

<b>1 Inleiding</b>	<b>11</b>	3.3 Adviseren, verleiden of beslissen: de drie basishoudingen in de psychiatrie	86
1.1 Vooraf	13	3.4 Het contact: wat bespreken we niet?	95
1.2 Bemoeizorg: wie krijgt het?	20	3.5 Het contact: wat bespreken we wel?	97
1.3 Heldere uitgangspunten	25	3.6 Vragen stellen	105
1.4 Basics voor goede (bemoei)zorg: niet lullen maar poetsen	30	3.7 Motiveren	106
1.5 Wanneer geen bemoeizorg?	34	3.8 Hygiëne: de lessen van Albert Heijn	110
1.6 Afbouw van bemoeizorg: wanneer niet meer?	39	3.9 Verleiden	112
<b>2 Aanmelding en voorbereiding</b>	<b>43</b>	3.10 Confronteren	117
2.1 Veiligheid en agressie	45	3.11 Geloven	121
2.2 Aanmeldingen en verwijzingen: informatie verzamelen	54	3.12 Beroepsgeheim en gegevensuitwisseling	123
2.3 Snelle diagnostiek voor verpleegkundigen 1: De aanmelding en de verwijzer	56	3.13 Alloctonen	127
2.4 Verwijzingen: let wel op de valkuilen!	61	<b>4 Diagnostiek</b>	<b>131</b>
2.5 Het eerste contact	63	4.1 Oordeelsonbekwaamheid: hoe bepaal je dat?	133
2.6 Een paar lastige openingssituaties	67	4.2 Diagnostiek: eerst begrijpen en dan ingrijpen	137
<b>3 Gesprek</b>	<b>77</b>	4.3 Diagnose als proces	144
3.1 Distantie en betrokkenheid	79	4.4 Het presenteren van een patiënt	147
3.2 De spagaat	83	4.5 Sneldiagnostiek voor verpleegkundigen 2: Het eerste contact met de klant	149
		4.6 Klassieke missers in de diagnostiek	158

<b>5 Netwerken</b>	<b>163</b>	7.11 Vastgelopen: de behandeling of de behandelaar?	262
5.1 Werk aan je netwerk	165	7.12 Regressie: baat het niet, het schaadt wel	265
5.2 De familie of direct betrokkenen: wie zorgt praat mee!	171	7.13 Suïcidale uitingen, pogingen en zelfbeschadiging	269
5.3 De zorgconferentie	178	<b>8 Dubbele problemen</b>	<b>277</b>
<b>6 Basisbehoeftes</b>	<b>181</b>	8.1 Dubbele diagnoses	279
6.1 Wonen	183	8.2 Beperkte intellectuele vermogens	283
6.2 De woontips	191	8.3 Bemoeizorg bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis: de theorie en uitgangspunten	288
6.3 Werk	198	8.4 Bemoeizorg bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis: de praktijk	296
6.4 Werktips	206	8.5 Bemoeizorg bij verslaving: 'Who needs reason, when there is heroin'?	301
<b>7 Behandeling</b>	<b>209</b>	<b>9 Teamwork</b>	<b>311</b>
7.1 Onderhandelen over medicatie bij mensen met een psychose: start low, go slow	211	9.1 Teamcultuur en bemoeizorg: 'Kennedy'	313
7.2 Als de patiënt wil stoppen met zijn medicatie	217	9.2 ACT en FACT	320
7.3 Behandeling en toekomstperspectief	219	9.3 Transmuraal werken	325
7.4 Medicatie: bijwerkingen en praktische tips	224	Tegelwijsheden	331
7.5 Psychotherapie en bemoeizorg	228	Literatuurlijst	332
7.6 Conditioneringsprocessen	231	Het Rehabteam	333
7.7 Cognities	240	De auteurs	334
7.8 Acceptatiegerichte strategieën: mindfulness	247		
7.9 Dwang toepassen en de Wet BOPZ	251		
7.10 Trots	257		

## Waarom dit boek?

Het antwoord is eigenlijk eenvoudig: je hebt het nu eenmaal graag over datgene wat je boeit, wat het uiterste vergt van je creativiteit, wat spannend is, waar je trots op bent en waar je ieder talent dat je bezit moet inzetten. Kortom, alles wat bemoeizorg in zich heeft.

De afgelopen twee decennia is de zorg voor *patiënten met langdurige en ernstige psychiatrische klachten* volwassen aan het worden. We hebben het over mensen die thuis of op straat in de war zijn, te veel middelen gebruiken, niet voor zichzelf kunnen zorgen, vervreemden van hun omgeving, geïsoleerd en eenzaam kunnen zijn en soms voor veel onmacht of overlast zorgen. Zij worden niet altijd meer ver weg in gestichten in de bossen of de duinen gehuisvest, maar wonen vaker weer in 'de maatschappij'. Het is ook niet meer acceptabel om af te wachten als je ziet dat mensen afglijden. Kortom, het accent van de zorg voor deze groep is van klinisch naar ambulantly verschoven.

Passieve zorg heeft plaatsgemaakt voor actieve zorg.

De toename van de complexiteit van het moderne leven, met name in de grote steden, maakt dat de zorg veel actiever en assertiever móet worden. Ook de eisen die de maatschappij aan de zorg voor deze kwetsbare mensen stelt, zijn hoger geworden: de zorg moet beter en de overlast moet minder. Dit heeft geresulteerd in de ontwikkeling van gespecialiseerde zorg voor mensen die daar niet om vragen: bemoeizorg. Dit was de naam die Henry Henselmans in 1993 aan deze zorg gaf.

De laatste jaren is er stevig gewerkt aan *organisatiemodellen* van de bemoeizorg. Denk alleen al aan de enorme toename aan ACT- en FACT-teams. Wat dit boek toevoegt, is een inhoudelijke methodiek van het ambacht bemoeizorg, voor elke werker in de chronische zorg onontbeerlijk.

Bemoeizorg is niet iets dat geïsoleerd gebeurt, door 'dat team' of 'die medewerker'. In enkele grote steden is er een apart bemoeizorgteam dat zich speciaal richt op zorgmijdende patiënten, maar bemoeizorg is veel meer en veel breder van grote betekenis: *iedere* werker in de chronische zorg moet bemoeizorg optimaal beheersen, of je nu met mensen met schizofrenie, depressies, angststoornissen, verslavingen of zwakzinnigheid werkt. Het is een houding en een vaardigheid die je moet beheersen wanneer je werkt met chronische psychiatrische patiënten.

*Een houding* omdat je bij iedereen die een chronische psychiatrische stoornis heeft, bereid moet zijn om

op een andere houding over te schakelen: er achteraan gaan, actief zijn in het contact, verleiden, kortom, alles wat in dit boek aan de orde komt.

*Een vaardigheid* omdat het tact, timing en kunde van je handelen vereist.

Hoewel we psychiater en psycholoog zijn, willen we hier geen wetenschappelijk werk afleveren. Ook kunnen en willen we niet volledig zijn, omdat we vooral een handzaam boek voor de alledaagse praktijk willen schrijven.

Wat we wél hebben geprobeerd, is om een psychiatrisch kookboek te schrijven, met veel recepten voor goed handelen, veel tips en waarschuwingen over alle onderwerpen die voor het ambacht van de bemoeizorg van belang zijn. Bijvoorbeeld over het bepalen van oordeelsonbekwaamheid tot het uitvoeren van dwang; over basisvaardigheden, zoals motiveren, verleiden en confronteren tot de goede inrichting van een team. Over het immense belang van wonen en werken, maar ook van vlijmscherpe diagnostiek.

We hopen dat dit boek aangenaam en boeiend is: dus net zo leuk als het vak zelf. We hebben onze uiterste best gedaan om het leesbaar te maken voor iedereen die met de doelgroep omgaat. Niet alleen voor de psychiatrische werkers in de bemoeizorg, maar ook voor familieleden, politiemensen, maatschappelijk werkers en medewerkers van GGD's, de sociale diensten en de maatschap-

pelijke opvang, tot aan beleidsmakers en politici toe. Want voor goede bemoeizorg zijn zij allen onontbeerlijk. Dit is een van onze belangrijkste punten: zorg voor de meest kwetsbare groep kan alleen maar goed zijn wanneer psychiatrische hulpverlening geheel geïntegreerd is in de maatschappelijke zorg. Psychiatrische zorg voor deze mensen is namelijk alleen maar succesvol wanneer de patiënten weer mens geworden zijn.

Voor de beleidsmakers geen zorg: volgens ons hoeft dat niets meer te kosten terwijl het toch meer oplevert! Kwaliteit van zorg zit in de mensen die het moeten doen. En dat kost vooral inspiratie en transpiratie.

Is bemoeizorgen moeilijk? Ja en nee. Ja, vanwege de hoeveelheid inzet, kunde, kennis en creativiteit die gevraagd wordt. Nee, omdat iedereen het kan leren. Niemand wordt immers als hulpverlener geboren. Heel veel oefenen leert je de kunst. Zie het als de etudes bij het pianospelen of de kata's bij karate. Heel veel oefenen.

Ten slotte nog dit: omdat ze volgens ons volstrekt inwisselbaar zijn, gebruiken wij de woorden patiënt, cliënt en klant door elkaar. Zoals het op dat moment voelt. De Amerikanen gebruiken soms het woord 'consumer'. Ook niet gek.

'Hij' en 'zij' zijn gelijkwaardig, dus gebruiken we ook die aanduidingen door elkaar.

Daarnaast gebruiken we zo nu en dan de 'ik-vorm', dan weer 'wij'. 'Wij' en 'ik' zijn immers aanspreekbare personen. 'Men' is dat bijvoorbeeld niet. Wij willen graag een aanspreekbare psychiatrie en 'ik' ben ook verantwoordelijk voor wat ik zeg. We moeten immers staan voor wat we zeggen en doen.

Een goed  
manager  
poetst uw  
schoenen

## Onderhandelen over medicatie bij mensen met een psychose: start low, go slow

# 7.1

In de behandeling van mensen met een psychose, en soms ook bij andere ernstige psychiatrische stoornissen, onderhandel je vaak over medicatie. Het blijkt dat hier veel mis kan gaan. Veel patiënten voelen zich onbegrepen en verlaten daardoor nogal eens de behandeling. Ook behandelaren voelen zich niet gemakkelijk in het bespreken van dit onderwerp, dus het lijkt mij wat aandacht waard. Natuurlijk ga ik ervan uit dat je de tips uit de eerdere hoofdstukken meeneemt. Wat betreft de medicatie zijn er wat specifieke aanwijzingen.

### Wat zijn uw klachten?

Begin eerst te vragen waarvoor de klant precies behandeld wil worden. Bedenk dat veel klanten wel klachten behandeld willen hebben, maar geen ziektes. Dat is een verschil. Zo willen mensen met een psychose best voor een slechte concentratie of nachtmerries behandeld worden, maar niet voor een psychose, laat staan voor schizofrenie.

## Geen klachten? Komt u terug wanneer u klachten heeft!

Ik mag de patiënt graag verrassen. Hebt u nergens last van? 'Goedemiddag en tot ziens!' Wel zou je de tips over het zoeken naar het lijden van paragraaf 3.4 nog kunnen inzetten. Maar eens een keer niets doen wat betreft medicatie maakt dat de patiënt de volgende keer makkelijker bij je terugkomt.

## Hoe erg zijn uw klachten?

Je moet altijd een kosten-batenverhaal maken samen met de klant. Elk medicijn heeft zijn bijwerkingen en deze balans moet natuurlijk positief zijn, wil het medicijn, of de dosering daarvan, de juiste zijn. Wat zijn de voordelen van de medicijnen en wat zijn de nadelen?

## Eerst begrijpen dan pas ingrijpen

Vraag de klant tot op de millimeter uit over zijn klachten. Veel patiënten zijn nogal schichtig geworden door 'schietgrage' artsen. Het samenvatten van de klachten kan hierin zeer behulpzaam zijn. Een voordeel van het uitvoerig uitvragen van alle symptomen is dat wanneer de medicatie niet goed uitpakt, de patiënt daar meestal beter begrip voor kan opbrengen. Een arts kan er immers ook wel eens naast zitten. Heeft de arts zich niet

verdiept en helpt de voorgestelde medicatie niet, dan is de dokter 'een prutser' en komt de klant niet meer terug. En dat willen we niet.

## Medicijnen zijn er om u te helpen of gelukkiger te maken

Meld dus nadrukkelijk dat het je er niet om te doen is de patiënt per se te behandelen voor bijvoorbeeld zijn psychosen maar dat je zijn klachten wil verlichten of zijn hoofd beter wil laten functioneren. 'Wij willen u een gelukkiger leven geven.' Als medicatie daarbij zinvol is: prima. Maar het hoeft niet.

## Wat denkt u ervan?

Stel een proefperiode voor van enkele weken om te bezien of het door jou voorgestelde middel überhaupt wel bij de patiënt past. In deze periode zie je de patiënt vaak. Adviseer hem om je direct te bellen bij iedere vreemde bijwerking. Hiermee ondervang je de angst van de patiënt om lang vast te zitten aan een nieuw medicijn. Meld ook dat je niet kunt voorspellen of dit middel bij hem ideaal zal uitpakken. Ieder medicijn pakt bij ieder mens weer anders uit. Geef aan dat je een ruim arsenaal aan verschillende medicijnen hebt om zijn leed te attaqueren. Geef daarbij goede voorlichting: bij veel medicijnen weet je pas na meerdere weken of het echt iets nuttigs doet.

Geef ook de patiënt de kans om te experimenteren en geef hem de kans om fouten te maken. Hij kiest soms voor die optie die jij niet gekozen zou hebben; heb hier respect voor.

Bij mislukken: stel je op als onderzoeker: experimenten mislukken nog wel eens, dit hoort er een beetje bij. Als je ernaast zit: erken dit volmondig! Dan gaat de dokter extra zijn best doen het nog beter te doen!

Bij slagen: gun de patiënt zijn eigen succes. Vraag of het niet *nóg* beter kan. Streef altijd naar het maximale: misschien moet de medicatie *nóg* preciezer afgesteld worden.

### We beginnen laag

Begin met een zeer lage dosering om te bezien of de klant niet toevallig bij die kleine groep zeer gevoelige mensen behoort. Zeg wel dat het zeer waarschijnlijk is dat de patiënt er weinig positief effect van ondervindt, maar dat bij langzaam ophogen er meer te verwachten valt. Vergeet niet dat heel veel psychotische patiënten rampzalige herinneringen hebben aan die ellende die overdosering heet. Het is een van de meest genoemde redenen om in zijn geheel niets meer met medicijnen of dokters te maken te willen hebben. En dan zijn we helemaal ver van huis. Dus: *start low and go slow*.

### Niet tevreden: geld/medicijnen terug

We proberen het nieuwe medicijn een afgesproken periode. Als het niet naar wens is, proberen we iets anders, net zolang tot de klant tevreden is. En als niks helpt, stoppen we er gewoon weer mee. Hiermee krijg je begrijpelijkerwijs veel meer krediet dan door voortdurend te hameren op het belang van jouw pillen. Dan komt de klant naar mijn ervaring ook makkelijker terug als er toch klachten komen na het stoppen van de medicatie.

### Ik heb geen aandelen in medicijnen

Sommige mensen denken echt dat ik er iets aan verdien om zo veel mogelijk cliënten aan de pillen te krijgen. Dus help ik dit misverstand even de wereld uit. Ik leg ook uit dat ik alleen maar tevreden kan zijn wanneer de klant tevreden is. En om het vertrouwen verder te vergroten, dring ik aan dat hij zich ook 'achter mijn rug om' informeert. Hierbij kunnen internet, bibliotheken, patiëntenverenigingen en folders nuttig zijn.

### Ik begin alleen met medicatie als u geheel overtuigd bent van het nut

Dit noem ik ook wel: het extra oprekken van het elastiek. Dan schiet de behandeling extra hard op wanneer we besluiten te beginnen. Ik ga dus niet eerder van start



dan dat alles uitgebreid is voorbesproken, gewikt en gewogen. Anders wacht ik wel even. Ik heb immers geen haast!

### Bel me over de bijwerkingen

Wanneer een patiënt met een nieuw medicijn begint, moedig hem dan aan om bij het minste vermoeden van bijwerkingen contact op te nemen. Maak duidelijk hoe jij te bereiken bent. Mobiele telefoons zijn hierbij zeer effectief. Ook dien je uit te stralen dat je figuurlijk bereikbaar bent. Dat wil zeggen dat iedere medicatieverandering bespreekbaar blijft. Patiënten hebben in diverse tevredenheidsonderzoeken aangegeven het betuttelende 'u moet uw medicatie wél blijven gebruiken' uitermate irritant te vinden. Ook veroordeel ik ze niet wanneer ze zelfstandig gemorreld hebben aan de dosering. Ik leg wel uit wat de gevaren zijn en dat vooraf overleggen verstandiger is.

### En ten slotte: word nooit boos

Ook al maakt de patiënt niet de keuzes die jou verstandiger lijkt, word niet boos. Zorg er voor dat de patiënt te allen tijde weer met jou wil overleggen hoe het nu verder moet.