

# Ambulantisering



In het vorige Nulnummer werd al uitleg gegeven over de diverse beleid veranderingen welke door de Arkin organisatie in hoog tempo worden doorgevoerd. Arkin is de naam van de koepelorganisatie ontstaan uit fusie tussen Jellinek, Mentrum en AMC de Meren. Het marketingbeleid heeft bewerkstelligt dat er een zogenaamde 'Core en Non-core' schifting heeft plaatsgevonden in zowel de psychiatrie als de verslavingszorg onderdelen van Arkin. Inmiddels is er flink gesneden in verschillende 'bedrijfsonderdelen' waarbij de verslavingszorg onevenredig 'gepakt' wordt. Afstoten van kliniek 'de Skuul' op Texel, de klinische nazorg en de (Jellinek) Herstelafdeling zijn bij elkaar zo'n 60 bedden. (zie Nulnummer 14) Recentelijk is bekend gemaakt dat ook het middelenrijke WoonTrainCentrum aan de Domselaerstraat twintig plaatsen moet inleveren.

Nu we dachten ná het fusiegebeuren en het 'Merkenbeleid', vervolgens de 'portfolio' discussies en het 'Core en Non-core' beleid het wel gehad te hebben dient zich alweer een nieuwe uitdaging aan, namelijk: 'Ambulantisering'. Voor mij, als niet-deelnemer in het psychiatrisch veld, was dit een vrij nieuw begrip. Wat moeten we hier nu weer mee aan? Bekeken vanuit het cliëntperspectief waar verslavingsproblematiek de boventoon voert.

*Voor een keer zal ik het hebben over iets wat voornamelijk de 'Psychiatrie' betreft. Maar het staat wel in verband met de Verslavingszorg. En aangezien tegenwoordig deze beide disciplines nogal door elkaar lopen is het voor de redactie van het Nulnummer zaak de vinger aan de pols te houden. We zouden moeten oppassen dat er niet teveel vermenging optreedt, maar hoe? Het lijkt er verdomd veel op dat dit niet (meer) tegen te houden is.*

*Niet als enige, maar bij deze dan voor mij als cliëntvertegenwoordiger uit de verslavingszorg (Jellinek, en tegenwoordig ook Mentrum) een niet geheel duidelijk te volgen en daardoor onbegrijpelijke ontwikkeling. De stem uit de 'ervaringswereld' wordt slechts terzijde gehoord.*

## **Wat is Ambulantisering en waar komt het vandaan?**

Misschien is het u ontgaan, maar sinds de jaren tachtig zijn veel chronische patiënten uit de grote psychiatrische instellingen in de bossen overgeplaatst naar woonvormen elders. Hierdoor, was het idee, zouden ze actiever gaan participeren in de samenleving. Terug in de geschiedenis zien we dat mensen die 'vreemd' gedrag vertoonden en zich niet aan konden passen aan de heersende

maatschappelijke normen, in een grote instelling ter verpleging werden opgenomen. Ver verwijderd van de bewoonde wereld, vaak alleen bereikbaar met de trein, dicht bij de bossen. Daar konden ze tot 'rust' komen en de samenleving werd behoed voor lastige en onaangepaste mensen. Zonder duidelijke behandelrichtlijnen, zonder therapie sessies maar voornamelijk met veel medicatie werd moeilijk of probleemgedrag onderdrukt of zelfs gestraft. Na de wederopbouw (1945) en door de economische groei in de vijftiger en zestiger jaren gaat de Overheid het steeds meer als haar taak zien om te waken voor het welzijn van de burger en start een actief beleid de sector te ondersteunen o.a. met subsidies. Uit de hoek van Gedragwetenschappen tonen psychologen en pedagogen aan dat menselijk gedrag is te veranderen en bij te sturen. Zo zien we de groepsleider of bewaker veranderen in een gedragtherapeut die werkt met een behandelprogramma. Midden en eind jaren zestig stonden de maatschappelijke verhoudingen in de samenleving onder druk. De spreuk 'Beter langharig dan kortzichtig' (1968) is een aardige weergave van het 'koude oorlog' denken in die tijd welke leidde tot het onderscheiden van goed en kwaad, vriend en vijand, progressieve jongeren en conservatieve volwassenen. De verzuilde samenleving van de jaren vijftig en zestig verschuift langzaam naar de open, democratische samenleving. **Het besef kwam op dat normaal bij de gratie van afwijkend bestaat.** In een wisselende economische situatie gaat de regering snijden in de collectieve sector. Rondom de welzijnszorg is het de regering die in de negentiger jaren het zogenaamde zo-zo-zo-zo beleid propageert. Zo kort mogelijk, zo licht mogelijk, zo dichtbij mogelijk, zo tijdig mogelijk en ik heb wel eens iemand horen zeggen: 'zo goedkoop mogelijk'.

Net als in de jeugdzorg, is ook in de psychiatrie steeds meer het besef ontstaan dat hulp zoveel mogelijk in de eigen omgeving dient plaats te vinden en gericht moet zijn op een zo gewoon mogelijke situatie. De Ambulantisering gedachtegang is dus niet van de laatste tijd maar reeds op de rails gezet rond de eeuwwisseling. De laatste jaren wordt het landelijk met versneld tempo doorgevoerd voornamelijk ingegeven door de kredietcrisis en de blijkbaar daarbij horende bezuinigingen. Of dit nu allemaal wel zo vlekkeloos verloopt kun je per definitie met een vraagteken beantwoorden. Bijvoorbeeld het feit dat als hulpvragers langer of

eerder thuis blijven wonen, dit natuurlijk ook een wissel trekt op de gezinsleden. Is het *thuisfront* in staat om hier genoeg tijd en energie in te steken.



*'Komt u binnen, bovenste etage'*

## Arkin nieuwsbrief mei 2012

Hoog in het vaandel staat geschreven:

***“Voor alle cliënten blijven wij ons inspannen om passende zorg te bieden. Onze visie is dat zorg in de eigen leefomgeving van de cliënt kan plaatsvinden, want thuis kun je het beste werken aan je herstel. Ook als de cliënt intensieve zorg nodig heeft of in crisis is. En als de cliënt toch moet worden opgenomen, dan zo kort mogelijk”.***

Onder Mentrum wordt vandaag de dag verstaan de aanbieder voor het behandelen en begeleiden van mensen met langerdurende ernstige psychiatrische problemen en/of verslaving. Hieronder valt de polikliniek voor Verslaving & Psychiatrie (V&P), gevestigd aan de Sarphatistraat en werkt **transmuraal** samen met de klinische V&P aan de Vlaardingenvaan in Amsterdam.

***Transmuraal, een nieuw woord voor velen. In het van Dale on-line woordenboek wordt het niet herkend.***

***In het 'Geneeskunde' woordenboek vond ik onder 'trans' eerst mitter, van transmitter, gevolgd door transmurale zorg met de volgende verklaring: 'Omvat vormen van zorg die, toegesneden op de patiënt, verleend worden op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie tussen generalistische (alleskunner) en specialistische zorgverleners, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheden'.***

Transmurale zorg is dus geen voorziening, maar een vorm van zorg waarbij verschillende medewerkers uit verschillende instellingen met elkaar samenwerken. Samenwerken is méér dan het contact tussen ambulante en klinische behandelaars, maar ook samenwerking met Naastbetrokkenen, de Thuiszorg, het Maatschappelijk werk, de Huisarts etc.

Ambulantisering is de ontwikkeling waarbij hulp die voorheen in klinieken plaatsvond steeds meer in de thuissituatie wordt uitgevoerd. Ambulante hulp wordt ook in een polikliniek verleend waar de cliënt langs kan gaan voor een gesprek, bijvoorbeeld over de medicatie. Om het ambulantiseringproces te legitimeren moet het wel theoretisch worden onderbouwd. Belangrijke theorieën in dit kader zijn de systeemtheorie, de leertheorie en de communicatietheorie.

## Theoretisch onderbouwd

De kern van de ‘**systeemtheorie**’ is dat een systeem bestaat uit verschillende subsystemen, die een eigen rol spelen binnen het grotere geheel en met elkaar meer vormen dan de som van de afzonderlijke delen. Een verandering in een subsysteem brengt altijd een verandering teweeg in het totale systeem. Een verschijnsel of gedrag blijft onverklaarbaar als de context waarin het optreedt wordt uitgesloten. Een samenstel van personen kan worden opgevat als een systeem.

In de ‘**leertheorie**’ noemt men alles wat een persoon doet, denkt en voelt: gedrag. Gedrag wordt geleerd. Iemand leert *gedrag* onder invloed van zijn omgeving. Zo nemen kinderen gedrag over van hun ouders of ze imiteren anderen uit hun omgeving. Voor de ambulante hulpverlener geldt dat hij zich altijd bewust moet zijn van de modelfunctie die hij vervult. Binnen de leertheorie past de *zelfbepalingstheorie* welke ervan uitgaat dat mensen invloed op hun eigen gedrag kunnen uitoefenen.

Bij de ‘**communicatietheorie**’ gaat het om het contact, de interactie tussen personen. Wie neemt het initiatief, hoor en wederhoor. Daar zijn zaken voor nodig zoals: aandacht (elkaar aankijken), instemming (vriendelijk ja of nee knikken), converseren, je coöperatief opstellen en zo nodig

leiding geven door initiatieven te nemen, voorstellen te doen en oplossingen te zoeken. Hulpverleners leren dit niet alleen aan de hulpvragers, maar doen dit zelf ook consequent om te voorkomen dat ze niet vervallen in overtuigen, adviseren en instrueren, in plaats van mensen zelf actief te maken in het toepassen van de communicatieprincipes.

Bovenstaande theorieën zijn de grondslag voor het hulpverlenend handelen. Maar er zijn nog enkele zaken die de aandacht behoeven. Van belang is het ‘**empowerment**’ bij de hulpvrager te ontwikkelen. Duidelijk maken dat zij zelf maximale zeggenschap hebben als het hun eigen leven aangaat. Werken aan een positief zelfbeeld.

## Diagnostiek gestuurde zorg naar vraaggestuurde zorg

Bij ‘diagnostiek gestuurde zorg’ wordt uitgegaan van problemen en stoornissen. De probleemdefinitie en oplossingen moeten van de hulpverlener komen, omdat die deskundig is. Bij ‘vraaggestuurde zorg’ staan niet stoornissen en de behandeling daarvan centraal, maar de kracht van mensen om hun eigen problemen op te lossen. Hulpverlening is dan niet langer gericht op het individuele functioneren, maar op het functioneren van individuen in hun eigen leefomgeving.

## Sociaal netwerk

Een belangrijke punt wil de hulp aan huis slagen is de ‘*netwerkbenadering*’. Een belangrijk middel voor de hulpverlener om mensen op weg te helpen is het uitbreiden van het *sociale netwerk*. Bijvoorbeeld door contacten te leggen met familieleden of hulpvragers met dezelfde typen problemen met elkaar in contact te brengen (Zelfhulpgroepen). De nadruk ligt niet langer op de *professional* als expert die het allemaal beter weet en problemen oplost, maar op de hulpverlener die als procesbegeleider samen met het ‘netwerk’ naar oplossingen zoekt. Een dergelijke aanpak vraagt om een andere samenwerking tussen professionals en hulpvragers, of dat nou kinderen, mensen met een handicap, psychiatrische patiënten of verslaafden zijn. Het vraagt ook om een andere attitude van hulpverleners. Als je mensen thuis behandelt, voeg je je naar hun situatie. Dat is een

heel andere context en daarvoor is een cultuuromslag nodig. Het vraagt andere vaardigheden van de hulpverlener. De opleidingen zullen moeten worden aangepast.

## Ketenzorg

De patiëntenorganisaties, vanuit de verslavingszorg vertolkt door stichting 'Zwarte Gat', proberen al jaren duidelijk te maken dat bij de behandeling van psychiatrische en verslavingsproblemen het essentieel is dat ook de andere 'leefgebieden' in de behandeling worden meegenomen. Dan hebben we het over o.a. huisvesting, financiën op orde en werk, betaald of onbetaald. De samenwerking en afstemming met andere zorgverleners moet op orde zijn.

**Maar helaas is dat het niet! Niet alleen vanuit stichting 'het Zwarte Gat' maar door allerlei patiëntcliënten organisaties in Nederland wordt dit nog steeds als een knelpunt ervaren.**

## Ambulantisering en Verslavingszorg

De 'netwerkgedachte' geeft problemen in de verslavingszorg. Het bestaande sociale netwerk houdt de verslaafde gevangen in zijn gedragspatroon en een nieuw sociaal netwerk is nauwelijks tot niet op te bouwen vanwege de situatie waarin de verslaafde zich bevindt. **Zeker bij ernstige alcoholverslaving is het zeer raadzaam de patiëntcliënt juist uit zijn omgeving te halen en klinisch tot rust te laten komen.**

Met een soort overtuiging, grenzend aan de werkelijkheid wordt steeds naar voren gebracht dat de omgeving van de cliënt (gezin, familie, vrienden, kennissen maar ook vrijwilligers) van grote betekenis is bij het ambulante werken. Maar we moeten ook de grenzen van Ambulantisering aangeven. Aan de draagkracht van de cliënt of diens omgeving kan (tijdelijk) een eind komen. Dan kan het beter zijn om een poosje opgenomen te worden.

Binnen de verslavingszorg is de kans op nieuw hulpvragen niet ondenkbaar. Verslavingsproblematiek is in veel gevallen hardnekkig en chronisch. Misschien dat de aangeboden hulp niet toereikend genoeg was

voor het opheffen van de totale hulpbehoefte. En zeker niet ondenkbaar is dat de hulpvrager terugvalt in het oude gedrag. In beide gevallen moet opnieuw een 'intake' procedure worden gedaan. Voor de *intaker* en zeker ook voor de ambulante werker is deskundigheid op gebied van verslaving, psychopathologie, sociale kaart en behandel mogelijkheden essentieel om goed te kunnen werken. Met name in de verslavingszorg is praktijkervaring zeer gewenst, bijna zelfs een voorwaarde.

Kees C. Keuch 15-9-2012

Informatie o.a. uit: 'Hulp in eigen omgeving' (BSvL uitgave), Trimbos, College Bouwzaken GGZ, MGv, ZONmw, St. Rehabilitatie.

