

IEDER CONTACT IS EEN KANS



Een ervaringsboek over
psychiatrische interventie thuis

Cor Neleman



Psychiatrische interventie thuis 2013 Parnassia groep

Guber, Gulsen, Dave, Nathali, Jacqueline, Ernst Jan, Homa , Carla, Harry, Linda, Claudia, Cora, Carmen, Diene, Jessica, Petra, Willy, Katja, Ellen, Cor, Veronique, Julliette, Nicolette, Chantal, Gerard, Brigitte, Lenny, Jan, Petra, Francis, Hin, Aram, Hilde, Corry en Jose .

Ieder contact is een kans

Cor Neleman

23 januari 2013

Uitgeverij U2pi BV, Voorburg
ISBN: 978-90-8759-338-4
NUR: 875
N:

©2012 C.L. Neleman

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

All rights reserved. No part of this book may be reproduced, stored in a database or retrieval system, or published, in any form or in any way, electronically, mechanically, by print, photo print, microfilm or any other means without prior written permission from the publisher.

Inhoudsopgave

Dankwoord	xiii
Ten geleide	xv
Verantwoording	xix
1 Dagelijks leven	1
1.1 Eenzaamheid	6
1.2 Tijd	7
1.3 Interculturele aspecten van de PIT	8
1.4 Informatie	11
1.5 Verwachting	13
1.5.1 Een ervaring	14
1.5.2 Geloven of weten.	15
1.6 Psychiatrische zorg aan huis kwantificeren.	15
1.6.1 Basisbehoeften	16
1.7 Voorspelbaarheid.	17
1.7.1 Op de werkvloer	18
1.7.2 Status Quo	19
1.7.3 Opnieuw, informatie.	21
1.8 Gebruik maken van het moment van contact.	21
1.9 Praktisch gericht werken	23
1.9.1 Opnieuw, tijd	25
1.9.2 Geografische oriëntatie	26
1.9.3 De voorspellende waarde van risicotaxatie	27

2	Psychiatrische zorg aan huis in de praktijk.	29
2.1	Het contact, het bezoek, het gesprek.	29
2.1.1	Vorm.	29
2.1.2	Inhoud	31
2.1.3	Plaats	34
2.1.4	Motiverende gespreksvoering.	35
	De eerste fase, Voorstadium	38
	De tweede fase, Overwegen	40
	De derde fase, Beslissing en voorbereiden	40
	De vierde fase, Actie, geen woorden maar daden, gewoon dus op zijn Rotterdams	41
	De vijfde fase, Volhouden of terugval	42
	De zesde fase, Afronden	42
2.2	Van presentie methode naar Generalistisch werken.	44
2.2.1	De presentie methode	45
2.2.2	Generalistisch werken	50
	Een uitstapje	51
2.2.3	Wat heb je nodig om als generalist te kunnen werken in de PIT?	52
	Met je KOP aan het werk in de PIT	56
	Netwerk	57
	Flexibel zijn	57
	Gestructureerd werken	58
	Motiverende gesprekken	59
	Jezelf zijn	60
2.2.4	Afronding Generalistisch werken	60
3	Specifieke werkterreinen	61
3.1	Het individu of het gezin	61
3.2	Ouderen en mantelzorgers	73
3.2.1	De ouder wordende psychiatrische patiënt	74
3.2.2	De maatschappelijke context van het ouder worden	74
3.2.3	Indeling en werkwijze	76
	'Social break down' ten gevolgen van het ouder worden	76
	Angstig, passieve en afhankelijke ouder ten gevolgen van het ouder worden	79

	De oudere (chronisch) psychiatrische patiënt met risico van decompensatie	82
	Ruzie maker ten gevolge van het ouder worden en /of	85
	Niet aangeboren hersenletsel, organisch psychosyndroom ten gevolge van het ouder worden en/of	87
	Verzamelaars, uitvinders, kluizenaars en zwervers ten gevolge van ouder worden en / of . . .	89
3.3	Afsluiting bijzondere werkterreinen ouderen en mantelzorgers.	91
3.4	Patiënten met een verstandelijke handicap en gedragsstoornissen	92
3.4.1	Kinderen en adolescenten	94
3.4.2	Volwassenen en ouderen	99
	Eén, de patiënt werd verzorgd door de ouders totdat dat niet meer ging.	99
	Twee, de patiënt die in het circuit bekend is.	102
	Drie, de oudere, minder begaafde, patiënt die zich niet meer staande kan houden.	103
4	Elke patiënt is een individu	105
4.1	Nederland is meer dan capucijners met stroop	109
4.2	Kinderen	112
4.2.1	Indeling en werkwijze	112
	Autisme	113
	ADHD	117
	Depressie (stemmingsstoornissen)	125
	Gedragsstoornis	131
4.3	Adolescenten	142
4.3.1	Indeling en werkwijze	146
	ADHD, ADD, ODD, CD	146
	Depressie bij adolescentie.	151
	Autisme in de adolescentie.	154
	Asperger, een relatie apart in de PIT.	155
	Eerste psychose, schizofrene ontwikkeling en midde- lengebruik bij adolescentie.	160

	Verstoorde persoonlijkheidsontwikkeling in de adolescentie	168
4.4	Volwassenen	176
4.4.1	Indeling en werkwijze	176
	Psychose , schizofrenie, schizotypische en andere beelden met psychose.	181
	Depressie en stemmingsstoornissen	191
	Depressie	194
	Bipolaire stoornis	207
	Persoonlijkheids Problematiek	211
4.5	Ouderen	222
4.5.1	Indeling en werkwijze	223
	Achterdocht, psychose en schizofrenie, afwijzen van zorg	228
	Delier, lichamelijke problemen en of overmaat aan medicatie en of alcoholgebruik.	230
	(Pseudo) dementieel beeld, PTSS, depressie en of psychose	240
	Ouder(en) mishandeling	242
	De toekomst van de zorg voor ouderen in de PIT	245
4.6	Dubbeldiagnose	246
5	Speciale gereedschappen	253
5.1	Normaliseren	254
5.2	Competentie versterken	257
5.3	Grip op de dag	260
5.3.1	Het programma in de praktijk.	263
5.3.2	Werkblad	264
5.4	Backwards thinking en planning	267
5.5	Crisisinterventies	270
5.6	Medicatiebegeleiding	271
5.6.1	Wie mag wat wel of niet doen.	271
5.7	Stervensbegeleiding	273
6	Conclusie	275

7 Slot	279
7.1 Over de auteur	279
7.2 Van de redacteur	281
A De DOSA-regisseur	289
B Stroomschema / vragenlijst patiënt-intake	291
C Methodiek vroege voortekenen psychose	293
D De PES structuur	297
D.1 PES	297
D.1.1 Rapportage	298
RUMBA	298
E Blankenstijn's verhaalopbouw	301
F Grip op de dag	303
F.1 Cluster indeling	303
F.2 FOR4 bij gezinsgesprek.	308
F.3 Oefen logboek.	308
G Register	313
G.1 Instellingen en organen	313
G.2 Gebruikte afkortingen	314

Lijst van figuren

1.1	De algerijn in zijn omgeving	3
1.2	De duiveneieren	5
2.1	Het gesprek schematisch	30
2.2	Werk van Hans.	35
2.3	De cirkel van het het gesprek	39
4.1	Een gat in de deur	139
4.2	Een inmiddels befaamde man trekt met zijn zelfgemaakt “treintje” door de stad.	182
4.3	En dit was nog niet de ergste	185
4.4	De trap van Depressie naar Wanen en Hallucinaties	204
5.1	Evenwicht tussen stressoren en vaardigheden.	257
5.2	Backwards planning.	269

Dankwoord

Dit boek is niet vanzelf bedacht en geschreven. Het is het resultaat van de samenwerking tussen vele mensen.

Dank aan mijn lieve vrouw Gerda en mijn zoon Paul voor de tijd en gelegenheid die zij mij hebben gegeven om deze uitdaging aan te gaan. Ik dank ook de directe Parnassia collega's van de PIT, de acute dienst en Indigo die hebben meegelezen en mij met hun talrijke adviezen hebben bijgestaan.

Mijn waardering gaat uit naar vrienden bij collega instellingen, studenten en patiënten, de uitgever, Cor Hoffer en Bram Van Heusden voor hun bijdragen en hun inzet.

Het Medium internet en de computer zijn belangrijke hulpmiddelen geworden. Ze hebben aanzienlijk bijgedragen aan een efficiënte werkwijze.

Er is een boek ontstaan waarin ik, als ik de casussen lees en herlees, weer mee wordt genomen in een tijd die mij opnieuw uithoudingsvermogen en inzet geeft.

Ik hoop dat ook U door het lezen van dit boek kracht vindt en dat u na het lezen ervan een ervaring rijker bent.

Cor Neleman, januari 2013

Ten geleide

Waarom Psychiatrische Interventie Thuis

Zorg en behandeling laten zich nooit zomaar regisseren. Observeren, beoordelen, mensen, kinderen en gezinnen ondersteunen zijn al lang niet meer het exclusieve terrein van -gogen, psychologen en psychiaters.

Psychiatrisch verpleegkundigen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen of anders opgeleiden hebben in de psychiatrische zorg aan huis soms een korte, maar vaker een langere, periode intensief contact met patiënten. Zij begeleiden hen niet alleen bij hun dagelijkse bezigheden maar ze zijn ook een onderdeel van hun behandeling.

Bij het werken in een individueel of een gezins-systeem, zoals bij Psychiatrische Interventie Thuis, komen alle facetten van de DSM(I-V), de menselijke interactie, de privé situatie van de cliënt, het begeleiden en behandelen van die patiënt in al haar vormen, naar voren.

Leeswijzer

Aan de hand van de praktijk van het dagelijks leven van dag tot dag dat ik heb meegemaakt met patiënten en collega's vanuit verschillende invalshoeken beschrijf ik in dit boek de psychiatrische zorg aan huis zoals die geboden werd, en nog steeds wordt, door (ooit) de PT, de Psychiatrische Thuiszorg, en de SPITS, de Substituerende Psychiatrische Intensieve Thuiszorg, en nu door de organisatie die uiteindelijk door het leven gaat met de afkorting 'PIT', Psychiatrische Interventie Thuis.

Dit boek pretendeert niet het zoveelste wetenschappelijk onderzoek te zijn dat ergens bewijs voor moet genereren en het is evenmin zo'n

leerboek dat hopelijk beduimd, en vaak zelfs dat niet, verstofft raakt op een boekenplank van iemand die ervaren heeft dat boekenwijsheid bijna nooit een antwoord geeft op de vragen uit de rauwe realiteit.

Het is ook geen functionele blauwdruk van de PIT zorg, maar een beschrijving van mijn persoonlijke ervaringen met de menselijkheid en vooral met het vakmanschap van een ieder die betrokken is bij deze vorm van hulpverlening.

Het bevat een onderbouwing vanuit de praktijk, ingebed in een bredere context. Een echt 'Cor' boek wordt het genoemd waarin kwaliteiten maar ook zwakkere punten aan het licht worden gebracht. Die punten komen in hun functionaliteit in de PIT begeleiding en behandeling aan patiënten naar voren.

Als je met een patiënt bezig bent gaat niet alles perfect en zul je ook minder effectieve stappen zetten samen met die patient. Laten zien hoe je onvolmaaktheden goed kunt uitbuiten ben ik, al beschrijvend, gaan herkennen. Ik ga in op het samenwerken met collega's van ACT, FACT, IMR, acute dienst en andere verwijzers en behandelaren. De hierin belangrijke samenwerking is, waar mogelijk, in een bredere, sociaal-maatschappelijke, context beschreven.

Nieuwe werkvormen zoals ACT, IHT, FACT, wijkgericht werken, bemoeizorg, het concept Buurtzorg, WMO en maatschappelijk verantwoord ondernemen worden alle benoemd.

De veranderingen op dit gebied gaan echter zo snel dat ze bij de opmaak van dit boek nog niet goed uitgewerkt konden worden.

Praktijk

De praktijk is complex. De (acute)psychiatrie waarin PIT zorg wordt ingezet is niet altijd in DSM(I-V) termen te vatten.

Dit boek gaat vooral over het plezier maar ook over het verdriet dat ik, samen met mijn collega's, nog steeds ervaar in dit moeilijke en uitdagende werk. Het beschrijft dan ook een achtbaan van het diepste wat je menselijkerwijs kunt bedenken als iemand zich het leven wil nemen tot de meest bizarre gedachten-kronkel waarom je samen met een patiënt van harte kunt lachen.

Bob Marley sprak in zijn liedjes vaak over mensen, over hun zorgen,

over hun pijn en hun liefde voor elkaar en stelde dat de mensen die de wereld slechter willen maken geen dag vrij nemen. Dat heb ik geweten.

Ik heb het gezien en ik zie het nog steeds in mijn loopbaan, kijkend naar mensen die in aanraking komen met psychiatrie, of nog simpeler, naar wat patiënten daar allemaal meemaken.

Voor wie is dit boek bedoeld

Voor wie geïnteresseerd is in de inzet van PIT en de gevolgen daarvan voor de patiënt en de ontwikkeling van deze vorm van hulpverlening is dit boek een aanrader. Het zoekt ook een antwoord op de vraag naar de maatschappelijke waarde van PIT in zijn huidige vorm.

Het boek is ingedeeld in zeven hoofdstukken met een voor zichzelf sprekende titel. De behandelde onderwerpen zijn, waar nodig, voorzien van verwijzingen naar de literatuur die eraan ten grondslag ligt en ze zijn vooral veelvuldig voorzien van casusbeschrijvingen uit de, weerbarstige, realiteit.

Deze praktijkvoorbeelden laten een proces van teloorgang en herstel zien dat in samenhang met psychiatrie onmiskenbaar naar voren komt. Ze laten uiteraard ook zien wat er, ook na afloop van de PIT interventie(s), aan hulpverlening is gedaan in de thuissituatie van de beschreven personen.

Het beeld dat ik wil weergeven is het beeld vanuit mijn, vanuit ons, vak. Een vak waarin je intensief contact hebt met je patiënt en waarin je alle kansen benut omdat die patiënt dat waard is. Dat beeld laat de gezamenlijke inspanning zien van behandelaar, begeleider en patiënt om het leven van die patiënt weer op orde te krijgen.

Cor Neleman, 2013

Verantwoording

Bescherming van de persoonlijkheidsfeer

In de praktijkbeschrijvingen zijn alle namen van patiënten veranderd.

Er is met grote zorgvuldigheid voor gezorgd dat omschrijvingen van situaties zo zijn aangepast dat zij niet op personen te herleiden zijn.

Beeldrechten

De auteur en de redacteur hebben er hun uiterste best voor gedaan om alle rechthebbenden van het gebruikte beeldmateriaal te achterhalen. Mocht u niettemin bezwaar willen maken tegen het gebruik, wilt u dan contact opnemen met de auteur?

Hoofdstuk 1

Dagelijks leven

Het dagelijks leven is voor mij bepalend bij de psychiatrische zorg aan huis. Het wordt gestructureerd door moment, tijd en locatie. Met deze constatering werd ik laatst nadrukkelijk geconfronteerd toen ik ambulance broeders hielp een man te stabiliseren die op zijn brommer was aangereden door een automobilist. Dat lukte maar net door de inzet van omstanders en van het ambulancepersoneel. Let wel; nog slechts 20 minuten geleden was deze man nog gewoon op weg naar zijn vrouw en dochter, maar doordat dat een automobilist op het verkeerde moment zat te telefoneren zonder verder op of om te zien was daar opeens een klap en véél ellende. Het volgende moment bevond de man zich op het randje van de dood.

Wat heeft dit nu met psychiatrie te maken zou je je kunnen afvragen. Voor mij alles. Het waarom is in ieder geval één van de vragen waarop ik in mijn werk een antwoord probeer te vinden.

De praktijk van de dag betekende daags daarop dat we een patiënt, wiens woning ik samen met de politie betrad, in (diabetische) coma aantreffen. Opnieuw een moment dat de één als een lot uit de loterij ervaart terwijl een ander je vervloekt omdat je bent gekomen.

Ook gebeurt het soms dat een patiënt opbelt omdat hij of zij het leven niet meer ziet zitten en aangeeft daarom een grote hoeveelheid medicatie te hebben ingenomen. Het is op zo'n moment zelfs de vraag of die roep om hulp nog op tijd komt.

In het dagelijks leven van deze moderne tijd met zijn supersnelle manier van communiceren is het juist het besef van tijd en het inzicht in het

vaststellen van prioriteit voor belangrijke dingen waar patiënten met een psychiatrische achtergrond vastlopen. Deze veronderstelling is gebaseerd op praktische ervaringen en niet op één of ander groot wetenschappelijk onderzoek.

Fjodor Dostojevski Noteert in *'De gebroeders Karamazow'* [Dostojevski, 1880] maar ook in *'De idioot'* [Dostojevski, 1869] zijn gedachten over, tijd, over het psychisch lijden en over het contact met andere mensen. Ook het menselijke van het psychisch lijden komt in al zijn uitersten naar voren. Het boek beschrijft naast deze observaties ook het omgaan met het lijden, de hoop op iets beters en de verstoringen van het contact die hiermee gepaard gaan. Een citaat: *'Ik denk dat het kwaad niet bestond, maar dat de mens het heeft gecreëerd naar zijn eigen beeld en gelijkenis.'*

Het leven in de barre Russische tijd rond 1850 is met de huidige Nederlandse situatie niet te vergelijken. Je kunt je echter wel verplaatsen in de wereld van nu zoals die tot uiting komt bij een patiënt thuis. Je voelt dan de pijn en het verdriet van de ernstige depressie en of psychose. Over psychisch lijden schrijft hij later in de openingsmonoloog van *'De ondergrondse'*: *'De mens zal nooit afstand doen van het echte lijden, dat wil zeggen, van verwoesting en chaos. Lijden, dat is immers de enige oorzaak van het bewustzijn.'*

Praktijk *Terwijl ik dit schrijf herinner ik me een eerste huisbezoek, op verzoek van de acute dienst, aan een oudere patiënt uit Algerije. Hij had de naoorlogse Franse tijd daar meegemaakt, was gemarteld en had gevangen gezeten, kortom een mens die veel had meegemaakt. Hij was psychotisch maar ook ernstig verstoord, een bijna narcistische persoonlijkheid met heel veel achterdocht en overschatting van ideeën.*



Figuur 1.1: De algerijn in zijn omgeving

Ik zie hem nog voor me, met zijn te grote broek, vastgemaakt met een riem om zijn middel, de gepoetste kapotte schoenen, het colbert en overhemd inclusief gestrikte das. Onder zijn linker arm altijd een pak papier met al zijn aantekeningen. Hij leefde in een braakpand op de bovenste verdieping. Het was nog in de tijd dat de simpele opdracht vanuit de acute dienst was: ‘Zorg er voor dat patiënt Semap inneemt’ en er automatisch een vervolg traject kwam.

De wereld van deze patiënt draaide om duiven. Duiven die hij verzorgde en waarmee hij leefde in zijn zolderkamer vol nestjes met eitjes. Zijn verdere kleding was een hoop vuiligheid, eten en drinken waren ver te zoeken en de wc stond op instorten. De acute dienst had de patiënt op kantoor gezien en kende dat stuk achtergrond en de thuissituatie niet. De opdracht was, naast het traject en de Semap dan ook, ‘Ga kijken of hulp haalbaar is en wat voor hulp precies er verder nodig is’.

Er was geen geld en er was geen uitkering. Samen met cliënt ben ik naar de imam gegaan van de moskee waar hij geregeld kwam voor eten, drinken en kleding. Met de SoZaWe en gemeente heb ik de eerste contacten gelegd om cliënt ingeschreven te krijgen. Alles bijeen een hoop werk dat later overgenomen is door het toen pas opgerichte ACT team op onze locatie.



Figuur 1.2: De duiveneieren

Waarom deze schets? Dat is de verbazing over zijn wereld met al die nare beelden, martelingen uit het verleden, het doden van mensen, mensen gedood zien worden, achtervolgingswaan, uitzichtloosheid, zelfdestructie tegenover zijn gerichtheid op leven, de eieren van zijn duiven, zijn wisselend geloof in iets beters. De enorme tegenstrijdigheid rond leven en dood, zijn vriendelijkheid, omslaand in angst en boosheid.

Herman Bode, een vakbondsman in hart en nieren, kende deze patiënt in zijn betere jaren. Hij vertelde hoe hij altijd voor anderen klaarstond, meedeed aan discussies in het oude westen, maar ook, hoe hij het contact met die wereld heeft verloren in de loop der jaren. Herman Bode sprak zijn verbazing uit over hoe iemand zich op de rand van realiteit nog staande hield.

Dit praktijkvoorbeeld zegt mij niet noodzakelijk dat een dergelijke situatie een onvermijdelijke oorzaak is waarom mensen de kans lopen om psychisch ziek te worden. Het is wel zo dat als we kijken naar de dagelijkse praktijk waarin de snelheid van leven zoals dat zich tegenwoordig afspeelt

in de dagelijkse activiteiten van de moderne mens, maar ook naar wat hij aan verleden¹ met zich meesleept, die hem beide in toenemende mate benemen van zijn overtuiging van de zin van het leven, maar ook van de kans om aan dat leven deel te nemen.

1.1 Eenzaamheid

Kracht en mogelijkheden lijken afgesneden als je kijkt naar de levensgeschiedenis van patiënten. Eenzaamheid is hier het sleutelwoord. Een woord dat naar mijn mening veel te sterk wordt gebagatelliseerd. Het dagelijks leven is voor menig patiënt een enorme berg waar hij of zij tegenaan kijkt. Grip krijgen op het dagelijks leven is van een veel groter belang is dan welk pilletje dan ook, en daarmee ook een essentieel onderdeel van PIT zorg.

Eenzaamheid of je eenzaam voelen, komt veel voor. Een op de drie Nederlanders voelt zich regelmatig of zelfs heel vaak eenzaam.² Eenzaamheid is niet hetzelfde als alleen zijn. Je kunt alleen zijn en je toch prettig voelen. Niettemin kun je je eenzaam voelen terwijl er andere mensen in je buurt zijn.

Psychiatrische thuiszorg kan hier heel veel in betekenen. Eenzaamheid kan alleen verdreven worden door zelf of samen met anderen iets te ondernemen. Helaas is het niet alleen een kwestie van je jas aantrekken en even ergens je eenzaamheid proberen kwijt te raken. Allerlei gevoelens kunnen je ervan weerhouden in beweging te komen: Angst, Depressiviteit, Gebrek aan zelfvertrouwen, Futloosheid, Boosheid, Gebrek aan zelfkennis.

Deze opsomming geeft aan dat je met iets simpels als eenzaamheid, een woord dat niet in DSM(I-V) termen te vangen is, wel degelijk een vast geankerd onderdeel te pakken hebt van waar je aan werkt in de setting van de psychiatrische interventie thuis. Dat je wel degelijk met psychiatrische beelden bezig bent. Maar ook dat je binnen de thuissituatie treedt en kortstondig een eeuwige vriendschap sluit in de interactie met de patiënt, hoe paradoxaal dat ook moge klinken. Het betekent, tenslotte, nabijheid met de nodige distantie. Over die distantie later meer.

¹Genetisch maar vooral ervaringen

²Bron: Trimbos instituut

Eén van de aspecten van een eerste bezoek bij een cliënt thuis dat ik vaak tegenkom is het idee bij patiënten of familieleden dat het alleen hen overkomt. Uitleggen, uiteraard op een gepast moment, dat zij niet de enigen zijn en dat mogelijk een deur verder iemand even erg of zelfs erger in de problemen zit kan als eye-opener werken maar ook de reactie opleveren: '... het is mooi dat je dit zegt maar help ons effe dat alles weer normaal wordt'. Niettemin is het aangeven van het feit dat het geen onbekende situatie is, met als onderliggende boodschap 'we hebben anderen ook weer op de been gekregen', een gezichtspunt dat soms de grote wanhoop en teleurstelling kan temperen.

Psychiatrische patiënten zijn wils-bekwaam totdat het tegendeel is vastgesteld zegt de WGBO. Er zijn veel schokkende thuissituaties te bedenken waar dat ter discussie staat, of in ieder geval zou moeten staan, maar daar gaat dit boek niet over. Toch maken we als hulpverlener in het dagelijks leven mee dat mensen zulke vreemde dingen doen dat je je afvraagt hoe gek een patiënt moet gaan doen voordat je bij wijze van realiteitstoetsing zijn wilsbekwaamheid ter discussie stelt.

Het dagelijks leven betekent in dit verband ook dat je in een gezin kunt komen waar de patiënt tot patiënt is gedoopt, maar waar je als hulpverlener aan alles voelt dat andere gezinsleden of betrokkenen op zijn minst even ziek of zelfs veel zieker zijn. Dat je in die situatie(s) juist werkt in strakke strategieën en je beperkt tot je opdracht heeft voor mij gewerkt en mij vaak geholpen bij het maken van keuzes. Omgekeerd heeft juist ook de helicopterview, alleen de aanpak van het hele systeem, het gezin, mij bij mijn werk ondersteund.

1.2 Tijd

Gebruik maken van de dagelijkse gang van zaken is een goed hulpmiddel. Gebruik maken van collega's, teamleider(s) en acute dienst om samen hardop na te kunnen denken hoe een en ander aan te pakken is een belangrijke strategie om een complexe situatie te hanteren.

Tijd is daar een belangrijke factor. Tijd is nodig om medicatie te laten (in)werken.

Tijd is nodig omdat een patiënt de kans moet krijgen zich iets eigen te maken, al was het maar het besef dat de gemaakte stappen door hem

zelf gezet zijn.

Tijd is ook het probleem waarmee de cliënt zich geconfronteerd ziet. In zijn (of haar) perceptie komt het gevoel naar voren dat hij (of zij) dit, de crisis, de ziekte, de handicap, niet kan gebruiken want het leven gaat onontkoombaar verder, immers: 'ik heb een zaak, ik heb een man en 2 kinderen en daar moet ik voor zorgen'.

Tijd is echter ook de tijdsdruk in de praktijk van de dag die mij snel leerde dat die mee kan werken om een patiënt te motiveren zelf iets aan zijn situatie te doen, maar die anderzijds tegen je werkt als de tijd letterlijk op is. Tijdloos kijken en uitproberen of iets werkt als hulpverlening kan dan zinvol zijn.

Een hulpmiddel om het op een andere manier te doen als tijd een belangrijke factor is heet 'backwards thinking' of 'backwards planning'. Ziektekostenverzekeraars, met hun overmatige aandacht voor kosten en baten en hun drive naar generalistisch werken, maken dat in mijn werking de tijd die we zorg kunnen bieden in een paar jaar verkort is van 1 jaar naar 3 maanden. Dit is een trend die ook bij collega instellingen te zien is.

'Backwards thinking of planning' is op zijn Hollands gezegd en kort door de bocht: achteruit plannen. Het betekent dat vanaf een vooraf afgesproken moment in de toekomst, van moment naar moment, een inventarisatie ontstaat van wie wat doet en waarom. Daardoor ontstaat een toetsbare en voorspelbare situatie. Daarover later meer.

Het dagelijks leven is voor menigeen zo vanzelfsprekend dat als een hulpverlener zijn leefwereld binnen stapt hij verwacht dat die hulpverlener helderziend, en daardoor van alles op de hoogte is. Gedeeltelijk heeft die patiënt daar gelijk in, want als je, eenmaal thuis of op je werkplek, een toets van de computer indrukt en de patiënt is jou bekend dan rollen alle relevante gegevens uit zijn EPD van de printer.

1.3 Interculturele aspecten van de PIT

In het Rijnmond brede werkgebied van de PIT zijn de transculturele aspecten van zorg en behandeling ruimschoots aanwezig. In de, overwegend, oude buurten zijn vele nationaliteiten en cultuurachtergronden aanwezig.

Het is steeds weer de vraag wat je het beste kunt doen in een patiënt- of

gezinssituatie als er van deze aspecten sprake is. Je kunt het terugbrengen tot de keuze:

- Er specifiek aandacht aan besteden.
- Het meenemen in een allesomvattende benadering.

De Parnassia groep kiest voor het laatste als interculturalisatiebeleid. Dat houdt in dat we niet kiezen voor een specifieke, categoriale, benadering van allochtone Nederlanders maar voor een integrale benadering. Wij gaan er dus van uit dat iedere hulpverlener, ongeacht diens culturele en religieuze achtergrond, iedere patiënt, ongeacht diens culturele achtergronden, moet kunnen benaderen en behandelen. Merkwaardig is echter wel dat de Parnassia groep ook IPsy in zijn gelederen heeft, een categoriale instelling bij uitstek!

Dit beleid geeft wel aan dat we als (PIT) hulpverleners een open attitude dienen te hebben en daar komen we op een moeilijk terrein want juist daaraan schort het nog wel eens hetgeen vooral aan de opleiding(en) te wijten is.

In de opleidingen en studieprogramma's wordt weinig of geen aandacht besteed aan het feit dat zowel patiënten als hulpverleners ook de producten van hun culturen en religies zijn, zo stelt Cor Hoffer. In gesprekken met hem werd duidelijk dat hulpverleners hun eigen cultuur, die voor hen immers altijd vanzelfsprekend is, als uitgangspunt nemen bij de bejegening van hun patiënten.

Daardoor is ook de biomedische benadering, bijvoorbeeld de DSM classificatie, zonder dat dit overigens altijd zichtbaar is, deels cultureel bepaald. Een voorbeeld van dat laatste: Een psychose is in wezen universeel maar de manier waarop mensen die beleven en trachten te laten wegnemen kan, en zal vaak ook, cultureel bepaald zijn. In de DSM classificatie is voor dit soort aspecten weinig aandacht.

Ik ondersteun en onderschrijf de gedachte dat we 'concern' breed, maar ook buiten onze instelling middels nascholing proberen hulpverleners meer cultureel sensitief te maken, ofwel; hen te leren open te staan voor het verschil in ziekte-beleving en hulp-zoek gedrag zoals zij die in hun opleiding hebben geleerd versus de visie daarop en de beleving ervan van hun patiënten.

Ieder contact is een kans

COR NELEMAN

'Ieder contact is een kans' Geeft een kijk op Psychiatrische Interventie Thuis, kortweg: PIT. Omgaan met patiënten met psychiatrische problematiek in hun thuissituatie is een vak apart, met name het samenwerken met de patiënt in zijn thuissituatie waarbij die patiënt zo zelfstandig mogelijk blijft functioneren.

Gesprekken voeren en patiënten begeleiden zijn voor de PIT verpleegkundige, de sociaal psychiatrische verpleegkundige en de ambulante begeleider de dagelijkse bezigheid. Het is van deze professionals een kernactiviteit.

In 'Ieder contact is een kans' komen veel facetten van de DSM-IV en van de menselijke interactie in de privé situatie van patiënten aan de orde. Het is geen wetenschappelijk werk en het is evenmin een groot literair werk, of een allesomvattend leerboek waarin uitgelegd wordt hoe en wat je in welke situatie precies moet doen.

'Ieder contact is een kans' is een praktijkboek, recht uit het hart geschreven, waarin de onderbouwing is ingebed in een breder kader. Er zitten hints en tips in, maar ook en vooral de persoonlijke ervaringen van de schrijver, van collega's en van patiënten die tesamen zijn opgeschreven met alle daarbij behorende ups en downs. Het gaat over mensen die zijn vastgelopen in de thuissituatie waarbij acute interventie van de psychiatrie een belangrijke invloed en rol heeft op hun dagelijks leven.

Cor Neleman beschrijft openhartig en uitdagend zijn dagelijkse ervaringen.

Niet alles gaat perfect, ook de zwakke en minder gemakkelijke situaties worden eerlijk beschreven.

Wat er beschreven staat is ook praktisch bruikbaar. Het gaat dan om mogelijkheden die patiënten op weg kunnen helpen om een groter gevoel van vertrouwen te krijgen in anderen en vooral in zichzelf, of gewoon hulp om door een periode van crisis heen te komen.

Door de beschreven casuïstiek wordt een maatschappelijke klimaat weergegeven waarin de positie van de PIT verduidelijkt wordt. Kanttekeningen en voorwaarden bij de PIT formule worden aangegeven met speciale aandacht voor de samenwerking met behandelaren, collega's in acute diensten, woonbegeleiding, thuiszorg en andere maatschappelijke organisaties. Het boek geeft aanknopingspunten om een stapje verder te komen naar een beter begrip en naar een efficiënter gebruik van PIT.

'Ieder contact is een kans' is een eigentijds boek waarin de auteur terugkijkt op 12½ jaar PIT in het Rijnmondse binnen de Parnassia groep. De beschreven casuïstiek is voor iedereen toegankelijk. Het Boek is bedoeld om een informatief kader te schetsen van de rol van PIT. Het richt zich op een breed lezerspubliek van hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg en in aanverwante maatschappelijke dienstverlening. Daarnaast is het boek bedoeld als aanzet en inspiratie voor studenten in de (geestelijke) gezondheidszorg.

ISBN 978-90-8759-338-4

NUR 875