

De ondernemende sociotherapeut
(een poging tot methodiekontwikkeling).

Sociotherapie in de psychiatrie is al sinds enige decennia bron van studie (Jongerius, 1963). In deze bijdrage haken we in op recente ontwikkelingen in een T.B.S.-kliniek (Dr. S. van Mesdagkliniek). De term 'ondernemen' drukt een actieve opstelling uit, ten aanzien van de doelstelling. De term 'medewerken' is afgestemd op een samenwerkingsrelatie, die niet primair als doel heeft een actieve, initiatief-rijke benadering. Om deze reden wordt voor het sociotherapeutisch werken op een psychose-afdeling gekozen voor de omschrijving sociotherapeutisch ondernemen. Dit ondernemerschap kenmerkt zich door een coördinerende taakopvatting die gericht is op het opstarten, het onderhouden en het continueren van zorg met als doel een zodanige aanpassing van de persoonlijke make-up van de patiënt, waardoor delictgevaarlijkheid op middellange termijn (4 à 5 jaar) beneden beheersbaar niveau blijft. De sociotherapeutische collega is dus in principe een case-manager.

Coördinatie van zorgtaken die van positieve invloed op de psychische toestand van de patiënt kunnen zijn, is derhalve een belangrijke leidraad van zijn taakinhoud.

Het opstarten van de zorg voor een patiënt behelst het mogelijk maken dat de patiënt zich kan innestelen in de afdeling. De patiënt moet voldoende begeleid worden door adequate informatie over de ins en outs van de afdelingsregels, -normen en -waarden. Dat daarbij een welwillende, maar stimulerende invloed van de hulpverlener voor nodig is, moge duidelijk zijn. Het tot stand komen van een werkre-latie dient aldus de allereerste doelstelling te zijn van het zogenaamde zorgcoördinatorschap (Willems, 1990).

De zorgcoördinator (een juistere term in plaats van case-manager) is die sociotherapeut, die enerzijds voldoende afweet van de achtergrond van de patiënt, maar anderzijds niet rechtstreeks in een overdracht-tegenoverdrachtsproces betrokken is met de patiënt. Consequentie hiervan is derhalve, dat de vaste begeleid(st)er niet tegelijkertijd zorgcoördinator kan zijn van zijn/haar pupil. In wezen is het afdelingshoofd de zorgcoördinator in engere zin voor alle patiënten van de afdeling. Hij delegeert in feite zijn coördinatorschap telkens aan één van de collega's, de fungerende zorgcoördinator. Deze vormt samen met de vaste begeleider en de patiënt een zorgtrio.

Dit trio is dus verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken met betrekking tot 1) verzorging, 2) bejegening en 3) beveiliging in het hier-en-nu.

Wat verzorging betreft dient het trio een dagelijkse planning te hebben: bijvoorbeeld, hoe laat staat de patiënt op, wat te doen als het in de praktijk zo is dat de patiënt niet zelf kan opstaan. Welke interventies zijn ervoor nodig om aldus het zorgschema van alledag te behappen met elkaar. Deze interventies vormen tezamen - onderscheiden van de grote lijn van de behandeling, bijvoorbeeld medicatie en/of psychotherapie - het werkveld van het thema bejegening. De sociotherapie is dus een onderneming waarbij zorg en bejegening met en door de individuele patiënt dient te worden vorm gegeven.

De bejegening staat niet los van de momentane inschatting van veiligheid of gevaarlijkheid van de patient.

In feite komt het erop neer dat de sociotherapeutische ondernemer

regelmatig door zijn interventies, zoals contact leggen, bijvoorbeeld door visueel benaderen of tactiele signalen (het geven van een schouderklop) kan inschatten wat er op dat ogenblik met de patiënt aan de hand is. Hoe gespannen of hoe ontspannen is de patiënt? Is deze psychomotorische toestand te begrijpen vanuit het hier-en-nu? Welke actie dient er ondernomen te worden om bijvoorbeeld escalatie van dreiging te voorkomen, of aanwakkeren van initiatief te bewerkstelligen?

Het continu aansluiten van vraag van de verpleegde op het aanbod van de sociotherapeut.

Vanuit de ogen van de T.B.S.-verpleegde zijn er globaal de volgende stappen:

1. Hij is zich bewust van een probleem.
2. Gevolg hiervan is een gebrek of tekort, met de wens of noodzaak hier iets aan te doen.
3. Hij stelt vast dat hij dit gebrek niet zelf kan verhelpen: hij heeft een zorgbehoefte.
4. Hij zoekt hulp (bij medeverpleegde of sociotherapeut).
5. Vervolgens stelt hij aan deze persoon een vraag (direct of indirect; duidelijk of vaag).
6. Op verzoek van de hulpverlener geeft hij informatie over zijn vraag.
7. Op grond van die informatie en de beoordeling van de hulpverlener krijgt hij wel of niet toegang tot het aanbod (wordt zijn vraag wel of niet beantwoord of erkend).
8. Zijn geaccepteerde vraag wordt wel of niet omgezet in een aanbod.
9. Hij krijgt vervolgens de aangeboden hulp wel of niet geleverd.
10. Hij probeert erop toe te zien dat de geboden hulp geleverd blijft (hij "bewaakt" het aanbod).
11. Hij beoordeelt de geboden hulp naar de directe uitwerking ervan (helpt de hulp of heeft ze geholpen).

Samenvattend doorloopt de T.B.S.-verpleegde diverse stappen op het continuüm van vraag en aanbod:

- constateren van probleem en tekort
- hebben van een zorgbehoefte
- ervaren van noodzaak van hulp
- zoeken naar hulp en/of steun
- formuleren van een zorgvraag
- vinden van hulp
- krijgen van hulp
- handhaven van hulp
- beoordelen van hulp.

In de praktijk van alledag lijken bovengenoemde stappen wat sterker aangezet of zelfs overtrokken. Toch zal de verpleegde vaak tijdens dit proces van herkenning, vastlegging, communicatie en coördinatie van zorgbehoefte en zorgverlening in bepaalde fases blijven steken. Bijvoorbeeld: Je hebt het probleem of tekort te laat opgemerkt of verwaarloosd; je kon geen hulp krijgen, je hebt onvolledige informatie gegeven, er is verkeerde hulp geboden, je merkt dat het niet helpt.

Dit proces omvat dus een voortdurend bezig zijn met het nemen van beslissingen en het vaststellen van situaties. Normaliter coördineert een ieder als het ware zijn eigen zorg. Maar in omstandigheden

den zoals die op de afdeling, moeten onze verpleegden altijd kunnen rekenen op hulp bij het ingeschakelde proces van vraag naar aanbod.

Het continuüm van vraag en aanbod, bekeken vanuit de sociotherapie.

De sociotherapeut wenst zich soms een ideale verpleegde, degene die slechts vragen stelt die passen op zijn aanbod, op wat hij als sociotherapeut heeft te bieden. Op deze wijze kan hij gerust dat doen wat hij graag wil doen, namelijk hulpverlenen.

In de praktijk valt het niet mee, wanneer gezegd wordt dat zorgverleners eigenlijk meer moeten kijken naar de werkelijke behoeften van de verpleegde. Te extreem leidt dit namelijk tot een vorm van nihilisme. Een slager kan tenslotte niet leven van klanten die slechts brood bij hem willen kopen. Belangrijk is derhalve dat de sociotherapeut kijkt of binnenkomende vragen wel of niet op zijn aanbod passen. Behalve ervoor zorgen dat de vragen bij hem binnenkomen kan hij de vragen ook opsporen, bijvoorbeeld door zelf op de verpleegde aan te sturen.

Welke stappen zijn daarvoor nodig?

1. Hij spoort die vraag op die op zijn aanbod past.
2. Hij verduidelijkt de vraag door het doórvragen met de bedoeling meer informatie te krijgen.
3. Hij selecteert de vraag.
4. Hij biedt wel of geen toegang tot het aanbod.
5. Hij stelt het aanbod vast.
6. Hij geeft feitelijk toegang tot het aanbod.
7. Hij levert de aangeboden hulp (of zorgt ervoor dat die wordt geleverd).
8. Hij bewaakt de aangeboden hulp en stelt bij.
9. Hij evalueert de geboden hulp.
10. Hij sluit de hulp af.

Ook hier weer is het duidelijk dat veel van bovengenoemde stappen reeds bekend zijn. Wat fout kan verlopen, geeft aanleiding tot onbegrip, irritatie, dysfunctioneren, kortom veel problemen. Enkele voorbeelden zijn onder meer de verkeerde vraag gesteld, niet goed doorgevraagd, verkeerd geselecteerd, verkeerd of onvoldoende aanbod vastgesteld, de aangeboden hulp niet geleverd.

Wat voor de verpleegde geldt, geldt dus ook voor de hulpverlener: ook hij heeft soms iemand nodig die hem helpt met het doorlopen van al die fases.

Complexe situaties bij verpleegden leiden niet zelden tot complexe toestanden bij de hulpverlener, en omgekeerd. Een hulpvraag is des te gecompliceerder naarmate het hulpaanbod moeilijker te plannen of te voorspellen is.

Bijvoorbeeld is het makkelijker om te gaan met iemand die ieder dag een vastgestelde tijdstip zijn bed uitkomt, dan met iemand bij wie zulks niet te voorspellen is.

Complexer wordt het hulpaanbod naarmate er meer hulpverleners bij de verpleegde betrokken zijn!

Het belang van beslismomenten teneinde het verkeer tussen verpleegde en sociotherapeut te stroomlijnen.

Op beide continua zijn er steeds momenten waarop beslissingen moeten worden genomen, zowel door de verpleegde, als door de sociotherapeut. Zij zijn in te delen in formele en informele. Bij

informele beslismomenten gaat het erom beslissingen te nemen op grond van een inschatting van wat in die ene situatie de voorkeur heeft. Deze inschatting is sterk subjectief gekleurd en hangt in belangrijke mate af van de persoon die op dat moment de inschatting maakt.

Formele momenten worden gekenmerkt door een objectivering van de situatie. Op grond van tevoren vastgestelde criteria wordt nagegaan of iemand voor bepaalde hulp in aanmerking komt of niet. Men krijgt formeel toegang tot het aanbod en kan daar aanspraak op maken. Of men de hulp ook werkelijk krijgt, is nog niet perse duidelijk. Enkele voorbeelden van belangrijke beslismomenten voor de verpleegde zijn bijvoorbeeld de volgende:

- Welk probleem breng ik als verpleegde in en welk niet (niet op ieder probleem hoeft tenslotte een oplossing te komen)?
- Welke vraag stel ik en welke niet?
- Bij wie zoek ik hulp en bij wie niet?
- Welke informatie geef ik wel en welke niet?
- Accepteer ik dat ik geen of onvoldoende toegang tot het aanbod krijg?
- Accepteer ik dat ik minder krijg dan waar ik recht op heb?
- Accepteer ik de verkeerde hulp, ook als die niet aan mijn verwachtingen voldoet?

Voor de sociotherapeut zijn belangrijke beslismomenten:

- Op welke vragen ga ik in en op welke niet (selectie van de vraag)?
- Waar heb ik meer informatie over nodig?
- Hoe kom ik daaraan?
- Bied ik wel of geen toegang tot het aanbod?
- Welk aanbod stel ik vast?
- Lever ik dat aanbod ook?
- Stel ik het aanbod bij als daar reden toe is?
- Wanneer en hoe sluit ik de hulp af?

Bij deze beslismomenten, zowel van de verpleegde, als van de sociotherapeut, heeft de zorgcoördinator een belangrijke rol. Als intermediair tussen verpleegde en sociotherapeut en tussen sociotherapeuten onderling (i.c. het afdelingshoofd), neemt hij positie in tussen vraag en aanbod. Maar telkens versterkt hij, waar dat nodig is, in de eerste plaats de positie van de hulpvrager ten opzichte van de hulpverlener, dat wil zeggen: hij helpt bij het nemen van de goede beslissingen door de verpleegde/hulpvrager. Daarmee beïnvloedt hij uiteraard ook de beslissing van de hulpverleners/sociotherapeuten. Dit gebeurt echter indirect, via de verpleegde.

Enkele taken van de zorgcoördinator.

De zorgcoördinator dient te zorgen voor:

1. Het goed inschatten van de zorgbehoeften van de verpleegde en het duidelijk vaststellen van de zorgvragen.
2. Het opstellen van een zorgplan.
3. Het aanbrengen van samenhang in het zorgplan.
4. Het bewaken van de uitvoering van het zorgplan.
5. Het evalueren van het zorgplan.

Het goed analyseren van wat de verpleegde behoeft is een belangrijke taak. Deze opgave impliceert, dat de zorgcoördinator zicht heeft op de diagnose, het psychopathologische toestandsbeeld en de lichamelijke gesteltonis van de verpleegde. Is de verpleegde acuut psychotisch of is er slechts sprake van een opwindingsstoestand?

Concreet betekent een en ander dat de zorgcoördinator de intermediair is tussen verpleegde en beleidspsychiater/psycholoog. De zorgvragen dienen dus in samenhang met en in samenspel tussen verpleegde en behandelaar te worden geformuleerd. De samenhang die aldus in het zorgplan tot uitdrukking komt, behelst een integratie tussen vraag en aanbod, een afstemming tussen de behoeften van de verpleegde en de mogelijkheden van de behandelaar. Dit zorgplan heeft derhalve de contouren van een samenwerkingsafspraken tussen verpleegde en behandelaar. Beiden dienen aan de eisen ervan te voldoen. De bewaking ervan is een taak van de zorgcoördinator waarbij tenslotte de evaluatie van dit zorgplan de kroon vormt van het uitvoeringssucces.

De praktijk van het begeeningsprogramma.

De belangrijkste momenten van een dergelijk programma zijn (Wolf, 1990):

1. Actie gerichte aanpak.
2. Netwerkbepaling.
3. Evenwichtige begeening.
4. Continuïteit van zorg.
5. Continuïteit van communicatie.

Actie gericht werken betekent in dit verband dat het erom gaat het functioneren van de verpleegden zodanig te beïnvloeden dat de controle op de eigen bestaansvoorwaarden wordt vergroot, de kwaliteit van hun bestaan toeneemt en hun autonomie wordt versterkt. Al handelend en uitproberend, met vallen en opstaan, zullen verpleegde en sociotherapeut tot overeenkomsten over een definitie van de situatie moeten komen. Het intensieve zoekproces met de verpleegde is de moeite en de tijd alleszins waard. Het resultaat is doorgaans, dat het zelfrespect van de verpleegde toeneemt, omdat zijn behoeften serieus worden genomen en zijn stem meetelt bij het bepalen van het aanbod, hetgeen het fundament betekent van het begrip 'begeleiden'. Uitkomst van de onderhandelingen moeten concrete en haalbare doelen zijn, die de verpleegden zodanig begrijpelijk moeten voorkomen, opdat ze weten waar ze ja tegen zeggen.

Een flexibele aanpassing van het aanbod aan veranderingen in de situatie van verpleegden is van belang. Het zijn de uiteenlopende wisselende problemen en behoeften van verpleegden die uiteindelijk bepalen welk aanbod op welke locatie in welke context wordt geboden. Een onderdeel van de onderhandelingen tussen verpleegde en zorgcoördinator is vast te stellen in welk tempo, in welke volgorde en op welke manier zal worden gewerkt aan de ontwikkeling of uitbreiding van de vaardigheden die de verpleegde daarbij nodig heeft om zich in het dagelijks leven staande te houden.

Bijvoorbeeld: maaltijden bereiden, schoonmaken, zorg voor de persoonlijke hygiëne, omgaan met anderen, structureren van de tijd, en het beheren van de financiën. De zorgcoördinator heeft daarbij een voorbeeldfunctie.

Interventies gericht op de stabiliteit of de verbetering van de psychische en lichamelijke toestand van de verpleegden zijn veelal belangrijke voorwaarden om te kunnen werken aan het verhogen van de kwaliteit van hun bestaan (zinnvolle dagbesteding, sociale contacten, e.d.). De verpleegden van de psychose-afdeling maken geen deel uit van maatschappelijke verbanden (werk, vereniging, e.d.) en

hebben doorgaans problematische relaties met verwanten en vrienden. Een zorgvuldige analyse van de omvang van het primair en sociale netwerk en van de kwaliteit van de onderlinge relaties is derhalve geboden (Oei, 1987). Welke eisen worden vanuit de omgeving (familie e.d.) aan het functioneren van de verpleegde gesteld? Veelal zijn deze relaties zodanig in hun initiatieven gefrustreerd, dat er nauwelijks zelden eenzekere ontmoedigingsreactie wordt gevonden bij de achterban. De contacten tussen zorgcoördinator en maatschappelijk werkende zijn daarom zo belangrijk opdat de afstemming van belangen vanuit de afdeling naar de familie toe en vice-versa zo naadloos als mogelijk kan plaatsvinden.

Psycho-educatie (Tabeling, 1992) kan een effectief instrument zijn in handen van de zorgcoördinator, waardoor ook de familie van de verpleegde weet waar ze aan toe is. Het individueel bejegenen van de verpleegde, het eenduidig communiceren met de verpleegde, en vooral serieus nemen van de gestelde hulpvragen dienen onder meer daar het onderwerp van te zijn. De specifieke vragen om duidelijkheid omtrent ziekte, medicatie en psychotherapie zijn daarentegen een zorg van de behandelaar (beleidspychiater/psycholoog). Verpleegden kunnen tussen twee vuren terecht komen, namelijk de drang van de achterban en de wensen van de afdeling, en daarop wederom met nieuwe symptomen reageren. Waar een netwerk ontbreekt, loont het de moeite samen met de verpleegde pogingen te ondernemen een (substituut-)netwerk te ontwikkelen en in stand te houden, omdat de verpleegde anders volledig afhankelijk is van slechts één of twee personen (namelijk de vaste begeleider en de zorgcoördinator). Kiezen voor een netwerkbenadering vraagt van werkenden zorgvuldig omgaan met de veelal botsende belangen van verpleegden, familieleden en betrokken hulpverleners.

Indien de zorgcoördinator het als het ware ook niet meer weet, ligt het voor de hand een en ander aan de multidisciplinaire vergadering van de afdeling voor te leggen. Een evenwichtige bejegening van de verpleegde vereist niet per definitie een frequent contact met hem.

De kwaliteit van zorg is vermoedelijk meer afhankelijk van de kwaliteit van de relatie en de communicatie tussen verpleegde en zorgcoördinator.

De zorgcoördinator heeft een overzicht van wat er plaatsvindt tussen verpleegde en vaste begeleider. Hij signaleert meer, dan wanneer hij intervenueert. Hij moedigt aan, waar er impasses verschijnen in de relatie tussen verpleegde en vaste begeleider. Hij analyseert het gedrag in plaats van te reflecteren op onbewuste motieven. Hij zorgt voor een wederkerigheid in de interactie tussen verpleegde en vaste begeleider. De zorgcoördinator is kortom zijn collega's naaste hoeder, waarbij steun primair blijft en doeltreffende correcties in gedrag niet kunnen worden gemist. Te gemakkelijk wordt aangenomen dat psychotici ongemotiveerd, moeilijk of 'therapie-resistent' zijn. Wat is er voor nodig om het vertrouwen van deze mensen te winnen en ze te engageren zich voor de verbetering van hun eigen situatie in te zetten? Behalve een portie geduld, zich ervoor inzetten dat een aanbod hen perspectief biedt en bovendien aansluit op hun behoeften en noden. Tevens is het zaak te trachten met hen steeds weer opnieuw te komen tot een gemeenschappelijke definitie van de situatie.

Hoe stel je je als hulpverlener op als de verpleegde geen prijs stelt op contact? Kan je ongevraagd af en toe langs om een oogje in de deur te gooien? Wacht je af? Of onderneem je iets met de

verpleegde? De inzet van de hulpverlener dient zoals met medicatie het geval is, gedoseerd te zijn (Van Marle, 1986). Naar gelang de behoefte van de verpleegde reikt, zal de hulpverlener alles in het werk stellen, teneinde de angst en de onzekerheid van de verpleegde zo optimaal mogelijk bewerkbaar te maken. Dit heeft doorgaans tot gevolg dat de vraag van de verpleegde aan duidelijkheid wint, zodat de behoefte van de hulpverlener om te helpen ook kan worden bevredigd. Daarmee wil niet altijd gezegd zijn, dat de hulpverlener actief dient te zijn. Soms is een stilzwijgend samenzijn met de verpleegde ook reeds een optimaal aansluiten van aanbod op hulpvraag. Het aansluiten derhalve van continuïteit van zorg vraagt om een teamaanpak. Men hoeft dus niet altijd de één op één relatie als model te gebruiken voor de opvang van de psychotische patiënt. In gevallen waar er ernstige agressieve uitvallen zijn te duchten, is het geboden het teammodel ter hand te nemen.

De nadruk valt in zo'n situatie op het continueren van een bepaalde hulpverlenersaanbod, dat slechts via een coherente, consistente en vooral cohesieve behandelteam kan worden gegarandeerd. De teamleden vormen aldus een sterke keten van bejegeningsoorzaken, die op een voorspelbare manier aan de verpleegde kan worden aangeboden gedurende de 24-uurs diensten. Nochtans dient men zich te realiseren, dat omdat de populatie psychotici zeer heterogeen is, een model dat bij de ene patiënt "effectief" is, dat bij de andere beslist niet hoeft te zijn. De communicatie en informatie over de problematiek van de verpleegde dient als sluitstuk van het bejegeningprogramma. Deze dient te zijn gebaseerd op de zorg voor het continu aansluiten van de diverse behandel disciplines, met betrekking tot behoeften en mogelijkheden. Zonder voldoende, juiste en actuele informatie, is het nauwelijks mogelijk het hulpaanbod van diverse hulpverleners op elkaar af te stemmen en te coördineren. Slordig omgaan met informatie zet een moeizaam opgebouwd netwerk onder druk en geeft aanleiding tot frustraties bij hulpvrager en hulpverleners. Tenslotte is het zo, dat de zorgcoördinator uiteraard niet alle bovengenoemde taken zelf uitvoert, maar er als het ware wel voor zorg draagt. Per slot van rekening moet er voor worden gewaakt dat er tussen verschillende disciplines een vervaging en nivellering van taken en werkwijzen optreedt. De zorgcoördinator is uiteindelijk verantwoordelijk verschuldigd aan het afdelingshoofd, wiens coördinerende taak het is dat alles op de afdeling verloopt volgens de voor ieder personeelslid toebedeelde taken (met de daarbij behorende bevoegdheden) en verantwoordelijkheden.

Samenvatting.

In dit artikel wordt een eerste aanzet beschreven van de rol van de sociotherapeut op een psychose-afdeling van een kliniek voor T.B.S.-gestelden. Het accent valt op de coördinerende taak van de sociotherapeut als budgethouder van integrale zorg voor de T.B.S.-verpleegde.

De relatie tussen hem, de vaste begeleider en de andere hulpverleners wordt nader genoemd.

Uiteindelijk is het afdelingshoofd de zorgcoördinator in engere zin.

Bovenstaande tekst diende als basis voor de bijscholingscursus zorg- en begeeringsmethodiek voor sociotherapeuten van de psychose-afdeling van de Dr. S. van Mesdagkliniek, met medewerking van J. v.d. Mark, fungerend afdelingshoofd.

Literatuur:

1. P.J. Jongerius: Sociotherapie in de psychiatrische kliniek. Een systematisch geïntegreerde toepassing. Assen, Van Gorcum, 1962.
2. H.J.C. van Marle: Psycho-analytische psychotherapie in de Dr. van Mesdagkliniek te Groningen, lezing voor de V.O.C.P., 1986.
3. T.I. Oei: Psychic coping behaviour and the role of social support. The Int. J. Social Psychiatry, 5, 1987.
4. J.G.F. Tabeling: Psycho-educatie: een doel op zich? MGV, 54, 1992.
5. D. Willems: De zorgcoördinator, functie apart of taak erbij. T.v. Sociale Sector, 11, 1990.
6. J.R.L.M. Wolf: Dode bekenden van de psychiatrie. Een onderzoek naar een sociaal-psychiatrische hulpverleningspraktijk. Proefschrift SWP, Utrecht, 1990.

Dr. S. van Mesdagkliniek,
Psychose-afdeling,

T.I. Oei,
februari 1992.

