan Wiersma, SPV en werkzaam bij Altrecht te Woerden en docent Differentiatie Psychiatrie HRO-Rotterdam

Op 23 maart bezocht ik het Foundation Congress of Horatio in de verwachting werkervaringen te kunnen delen met collega's uit Europa. Op dit congres waren ook collega's uit Canada, Australië en Hongkong aanwezig. Mijn interesse voor Europa is ontstaan naar aanleiding van bezoeken aan enkele psychiatrische centra in Frankrijk, Roemenië en Portugal en binnen de Hogeschool Rotterdam vanuit contacten met collega's uit België, Denemarken en Spanje.

Ik heb mij er de afgelopen jaren over verbaasd dat, met name in Frankrijk en Duitsland, er voor verpleegkundigen alleen zogenaamde niveau vier opleidingen bestaan die nog sterk verbonden zijn met de klinische verpleegkundige opleidingsstructuur. A en B.

Enkele indrukken wil ik met mijn SPV collega's delen.

Verpleegkundig Specialist Amar Voogt ging in de workshops de discussie aan over het dragen van eigen verantwoordelijkheid van verpleegkundig specialisten in de uitvoering van hun werk. De Nursing Specialist opleidingen en de Masters opleidingen in de GGZ bieden voor de Nederlandse situatie mogelijkheden om op een verantwoorde wijze als therapeut naast de psychiater, psycholoog en andere vaktherapeuten te staan in de uitvoering van het werk, aldus Voogt. Een Engelse verpleegkundige gaf aan als Master Nursing Practitioner een afdeling met chronisch psychiatrische patiënten te runnen en daar de eindverantwoordelijkheid voor te dragen. Wanneer het nodig is, kan daarbij gebruik worden gemaakt van specialistische expertise.

Vanuit de 'Community Mental Health Nurse' in Canadawerd aangegeven dat hier sprake is van een autonome praktijkvoering in samenwerking met andere vaktherapeuten en specialisten.

Voor de Nederlandse praktijk zijn we nog niet zover dat de SPV of Verpleegkundige Specialist of Master GGZ al de status hebben van zelfstandig werkend vaktherapeut. De praktijk leert dat we veel zelfstandig doen doch dat we nog steeds in een verlengde arm constructie ons werk zullen moeten blijven doen. De workshop over de geschiedenis van de GGZ leert dat het ontstaan van de verpleegkundige opleidingen in diverse landen parallel verloopt. Er werd naar mijn indruk te veel stilgestaan bij de verhalende geschiedenis en te weinig bij maatschappelijke ontwikkelingen die deze processen beïnvloeden. Wellicht kan de geschiedenis ons leren wat maakt dat ontwikkelingen in de vormgeving van verpleegkundige opleidingen in diverse landen zo verschillend kan verlopen.

In de algemene presentatie kwamen voorbeelden naar voren van samenwerking tussen collega's uit Litouwen en Nederland bij de behandeling van eetstoornissen, waarmee werd betoogd wat 'succesvolle' samenwerking in Europees verband tot gevolg kan hebben ondanks de taalbarrières.

Er werd uit Finland lesmateriaal op CD Rom getoond waarin psychiatrische ziektebeelden werden verhelderd door beelden waarin een psychose of een depressie door een patiënt werd ervaren en door hen van commentaar werd voorzien.

De dagvoorzitter Martin Ward riep de aanwezigen op om het volgend Europees congres in Malta (november 2008) te bezoeken, en benadrukte dat binnen de Europese Unie er gestreefd wordt naar wetgeving die het werk en de opleiding van psychiatisch verpleegkundigen zal beïnvloeden.

Conclusie

Vaststaat dat in Europees verband de opleidingsstructuur ook voor Verpleegkundigen gericht zijn op de Bachelor-Master structuur, dat er meer naar competenties zal worden gekeken en opleidingsvormen die daar op aansluiten. De gezondheidszorg is een behoudende sector en we zien dat uitwisseling van werknemers binnen de E.U. is uitgesloten. Er wordt een uitzondering voor gezondheidswerkers gemaakt. Het streven naar een eenwording in de opleidingsstructuur in de opleiding van verpleegkundigen zal internationale uitwisseling beter mogelijk maken.

In Duitsland zal ik in oktober een lezing houden om de ontwikkeling van een bachelor opleiding en een opleiding gericht op de sociaal psychiatische verpleegkunde te ondersteunen.

FACT centraal in Almeer Ambulanter II

Verslag van het symposium Almeer Ambulanter, gehouden op het terrein van GGZ Noord-Holland-Noord (GGZ NHN) te Heiloo op 9 mei 2007

Peter Braem

Inleiding

Het symposium Almeer Ambulanter II is het vervolg op het verleden jaar gehouden symposium Almeer Ambulanter. Het programma werd samengesteld door GGZ NHN en Mension medical refresher. Voorzitter van dit geslaagde symposium was de bevrogen Remmers van Veldhuizen, psychiater en Directeur Zorgontwikkeling GGZ NHN. Veel aandacht was er voor *Functie Assertive Community Treatment* (FACT), een mix van casemanagement en *Assertive Community Treatment* (ACT). Met deze methodiek weet men in Noord-Holland een grote caseload te koppelen aan goede kwaliteit van zorg. De wijkteams van GGZ NHN claimen alle langdurig zorgafhankelijke patiënten in hun regio in behandeling te hebben.

Programma

GGZ NHN te Heiloo is gevestigd in een prachtig oud katholiek klooster. Wij werden ontvangen in de kapel (een groot rond kerkgebouw met hoge glas-in-lood vensters) waar wij badges, programma's en koffie met Noord Hollands krentenbrood kregen. Een goed begin. Stands van Bristol-Myers Squibb, AstraZeneca, Janssen-Cilag en Lilly waren opgesteld en zorgden voor pennen, blocnotes en diverse andere altijd weer leuke gadgets.

In de ochtend en voormiddag waren workshops geprogrammeerd. In de resterende tijd traden er vijf sprekers aan: *Jaap van Weeghel*, beleidsadviseur, onder andere verbonden aan het Trimbos Instituut, **Jane Pril**, ervaringsdeskundige en verbonden aan de regionale cliënten organisatie De Hoofdzaak te Alkmaar. **Giel Hutschemaekers**, directeur Gelderse Roos, Instituut voor professionalisering, Wolfheze. **Niels Mulder**, psychiater Bavo Europoort, Erasmus Universiteit Rotterdam, **Agnes Kant**, kamerlid voor de Socialistische Partij.

Er waren 11 workshops waarvan men er drie kon kiezen. Het grootste deel van de workshops was georganiseerd door de collegae van GGZ NHN.

Mijn keuze was gevallen op de volgende workshops:

1. *Van intramurale naar extramurale zorg en behandeling.*
2. *Implementatie Richtlijnen.*
3. *FACT wijkteams in de praktijk: van Noord-Holland naar het land.*

Van intramurale naar extramurale zorg en behandeling

De workshop werd geleid door Maikel van Tilburg, Teamleider Crisiszorg Volwassenen Lovendijk. (GGZ De Dijk). In deze workshop werd de nadruk gelegd op de vraag of er competentieverschillen zijn tussen de collegae die intramuraal en die ambulante werken. De deelnemers werden uitgenodigd om te debatteren met een panel van hulpverleners die intramuraal werken. Prikkelende stellingen leidde de discussie in: *'de crisisafdeling moet een cliënt kunnen weigeren bij de indruk dat de ambulante collegae niet voldoende hebben gedaan om de problematiek het hoofd te bieden'*, of *'klinische hulpverleners zijn controleurs, zij zeggen wat de cliënt moet doen'* tegenover *'ambulante hulpverleners zijn zwevers die teveel aan de cliënt overlaten'*.

De conclusie was dat de scheiding tussen ambulante en klinische kunstmatig is. Geconstateerd werd dat de competenties gelijk zijn maar in een andere omgeving ingezet moeten worden (namelijk klinisch of ambulante). Voor beide partijen geldt dat de patiënt centraal moet staan waarbij diens gevoel van veiligheid dient te worden gewaarborgd. In dit kader was het interessant om te vernemen dat bij Lentis (Groningen) de hulpverleners van het Transmurale Team enkele dagen klinisch en enkele dagen ambulante werken. Op deze manier blijken zij zich expliciet te identificeren met het inhoudelijke werk in plaats van met de afdeling. Dit team draait sinds drie jaar en er blijkt grote bereidheid te zijn om op deze manier te werken.

Implementatie Richtlijnen

Deze workshop werd geleid door Verpleegkundig Specialist Saskia van Duin, Ellie Apperloo, Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige i.o., en Paula Bruin, verpleegkundige. Aan de hand van een interactieve oefening werd de deelnemers gevraagd een standpunt in te nemen over richtlijnen. Dit standpunt diende letterlijk ingenomen te worden door in het zaaltje op een plaats te gaan staan op een denkbeeldige lijn tussen JA en NEE, bijvoorbeeld over de stelling: *'richtlijnen perken het professioneel handelen in'*. Al heen en weer schuifelend tussen de twee tegenovergestelde polen ontspan er zich een gesprek over richtlijnen en Evidence Based Practice (EBP). Door deze oefening werd duidelijk dat richtlijnen en evidence-based hulpverlening niet bij iedereen bekend zijn en dat er bovendien vooroordelen over bestaan. Het belangrijkste vooroordeel bleek dat richtlijnen het professionele handelen zouden inperken.

Hierna werd enige theorie omtrent richtlijnen uiteen gezet. Richtlijnen zijn voorschriften gebaseerd op klinische wetenschap, onderzoek en of consensus onder professionals. Zij zijn bedoeld als aanwijzing hoe te handelen in bepaalde gevallen. Richtlijnen dienen helder, toegankelijk en aantrekkelijk van vorm te zijn, zodat professionals er ook daadwerkelijk mee uit de voeten kunnen. EBP is niet alleen een protocol wat dwingend wordt voorgeschreven, maar een afweging tussen kennis, ervaring en de wens van de patiënt.

FACT wijkteams in de praktijk: van Noord-Holland naar het land

Deze workshop werd geleid door Remmers van Veldhuizen, psychiater, Anja Reilman Verpleegkundig Specialist en Wouter Teer, beleidspsychiater GGZ NHN. In deze workshop werd uitgelegd wat FACT inhoudt. FACT is een mix van casemanagement en ACT, waardoor het mogelijk wordt een veel grotere caseload te houden dan de gebruikelijke kleine caseload bij het ACT model.

Een caseload van een ACT team met tien fulltime equivalent (fte) bestaat uit 100 patiënten. Een caseload van een vergelijkbaar FACT team kan 220 tot 250 patiënten hebben. Het bijzondere van de FACT model is dat 80% van de patiënten deel uitmaakt van een individuele caseload en de overige 20% onder de zorg van het hele team valt. Indien een patiënt van de individuele caseload (80%) in crisis geraakt wordt diens naam op een bord geschreven. Het heet dan dat de patiënt *op het bord staat* en plotseling onder verantwoording van het hele team valt. Ongeveer 70% van alle patiënten komt ooit op het bord terecht. Een andere belangrijke eigenschap van een FACT team is dat het multidisciplinair is. Zodoende kan de volledige zorg door het FACT team geleverd worden en hoeft er niet steeds naar anderen verwezen te worden. In Noord Holland is men bijzonder verheugd over deze methodiek en zijn de hulpverleners ervan overtuigd dat de kwaliteit van zorg is verbeterd. Anja Reilman legde uit hoe zij FACT geïmplementeerd had in een aantal teams. Zij deed dit voornamelijk *on the spot*, door deel te nemen aan teamvergaderingen en met de collegae mee op pad te gaan.

Een bedreiging wordt gevormd door de aankomende veranderingen van wetgeving en financiering. Reeds nu of anders in de nabije toekomst zal men rekening moeten houden met de Wet Ziekte Verzekering (WZV), Diagnose Behandel Combinaties (DBC's), Wet Maatschappelijke Opvang (WMO) en Openbare Geestelijke Gezondheids Zorg (OGGZ), wat versnippering van de financiering tot gevolg zal hebben.

De sprekers

De workshops en de werkelijkheid

Jaap van Weeghel

Jaap van Weeghel sprak over de vermaatschappelijking van de zorg en het aandeel dat maatschappelijke organisaties hierin moeten leveren. De spreker startte met de presentatie van de zeven C's, eisen die aan de hulpverlening worden gesteld: care, cure, crisis, client*knowhow*, community, controle en check. De opgave van de hulpverlening is om deze zeven oncombineerbare eisen toch te combineren. Bij vermaatschappelijking, zo betoogde Jaap van Weeghel, dienen drie partijen elkaar te vinden. Dit zijn allereerst de cliënt, de GGZ en andere maatschappelijke organisaties. Deze samenwerking dient te leiden tot een compleet ondersteuningsaanbod in de samenleving. Deze samenwerking wordt gehinderd door versnippering van bijvoorbeeld financiële voorzieningen en wetgeving, slechte toegankelijkheid van diverse voorzieningen en sociale afwijzing van de cliënt vanuit de maatschappij. Jaap van Weeghel gaf aan dat er beperkingen zijn aan het GGZ aandeel. Bijvoorbeeld door lacunes in de kennis. Veel hulpverleners zijn ervan overtuigd dat zinvolle dagbesteding goed is voor een patiënt, echter niemand weet waarom dit goed is. Hiervoor is nog geen wetenschappelijke verklaring. Een andere beperking wordt gevormd doordat de GGZ afhankelijk is van wat andere organisaties willen bieden. Verder zijn niet alle patiënten gediend van *professionele* hulp vanwege stigmatisatie.

Het laatste gedeelte van deze lezing betrof het aandeel van maatschappelijke organisaties. Hoe moeten de krachten van alle partijen gebundeld worden? Het *Maatschappelijk Steun Systeem* (MSS) zou hierin een grote rol moeten spelen, waarvan ACT en FACT het professionele hart moeten zijn. De valkuilen van een MSS zijn de kans op weer een extra vergadercircuit en het ontbreken van verbinding met de dagelijkse zorg. 'Wat doe je hieraan' vraagt Jaap van Weeghel zich af. Bijvoorbeeld door een Werktafel Maatschappelijke Participatie te creëren. Aan een dergelijke werktafel zouden steeds wisselende, benodigde instanties kunnen worden uitgenodigd plaats te nemen, zoals de Sociale Dienst, het UWV, ervaringsdeskundigen, Regionale Opleidings Centra (ROC's), familie of Algemeen Maatschappelijk Werk.

Wat willen cliënten?

Jane Pril

Na de grote hoeveelheid informatie van de vorige spreker was de rust die Jane Pril in haar voordracht bracht een verademing. *'Wat willen cliënten'*, luidde de centrale vraag van de spreker. *'De zorg die ze vragen'*, was hierop het eenvoudige, maar betekenisvolle antwoord. Jane Pril was zelf cliënt van de GGZ en zij spreekt daarom vanuit ervaring en met gezag. Zij weet wat het is om patiënt te zijn. *"Ik was het stuur over mijn leven kwijt, ik was mijn zelfvertrouwen volledig verloren"*, aldus Jane Pril. Zij sprak over de weg van het herstel en wat haar hierbij heeft geholpen. Het ging hierbij om haar strijdvaardigheid en het op enig moment kunnen accepteren van haar ziekte. Van belang was ook dat een professionele hulpverlener haar wist te overtuigen van het feit dat zij, ondanks haar stoornis, nog vele kwaliteiten bezat. De peilers van het herstel zijn hoop, keuzemogelijkheden, zelfbeschikking en het kunnen zien en ervaren van de eigen kracht. Jane Pril vertelt ook wat ze niet nodig had: *'oplossingen met een permanent karakter en slechts op die momenten zorg als het slecht gaat'*. Permanente oplossingen zijn niet zinvol omdat de situatie voortdurend verandert. Alleen zorg als het slecht gaat, mist zijn doel, omdat juist als het beter gaat je ontvankelijk bent voor steun.

Hoe inclusief moet zorg zijn I.

Giel Hutschemaekers

In zijn voordracht gaf Giel Hutschemaekers niet alleen de betrekkelijkheid van professionele hulpverlening weer, sterker nog, hij liet ons stil staan bij de negatieve kanten ervan. De beste voorspeller voor een chronische depressie bijvoorbeeld, is de hoeveelheid zorg die een patiënt ontvangt. Zorg als ziekmaker dus. Niet alleen maakt professionele zorg rechtstreeks ziek, ook indirect is er een negatief effect. Er zijn steeds meer mensen die van de GGZ gebruik maken en de behandelingen duren steeds langer. Het gevolg hiervan is dat de zorg steeds duurder wordt. Een ander effect van onze huidige professionele hulpverlening is dat steeds minder anderen, zoals huisartsen, mensen met psychische klachten helpen. Daar is immers de GGZ voor. Bovendien claimt de GGZ het beste te kunnen behandelen waardoor de eerste lijn zich next best voelt. Dit stimuleert niet tot enthousiast behandelen, maar tot vlotte doorverwijzing. In een tijd waarin vermaatschappelijking een speerpunt is zie je juist dat de maatschappij zich terugtrekt. Er gaan zelfs weer stemmen op om de oude verblijfsafdelingen weer in het leven te roepen. Hutschemaekers ging zover om FACT in een duivelse spiraal, zoals hij het noemde, te plaatsen: hoe meer initiatieven FACT neemt, hoe minder anderen doen, hoe meer FACT moet doen enzovoort.

Hoe inclusief moet zorg zijn II.

Niels Mulder

Een tegenovergesteld geluid kwam van Niels Mulder. In zijn voordracht reageerde Niels Mulder op de vorige spreker, en verweet deze appels met peren te vergelijken. Patiënten met enkelvoudige problematiek kunnen niet over een kam geschoren worden met de *multi problem* patiënten van de FACT en ACT teams. Voor deze chronische problematiek is er helaas nog geen adequate remedie. De patiënten hebben te kampen met sociaal isolement en gebrek aan werk of dagbesteding. Niels Mulder pleitte voor een inclusief model Integrale Hulp. Belangrijk hierbij is het om de ketenpartners, zoals sociale diensten, woningbouwverenigingen etc., te wijzen op hun verantwoordelijkheid. Niels Mulder pleitte tevens voor *Direct Housing* (eerst wonen, dan zorg) en *Individual Placement and Support* (begeleiding en ondersteuning bij vinden en houden van werk). Na deze voordracht werden Chiel Hutschemaekers en Niels Mulder uitgenodigd met elkaar in debat te gaan aan de hand van de stellingen *'patiënten hebben ernstige handicaps en hebben inclusieve zorg nodig'* en *'kale zorg leidt tot*

grote problemen, kale zorg is halve zorg'. Er ontspoon zich een debat wat inhoudelijk niet veel opleverde, behalve wat verbaal vuurwerk. Chiel Hutschemaekers betoog was gericht op de gehele GGZ, dat van Niels Mulder op de doelgroep cliënten met chronische complexe problematiek.

Psychiatrische zorg aan huis en marktwerking

Agnes Kant

"De markt heeft geen verstand van de GGZ", aldus de spreekster. De SP is voor het laagdrempelig aanbieden van zorg in de wijk middels wijkcentra. Agnes Kant gaf in haar redevoering voornamelijk aan waar de Socialistische Partij tegen is: Marktwerking gaat samenwerking tegen. De marktwerking draagt bij aan de versnippering van de zorg en wordt er niet goedkoper van. Productiegericht werken is niet wenselijk. De bureaucratie is gelijk aan georganiseerd wantrouwen. De SP is tegen het Centrale Indicatie Orgaan en tegen de DBC's. Marktwerking en solidariteit gaan niet samen. Zij besloot haar redevoering met het motto: in de zorg maakt marktwerking meer kapot dan je lief is. Agnes Kant kreeg hiermee de handen op elkaar.

Tot slot

De vragen die ik bij aanvang had zijn beantwoord.

Mijn eerste vraag was, *'Zijn er verschillen tussen ambulante werken bij ons of in Noord-Holland'*. De situatie in Noord-Holland is anders. In Noord-Holland lukt het een FACT team om alle Langdurig Zorg Afhankelijke patiënten in een bepaalde wijk of regio in behandeling te nemen. In een grootschalige regio als Zuid-Holland met Rotterdam en Den-Haag is dit naar mijn idee niet mogelijk. FACT lijkt mij meer een product voor minder grootstedelijke gebieden. In de Randstad, waar je meer langdurig zorgafhankelijke patiënten hebt, zullen ACT-teams effectiever zijn. Alle patiënten moeten immers op het bord.

Mijn tweede vraag luidde *'in hoeverre wordt er gebruik gemaakt van Evidence Based Practice'*. Het EBP-denken lijkt nationaal zijn intrede gedaan te hebben. Bij de FACT-teams wordt gebruik gemaakt van de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie en dit heeft tot betere behandelresultaten geleid.

Tenslotte: *'hoe is de samenwerking tussen de klinische en ambulante settings in GGZ NHV'*. De samenwerking kan worden verbeterd. Het bleek dat naast de behoefte van de patiënt, de werksetting bepalend blijkt voor het behandelperspectief. Dat dit anders kan bewijst het Lentis project in Groningen.

Een bijzonder geslaagd symposium wat mij betreft. De workshops werden op interactieve wijze vorm gegeven, de sprekers waren interessant. Ook het weer hielp een handje mee: de lunch werd genoten in de warmte van de voorjaarszon op het grasveld voor de kapel. Het symposium werd goed bezocht, ik schat tussen de 200 en 300 deelnemers. Collegae waren vanuit het hele land gekomen. Remmers van Velthuizen wist zijn enthousiasme op de symposiumbezoekers over te brengen, hetgeen bijdroeg aan een goede sfeer. Twee kleine punten van kritiek wil ik echter toch noemen. Het eerste betreft de powerpoint presentaties die ik zag. Deze waren, op een uitzondering na, fantasieloos en met grote lappen tekst. Hierdoor moest je lezen en luisteren tegelijk, wat niet altijd goed lukt. Bij een workshop werd een complete Word file op de muur geprojecteerd, wat toch een knullige indruk maakt. Het andere punt betreft het ontbreken van *hand-outs* bij de workshops. Jammer, als je nog eens de presentaties wilt doornemen. Maar goed, een en ander werd ruimschoots gecompenseerd door de kwaliteit van diverse workshops en het prachtige cadeau op het eind: het mooie boek *Almaar Ambulanter II*, dat bij het verlaten van het symposium tegen inlevering van badge en evaluatieformulier in ontvangst kon worden genomen.