

De verpleegkundige aanpak in het eetstoornisprogramma

1. Evoluties

Op vlak van hulpverleningsaanbod

Van individueel naar groepsprogramma en terug naar individuele tendensen in combinatie met groepsgebeuren.

Voor 1974 kenden we een vooral medisch gerichte aanpak bestaande uit psychofarmaca, sondevoeding, kamerprogramma, bedrust, slaapkuur. De verpleegkundigen hadden hierbij een soort moederrol. Na het herstel van het lichaamsgewicht werden de patiënten verwezen naar een groepspsychotherapeutische setting (therapeutische gemeenschap voor adolescenten of jongvolwassenen)

Vanaf 1974 werd gestart met een gedragstherapeutische benadering. Deze was individueel gericht en beoogde totale controle van de situatie door een sterke deprivatie van de patiënten die vervolgens beloond werden voor gewichtstoename. Bij het individuele bekrachtigingschema had de patiënt geen inspraak. De inbreng van de verpleegkundigen situeerde zich op symptoomniveau (gewicht en eetgedrag) en was van controlerende en uitvoerende aard.

Geleidelijk kwam men tot het inzicht dat deze benadering te restrictief was (mede door klachten van de patiënten omtrent deze aanpak). Ook het aantal patiënten met eetstoornisproblemen nam toe. Een groepsaanpak drong zich op en andere disciplines werden betrokken bij de behandeling. Voor de V betekende dit een andere inhoudelijke invulling van zijn werk. De verpleegkundige nam de taak van groepsverpleegkundige / milieutherapeut op zich. Dit had ook zijn impact op de afdelingsorganisatie. De V. diende te functioneren op verschillende niveaus: afdelings-, groeps- en individueel V (dit laatste in gedragstherapeutische context via het toepassen van een gestandaardiseerd contractstelsel)

In een volgende fase drong de nood aan een meer systematische individuele verpleegkundige begeleiding zich op. Voorheen hadden V. geen systematische individuele contacten met alle patiënten maar wel op indicatie (bvb. via dagboekbespreking rond boulemieproblematiek). Van daaruit organisatie van patiënttoewijzingsstelsel sinds ongeveer 10 jaar waarbij de individuele benadering vanuit integrale visie op de patiënt vertrekt en niet enkel vanuit een deelaspect van het functioneren. Hierbij streeft de verantwoordelijk verpleegkundige ernaar de patiënt maximaal zelfstandig te laten of te leren zijn. Zij voert regelmatig formele gesprekken op basis van gedragstherapeutische principes waarin het streven naar meer adequate probleemhantering centraal staat; coördineert de verpleegkundige zorg (voert ze ook maximaal zelf uit) en stelt de hulpverlening maximaal af op de individuele verwachtingen en behoeften van de patiënt.

De meerwaarde van de individualisering situeert zich in de uitbouw van een verpleegtherapeutische vertrouwensrelatie gedurende de ganse hospitalisatieduur waarbij men tot een meer adequate probleemhantering tracht te komen op vlak van symptomen, zelfbeleving en interacties. In de individuele aanpak zien we ook een aantal problemen opduiken. - de intensiteit van de relatie kan een zware emotionele belasting betekenen

(zeker wanneer patiënten aan het groepsprogramma onttrokken worden waardoor de facto de betrokken verpleegkundige veel minder kan terugvallen op collega-teamleden.

- afgrenzen van de verpleegkundige verantwoordelijkheid (doorverwijfsfunctie naar andere teamleden)
- aantal patiënten per verpleegkundige
- moeilijk om tijd te vinden voor het voeren van individuele gesprekken (combinatie afdelings-, groeps- en verantwoordelijk verpleegkundige; combinatie met groepsprogramma; continuïteitsverzekering; uurrooster)

De verpleegtherapeutische begeleiding situeert zich nu op 3 niveaus: individueel, groeps-, afdelingsniveau

Per leefgroep van 9 patiënten 1 3/8 voltijds verpleegkundigen.. 1 voltijds verpleegkundige is verantwoordelijk verpleegkundige voor 6 patiënten.

Wijziging van afdeling

Vanaf juli 1986 werd het behandelingsprogramma structureel en organisatorisch opgenomen in de dienst gedragstherapie. Dit betekende meer confrontatie met patiënten zonder eetstoornis; andere themata dan eten en gewicht kwamen meer aan bod.

Verpleegkundigen die mee overkwamen werden geconfronteerd met andere standpunten van hun nieuwe collega's. Vroegere evidenties werden in vraag gesteld.

Het impliceerde ook een lagere verpleegkundige personeelsbezetting. Voor 15 jaar hadden we 2 voltijds verpleegkundigen per groep van 8 patiënten. Momenteel hebben we 1 3/8 voltijdseenheid per groep van 9 patiënten en tevens een grotere afdeling wat impact heeft op de taak als afdelingsverpleegkundige. Dit had als neveneffect dat wel meer verantwoordelijkheid diende gelegd te worden bij de patiënten.

Van directieve naar combinatie directieve en non-directieve aanpak

Aanvankelijk was de verpleegkundige meer een soort bewaker van de regels van een individueel programma en van het gestandaardiseerd contractsysteem. Dit is steeds meer geëvolueerd naar het (helpen) formuleren van probleemgebieden voor de patiënt, bespreken van problemen, samen met de patiënt zoeken naar een meer adequate probleemhantering. Van opleggen naar overleggen. Het werd steeds duidelijker een verpleegtherapeutische rol. Toch blijft een directieve aanpak, zeker op symptoomvlak, een essentiële rol spelen in de globale aanpak van het eetstoornisprobleem alhoewel we gaandeweg een stuk minder externe controle zijn gaan uitoefenen. Dit verliep voor een deel simultaan met geleidelijke wijzigingen in het behandelingsprogramma. Steeds meer en vlugger wordt een beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. De patiënt wordt steeds vroeger in contact gebracht met het leefmilieu buiten de kliniek zodat mislukkingen nog tijdens de opname in gesprek kunnen gebracht worden en dat samen met de patiënt naar meer adequate probleemhandelingen kan gezocht worden.

Op vlak van indicatiestelling

De laatste jaren zien we een evolutie van eerdere 'zuivere' eetstoornissen naar eetstoornissen met multipele pathologie (borderline, depressie, dwang, automutilatie.....). Hierbij merken we vooral een toename van borderlineproblematiek. Dit was vroeger ook wel een stuk aanwezig maar de focus lag vooral op het eetstoornisprobleem en het was dikwijls een probleem met degenen die niet in dat schema pasten.

Deze evolutie had implicaties naar het verpleegkundig handelen. Waar al jarenlang gewerkt wordt op vlak van symptomen, zelfbeleving en interacties zien we op vlak van symptoomniveau dat naast het eetprobleem (gewicht, eetgedrag) meer en meer dient gewerkt te worden rond zaken zoals zelfverwonding en dwangverschijnselen. Het gestandaardiseerd contractsysteem met zijn duidelijke afspraken rond het eetstoornisprobleem biedt op dit vlak zeker niet altijd een oplossing. Hierdoor werd er van de V. een ander soort aanpak vereist om met deze problemen om te gaan. Waar voor het eetprobleem ons systeem als het ware een handleiding aanbiedt om hiermee om te gaan op verpleegkundig niveau diende op vlak van de andere symptoomproblematiek meer creativiteit aan de dag gelegd te worden. Steeds meer dient een programma op maat uitgewerkt te worden. Ook op vlak van zelfbeleving en interacties had dit zijn implicaties. O.a. naar het hanteren van de leefgroep als middel om de individuele doelstellingen van de patiënt te realiseren.

Globaal kunnen we spreken van een verzwaring van de problematiek.

Ook de geneesheerassistent werd meer betrokken in het behandelingsgebeuren. Dit zowel op medicamenteus als op diagnostisch vlak. Steeds meer ontstond een tandem geneesheerassistent en verpleegkundige om acute problemen op afdelingsniveau aan te pakken.

Nazorg

Aanvankelijk hadden verpleegkundigen sporadisch contact met patiënten via individuele dagboekbesprekingen op indicatie.

Sinds 6 jaar worden alle eetstoornispatiënten voor de nazorggroep uitgenodigd; tweemaal per maand; telkens 1 sessie met verpleegkundige en 1 sessie met psycholoog. Op verpleegkundig vlak betekent dit een stuk systematische opvolging van de impact van het residentiële programma. Zo kregen we een beter zicht op de moeilijkheden waarmee patiënten geconfronteerd worden in het resocialisatieproces. Dit maakte het mogelijk om beter te anticiperen op deze problemen tijdens de residentiële behandeling.

2. Huidige situatie :Een combinatie van milieutherapeutische en individuele benadering op verpleegkundig vlak

Voorstelling van de afdeling

St.-Lucas is een gedragstherapeutisch georiënteerde afdeling voor adolescenten en (jong) volwassenen die nog veranderingsmogelijkheden bezitten. In het algemeen betreft het hier mensen met een neurotische problematiek maar de laatste tijd zien we een toename van patiënten met een borderlineproblematiek.

De werkwijze is concreet, actief en directief. D.w.z. dat klachten en problemen vertaald worden in welomschreven doelstellingen of leersituaties, waaraan gewerkt kan worden via concrete stappen in het dagelijkse leven. De behandeling bestaat niet uit louter praten over problemen. Men wil er praktisch en op korte termijn (3 tot 6 maand) iets aan doen door middel van specifieke 'directieven', nl. concrete richtlijnen, opdrachten, oefeningen of leerprogramma's.

Het gespecialiseerd residentieel therapeutisch programma is gebaseerd op directieve groepstherapie met een verschillend accent naargelang de problematiek (geselecteerde homogene doelgroepen):

- Twee leefgroepen omvatten telkens 9 patiënten met ernstige eetstoornissen (anorexia en/of boulemia nervosa)
- Twee leefgroepen omvatten 8 of 9 patiënten met allerlei gedragsproblemen (vooral angststoornissen en depressies, dikwijls in het kader van een borderlineproblematiek)

Het maximum aantal patiënten per leefgroep wordt nogal strikt gehanteerd omdat we denken dat anders groepstherapie niet meer hanteerbaar is.

Er wordt een grote verantwoordelijkheid gelegd bij de patiënten die hun behandelingsplan via concrete doelstellingen mee bepalen. Voor en door elke patiënt wordt een behandelingsplan opgemaakt met doelstellingen op korte en lange termijn. De hierin geselecteerde doelen omvatten zowel symptomatologie (hoofdklacht of psychiatrische stoornis), de zelfbeleving (gedachten en gevoelens omtrent eigen functioneren) en de interacties (de sociale positie en omgang met directe leefomgeving).

Elke leefgroep heeft zijn eigen weekprogramma (vergelijkbaar met een lesrooster) en vaste teamleden per groep (verpleegkundigen, psychomotorisch therapeut, psycholoog, ergotherapeut, vrije tijdsmedewerker) die vanuit hun eigen disciplinaire bevoegdheid met de groep werken.

Naast de groepstherapeutische aanpak kan de behandeling bestaan uit individuele gedragstherapie, individuele ondersteunende gesprekken, gezinsgesprekken, relaxatie, medicatie... De afdeling is dus zeker niet enkel strikt gedragstherapeutisch maar werkt eerder vanuit een eclectische invalshoek. Milieutherapie is een onderdeel van die totale therapeutische benadering.

A. Milieutherapeutische benadering

Het begeleiden van patiënten in een leefgroep biedt een aantal specifieke mogelijkheden naast een aantal problemen.

Specifieke mogelijkheden

De leefgroep als *motivator*.

Het is zo dat niet enkel "gemotiveerden" een kans krijgen tot opname. Dikwijls komen patiënten met een negatieve motivatie op de afdeling aan: druk van de familie/partner/school of gezondheidsproblemen en in uitzonderlijke gevallen een gedwongen opname. De groep is dan een hulpmiddel om dit om te keren naar een positieve motivatie: de wens om niet meer terug te keren in het probleemgedrag. De groep helpt de patiënt in de overgang van externe naar interne motivatie. Dit motiverend gebeuren is iets heel belangrijks gedurende gans de opname. Het motivatieproces dient zich telkens te herhalen: wat wil men veranderen en waarom, welke stappen gaat men nu zetten....Men zou kunnen stellen dat de leefgroep even essentieel kan zijn in het motiveringsproces als de teamleden. Patiënten accepteren ook veel meer van 'lotgenoten'.

- Zij stimuleren elkaar om hun ziekte te overwinnen (zoals bij een zelfhulpgroep)

- De patiënt kan het gevoel kwijt raken dat zij/hij de enige is met haar/zijn probleem en voelt zich sneller geaccepteerd en begrepen. Er is een gemeenschappelijke probleemdefinitie en dit is dikwijls

een begin van motivatie. Op onze afdeling heeft men daarbij het voordeel dat de samenstelling van de leefgroep gebaseerd is op diagnostische criteria zodat we van eerder homogene groepen kunnen spreken.

- Doordat de patiënt haar/zijn gedrag herkent bij de andere groepsleden kan zij/hij gemakkelijker en met minder schaamte spreken over eigen gedrag.
- Bij leden die langer aan de groep deelnemen, ziet men dat herstel mogelijk is en dit versterkt de hoop op verandering. Hoop is een sterke motivator. Het voorbeeld van anderen speelt een grote rol.
- De patiënt ziet dat probleemgedrag samenhangt met het omgaan met de eigen emoties en relaties

Het begeleiden van het motivatieproces binnen de leefgroep houdt in dat de groepsverpleegkundige bewaakt dat het motiveringsgebeuren gedurende de ganse opname in gesprek kan worden gebracht zodat een engagement tot samenwerken in en het zich verbinden met de therapie tot stand komt. Dit kan reeds gebeuren van bij de opname via het betrekken van een medegroepslid in het rondleiden op de afdeling, het verschaffen van informatie over het groepsgebeuren (vb. weekprogramma mee uitleggen), introductie in de leefgroep. In ons systeem gebeurt dit via een soort van meterschap dat wordt uitgeoefend door de groepsverantwoordelijke (dit is een van de patiënten in de leefgroep die zich reeds in de eindfase van de behandeling bevindt). We zien dat dit dikwijls reeds een begin van een vertrouwensrelatie is waardoor de nieuw opgenomen patiënt zich wat vlugger op zijn gemak kan voelen. Reeds vanaf de eerste opnamedag kan de patiënt ervaren niet de enige te zijn met dit soort problemen. De leefgroep is immers samengesteld op basis van homogene diagnostische criteria. Gedurende gans het verder verblijf zal de groepsverpleegkundige erover waken dat motivationele problemen besproken worden tijdens de groepsvergadering waarin de andere groepsleden ondersteuning kunnen bieden naar de patiënt (o.a. via patiënten te stimuleren eigen vroegere ervaringen rond motivatie naar voren te brengen in de groep, via het verhaal van de motivationele evolutie van de medepatiënt (hoe zij tijdens het behandelingsproces tot een interne motivatie zijn gegroeid)). Het leefklimaat probeert men ook zo op te bouwen dat medepatiënten ook op niet formele momenten een stuk betekenis voor elkaar kunnen hebben. Zo worden vb. patiënten uit het eetstoornissenprogramma na een tegenvallende gewichtscntrole meestal het eerst opgevangen door medegroepsleden. De onderlinge aanmoediging en *steun* zijn erg belangrijk.

De leefgroep als *ondersteunend systeem*.

De leefgroep dient ook een stuk veilige haven te zijn voor de patiënt die zich toch dikwijls in een crisissituatie bevindt. Het terug kunnen vallen op medegroepsleden wordt door patiënten als positief omschreven. Hier herkennen we ook het begrip Holding Environment dat een 5-tal functies omvat:

- containment: dit is het proces waarin de hulpverlener datgene voor de patiënt doet wat deze zelf niet meer aan kan, teneinde het lichamelijk, emotioneel welzijn te behouden en de nodige veiligheid te verzekeren
- steun: o.m. in functie van het ontwikkelen van het zelfbeeld
- structuur: via een duidelijk dagschema en een voorspelbare realiteit
- betrokkenheid
- erkenning geven

De leefgroep kan gebruikt worden als ondersteunend systeem. De groep (zeker als het diagnostisch homogeen samengestelde groepen zijn) biedt ruimte om stil te staan bij de beleving van de individuele patiënt. Veel mensen kijken uit naar een groep waarin ze ervaringen kunnen uitwisselen met anderen die net als zijzelf zijn en ervaren dit als ondersteunend. Op sommige momenten zijn zij misschien de enigen die in staat zijn om elkaars ervaringen daadwerkelijk te begrijpen en omdat de problemen van iedereen bekend zijn hoeven de groepsleden zich niet te schamen om elkaar om hulp te vragen. In feite is de steun die patiënten elkaar kunnen geven bij dagelijkse problemen één van de sterke punten aan de groepsbenadering. Het belang van de groep als middel tot emotionele ondersteuning mag hier niet onderschat worden. De groep kan bescherming, veiligheid maar ook warmte en tolerantie bieden. Zo kunnen we vb. hevige emotionele reacties zien bij een patiënt die omwille van een te fel gewichtsverlies in een reserveprogramma terechtkomt. Wanneer dit enkel door de verpleegkundige naar voor gebracht wordt komt dit dikwijls sanctionerend over. Wanneer een medepatiënt dit in gesprek brengt vanuit de eigen ervaring kan het door de betrokken patiënt al vlugger gezien worden als een periode om stil te staan bij wat er gebeurt. Ook zal vanuit de probleemhantering de leefgroep of een individueel lid van de leefgroep dienen als steunfiguur bij vb. automutilatie, boulemiedrang...

De groepsverpleegkundige dient de wederzijdse betrokkenheid te stimuleren (vb. samen met een ander groepslid alternatief gedrag stellen).

De leefgroep als *observatieplaats*

De leefgroep biedt ook een extra mogelijkheid naar het observeren van het functioneren van de patiënt. Het is in de leefgroep (zowel tijdens de formele als informele momenten) dat we vlugger het (dis)functioneren kunnen waarnemen. De leefgroep sluit dikwijls nog het meest aan bij het dagelijks functioneren buiten het ziekenhuis. Het is waarschijnlijk dat de problemen die patiënten ondervinden in de leefwereld buiten het ziekenhuis ook optreden in de groep. Waar de patiënt zijn gedrag al eens kan maskeren in de therapie sessies, zullen in de leefgroep de problemen eerder in hun meest pure vorm gezien worden door de groepsverpleegkundige. Ook zal het zo zijn dat iemand die continu in een therapeutische situatie verblijft niet continu een gestoord gedrag vertoont. De gezonde delen van de persoonlijkheid krijgen ook kans tot ontplooiing. Tevens krijgen we extra informatie die de medegroepsleden ons ter beschikking stellen vanuit hun eigen observaties.

De leefgroep is voor de groepsverpleegkundige dus een goede plaats voor observatie. Dit doorheen de verschillende fasen van het verpleegproces. Op vlak van inventarisatie zien we dikwijls in het groepsfunctioneren andere aspecten op vlak van symptomen, zelfbeleving en interacties (vb. afhankelijkheid, dominantie). Niet enkel het disfunctioneren maar ook de positieve elementen van het functioneren komen op de voorgrond zowel tijdens de formele als informele momenten. Niet zelden levert dit een belangrijke bijdrage naar de diagnosevorming. Op het vlak van de uitvoering kunnen we heel wat observeren in het groepsgebeuren (vb. probleemhantering) en kunnen tevens de medegroepsleden een belangrijke bijdrage leveren. Hun feedback levert heel wat informatie op. Het is waarschijnlijk niet toevallig dat tijdens de patiëntbespreking in het multidisciplinaire team vanuit de verpleegkundige discipline de meeste observaties naar voren gebracht worden.

De leefgroep als *oefenplaats*.

De leefgroep wordt gezien als een eerder veilige en onder controle gehouden situatie waarin patiënten leren omgaan met zichzelf en met anderen in het dagelijks leven. Hierin worden oplossingen geanalyseerd, nieuw gedrag of copingstrategieën kunnen aangeleerd en ingeoefend worden. Tevens kan men bij andere patiënten zien hoe zij met bepaalde situaties omgaan en een stuk deze probleemhantering kopiëren. Dit nieuw aangeleerde gedrag dient dan verder buiten de klinieksituatie ingeoefend te worden. Voorbeelden hiervan zijn: het zich afhankelijk opstellen, het ontplooiën van interactiepatronen, het leren leggen van contacten, het leren nee zeggen,.... Concreet zal dat betekenen dat de medegroepsleden op de hoogte zijn van de problemen waar rond iedere patiënt dient te werken. De groep dient dan ook een veilige en stabiele plaats te zijn waar de patiënt zijn problemen kan uiten en er rond werken. Tegelijkertijd dient men er evenzeer op te letten dat het milieu niet zo veilig en aangenaam opgevat wordt dat de patiënt ongemotiveerd wordt om het te verlaten wanneer de nood aan hospitalisatie voorbij is. De groepsverpleegkundige kan hierin een belangrijke rol spelen o.a. via hier en nu bekrachtiging. Zij/hij is vast verbonden aan een leefgroep en zal de patiënten in de groep gedurende gans het therapeutisch proces begeleiden en desnoods corrigerend optreden.

Concreet kan dit betekenen dat vb. een patiënt die het moeilijk heeft met het leren leggen van contacten hier rond kan experimenteren in de leefgroep. Dit kan vb. in de groepsvergadering via het maken van afspraken met een medegroepslid om een gezamenlijke activiteit te doen. Het is aan de groepsverpleegkundige om te bewaken dat de patiënt initiatieven op dit vlak neemt en ze ook ten uitvoer brengt. Geleidelijk kan zo gewerkt worden aan uitbreiding van contacten. Bij het analyseren van oplossingen dient elk groepslid aangemoedigd te worden om ideeën voor oplossingen te opperen aan de andere groepsleden en strategieën te helpen ontwikkelen voor het oplossen van de beschreven problemen. Hiervoor dient de groepsverpleegkundige dan wel te zorgen dat de leefgroep door de patiënt gezien kan worden als een veilige situatie. Dit kan op verschillende manieren gebeuren. Niet alleen in de vorm van structuur of regels maar ook naar emotionele veiligheid toe (vb. mensen niet overladen met suïcidale boodschap zonder hulp te aanvaarden, het elkaar beledigen wordt niet toegestaan). Structurering van het groepsgebeuren maakt dit voorspelbaar wat tot het veiligheidsgevoel van de patiënt kan bijdragen. Via de afspraak dat wat in de groep gebeurt en gezegd wordt ook in de groep blijft. Via hier en nu bekrachtiging, het stellen van realistische verwachtingen, het aanvaarden van mislukkingen bij experimenteren. Tegelijkertijd dient de groepsverpleegkundige er over te waken dat enerzijds veel kan besproken worden maar dat anderzijds de patiënt tegen zichzelf dient beschermd te worden ("open liggen"). De grenzen van

bespreken dienen aangegeven te worden. De groepsverpleegkundige kan dit hanteren via plannen, aanmoedigen, luisteren, conflicthantering, onderhandelen, maken van afspraken, model staan, informatie geven, ordenen, sturend zijn, bevestigen, blootstellingactiviteiten organiseren (vb. exposureopdrachten bij dwangmatige patiënten), de omgeving structureren, generalisatie naar natuurlijke omgeving verzekeren (vb. via huiswerkopdrachten), feedback door groep organiseren (o.a. via gestructureerde evaluatiemomenten in te bouwen)...

De leefgroep kan ook dienen als *confrontatieplaats*.

Doordat er meer continuïteit is zijn er minder mogelijkheden voor ontsnapping uit het behandelproces. De patiënt wordt voortdurend geconfronteerd met zichzelf en met anderen (dus ook weer met zichzelf). De patiënt kan merken dat groepsleden haar/hem direct doorhebben als zij/hij iets van haar/zijn gedrag (vb. vermijdingsgedrag bij dwangmatige patiënten, het vlugger doorhebben dan teamleden van de trucs die eetstoornispatiënten kunnen hanteren) of gevoelens wil verbergen. Dat is confronterend, maar de patiënt leert erdoor eerlijk naar zichzelf kijken. Ook de eigen verantwoordelijkheid in sociale interacties wordt aangesproken.

In de leefgroep zal de verpleegkundige model staan door de manier waarop hij zij/hij omgaat met de materiële omgeving, de mensen en de gebeurtenissen om zich heen. Vanuit deze voorbeeldfunctie zal de patiënt zelf het gedrag (kunnen) leren stellen.

Ook het *tijdseconomisch aspect* kan een belangrijke stimulans zijn om met leefgroepen te gaan werken bij homogeen samengestelde groepen. Je kan meerdere mensen bereiken tijdens dezelfde sessie.

Toch biedt het werken met leefgroepen niet alleen maar mogelijkheden:

Moeilijkheden

Een aantal patiënten komt mogelijk niet voldoende aan bod; zij die geen direct zichtbare problemen stellen, de vermijders... Een geïntegreerd systeem van verantwoordelijke, groeps- en afdelingsverpleegkundigen in een patiënttoewijzingssysteem kan hier een oplossing bieden.

De patiënt kan niet in staat zijn om de eigen zware emotionele ervaringen in groep te brengen. Dan kan een eerder individuele benadering op zijn plaats zijn.

Op interactioneel niveau kan de patiënt het aangaan van vriendschappen en relaties buiten de groep blijven vermijden, omdat zij/hij in de groep vriend(en)innen vindt en het samenzijn in de groep idealiseert.

De patiënt kan eigen problemen verbergen door zich op te werpen als help(st)er voor anderen.

Patiënten kunnen bij elkaar bevestiging zoeken dat ze ziek zijn en daar niet vanaf kunnen komen, er kan competitie ontstaan over wie er het ergst aan toe is.

De patiënt kan van groepsgenoten nieuwe trucs leren om haar probleemgedrag te verbergen of te kopiëren (vb. automutilatie).

De patiënt kan proberen zich te verbergen achter besprekingen of afspraken met de verantwoordelijke verpleegkundige om een aantal zaken niet aan bod te brengen in de groep.

Anderzijds kan het soms een herhaling zijn van wat tijdens individuele gesprekken besproken is.

De groep als geheel heeft ook zijn grens. In principe kan men in de groep alles zeggen, maar niet alles doen(zo kan fysisch geweld niet getolereerd worden maar ook op verbaal vlak zijn er grenzen, grenzen op vlak van seksueel gedrag, alcohol en medicatiegebruik, exclusieve relatievorming is niet toegestaan, het geheim van de groep dient gerespecteerd te worden)

Het is aan de groepsverpleegkundige om deze moeilijkheden te hanteren in een groepsdynamisch gebeuren.

Tot slot dienen we nog te benadrukken dat wat goed is voor de individuele patiënt vanuit haar/zijn persoonlijke doelstellingen niet altijd goed is voor de groep of voor andere individuen van de

groep. Zo kan het zijn dat de ene patiënt als doelstelling heeft om met anderen leren rekening te houden terwijl een andere patiënt dit juist minder zou moeten doen. Dit kan wel eens leiden tot conflicten in het groepsgebeuren. Centraal blijft dat de groep een **middel** is en geen doel voor de individuele patiënt. Het is de persoon die het object van de behandeling is en niet de groep. Een psychotherapie is altijd individueel. Er dient samen gedacht en samen gevoeld te worden maar ook steeds probleemoplossend gewerkt te worden.

De groepsverpleegkundige heeft naar de leefgroep toe een milieutherapeutische rol en is een centrale spilfiguur in gans het gebeuren. Dit betekent echter niet dat zij/hij niet zal stilstaan bij intrapsychische conflicten. Deze zullen eerder benaderd worden vanuit de functie als verantwoordelijke verpleegkundige. Wetende dat elke verpleegkundige ook nog eens een taak als afdelingsverpleegkundige vereist dit wel de nodige evenwichtsoefeningen.

B. Individuele benadering

De patiënt wordt vanaf zijn opname op de afdeling aan de verantwoordelijk verpleegkundige toegewezen. Deze verpleegkundige is tevens groepsverpleegkundige van de leefgroep waarin de patiënt wordt opgenomen. De verantwoordelijk verpleegkundige is van opname tot ontslag de referentiepersoon voor de patiënt. Gedurende gans de hospitalisatie zullen zij systematisch rond een aantal probleemgebieden gaan samenwerken. De andere verpleegkundigen zullen in de mate van het mogelijke doorverwijzen naar de verantwoordelijk verpleegkundige die tevens de contactpersoon is voor de andere teamleden en de familie.

In de individuele benadering wordt nadruk gelegd op het opbouwen van een therapeutische vertrouwensrelatie en op systematisch handelen. Dit uit zich o.a. via het maken van vaste afspraken. Een gesprek wordt op voorhand afgesproken en hangt niet af van toevallige omstandigheden tenzij bij crisisinterventie. De thematiek en werkinstrumenten zijn op voorhand door beide partijen gekend (bvb. Probleemhantering via dagboekbespreking, evaluatie van stappen op gebied van doelstellingen). Tijdens de individuele gesprekken is de aandacht in hoofdzaak gericht op het actuele dagdagelijks functioneren. Voor de onderliggende problematiek wordt doorverwezen naar de psychotherapie. De aard van de gesprekken kan erg verschillend zijn; van structurerend, directief, confronterend tot steunend, empatisch.

De verantwoordelijk verpleegkundige stelt het verpleegkundig behandelingsprogramma op, voert het uit, bewaakt de uitvoering en evalueert het. Dit alles gekaderd in de globale afdelingsvisie.

De volgende werkinstrumenten kunnen gehanteerd worden:

Dagboek

In dit dagboek noteert de patiënt het symptoomgedrag (bvb. Verbruikt voedsel, eetbuien, laxeren, braken, automutieren), situatiebeschrijving van activiteiten, gedachten en gevoelens. Tevens dient de patiënt mogelijke alternatieven aan te geven. Hierbij maken we gebruik van standaardformulieren.

T.D.E. / Behandelplan

Dit is een verpleegkundig werkinstrument dat door en voor elke patiënt gehanteerd wordt. Aan de hand van een standaardformulier (T.D.E. therapie-doel-evaluatie) dient elke patiënt probleemgebieden te identificeren en concrete stappen te bepalen om hieraan te werken. Voor het opstellen en de uitwerking hiervan kan de patiënt beroep doen op medegroepsleden en de verantwoordelijk verpleegkundige. Dit geschreven behandelplan bevat doelstellingen op symptoom, zelfbelevings- en interactioneel vlak.

Evaluatieformulier

Hiermee dienen maandelijks de doelstellingen en het therapieprogramma beoordeeld te worden.

In de benadering van de eetstoornisproblematiek wordt gebruik gemaakt van een gestandaardiseerd gedragscontractstelsel. Dit geschreven contract stipuleert in detail de

basisprincipes en concrete richtlijnen van het therapeutisch programma. De activiteiten van de patiënt zijn verbonden met een zekere gewichtstoename en psychologische evolutie. Het 'gewone' programma bestaat uit 3 fases waarmee regels omtrent gewichtstoename verbonden zijn (bvb. Gewichtstoename van 700 gr. per week). Wanneer aan deze voorwaarden niet is voldaan, wordt de patiënt tijdelijk in een 'reserveprogramma' geplaatst met variërende graden van beperkingen. De patiënt kan terug naar het 'gewone' programma indien aan de basisvoorwaarden van het contract voldaan is.

3. Mogelijke toekomstevoluties

Nog meer betrekken van de patiënt in de behandeling

Patiënt kan zich nog meer als actieve participant of beheerder opstellen, keuze van de patiënt in overleg met team naar het hulpaanbod toe (niet iedereen moet alles volgen maar met duidelijke indicatie), maximale afstelling van hulpverleningsaanbod op individuele verwachtingen en behoeften van de patiënt, meer overleg met en minder beslissen voor of over de patiënt.

Verdergaande individualisering naast groepsbenadering van het therapeutisch aanbod

Indicaties : steeds meer multiple pathologie

Ambulante hulpverlening zal mensen kunnen verder helpen die voorheen nog residentiële behandeling nodig hadden. Dit kan leiden tot ontwikkeling van multidisciplinaire ambulante aanpak voor eetstoornissen en /of ontstaan van dagcentra. De meer complexe problematiek zal dan in een residentiële context misschien anders benaderd dienen te worden. O.a. creëren van pretherapiegroepen voor problemen op vlak van indicatiestelling, aankunnen van therapeutisch programma, motivatie ...

Ook op vlak van nazorg hebben we regelmatig het gevoel dat verpleegkundige hulpverlening zinvol zou kunnen zijn. Dit zowel in het helpen omgaan met praktische problemen als naar structurering toe. Dit blijkt uit de contacten die we hebben met patiënten na ontslag.

Kwaliteitszorg (mede in het kader van decreet betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingvoorzieningen)

Afstemmen van de zorg op de individuele patiënt

Belang dat dient gehecht te worden aan de satisfactie van de patiënt

Aandacht voor het patiëntendossier: interdisciplinaire dossier dat dient ingevuld te zijn volgens systematisch handelen. Heeft zijn impact ook op verpleegkundig dossier (introductie van geautomatiseerd dossier)

Afstemmen van de benadering van de verschillende disciplines in het kader van het globale behandelingsplan.

Lemmens Jos
Hoofdverpleegkundige
Afdeling St-Lucas
UC St –Jozef
Kortenbergh