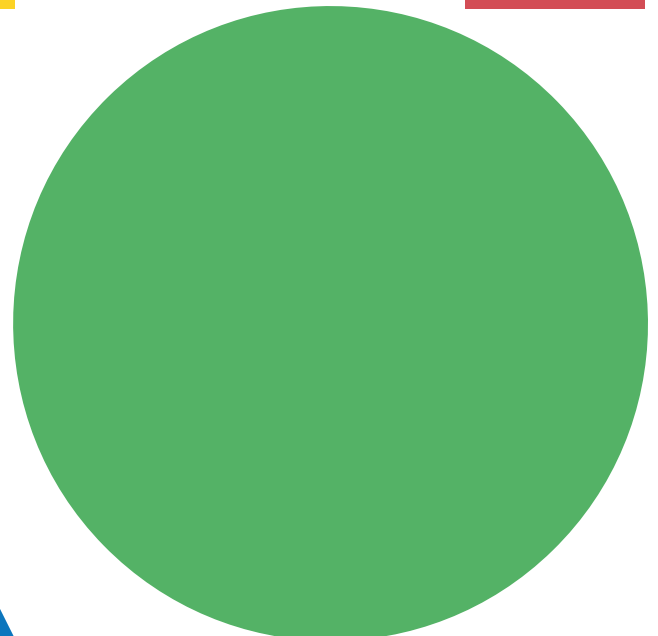
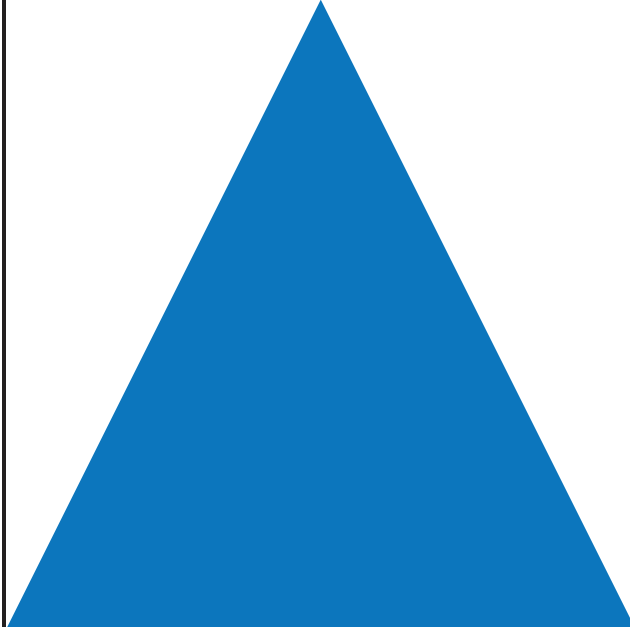
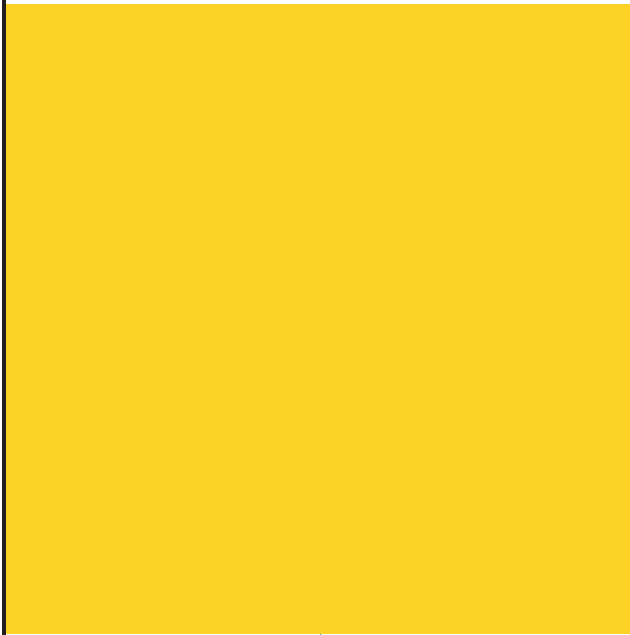




HOOFDINDELING INTERVENTIETYPEN

Naam patiënt:	
Geboortedatum:	
Afdeling:	
Invuldatum:	



HOOFDINDELING INTERVENTIETYPEN

ALGEMEEN

Basishouding medewerkers

De interventietypen zijn beschreven voor alle medewerkers binnen het multidisciplinaire team. Zij werken in grote lijnen volgens dezelfde methodiek (DSA) en streven naar het behalen van dezelfde doelen in de patiëntenzorg. Interventies worden op deze wijze overdraagbaar en geschikt voor intercollegiale toetsing.

De basishouding van medewerkers kenmerkt zich door empathie en respect voor patiënten. Daarnaast tonen zij zich verantwoordelijk, zijn ze integer en professioneel.

Socio-therapeutisch klimaat

De beschreven interventietypen worden geboden tegen de achtergrond van het sociotherapeutisch klimaat op de afdeling. Dit betekent dat op de afdeling een dusdanige structuur en leefklimaat worden gecreëerd, dat eigen verantwoordelijk-

heden van patiënten worden gestimuleerd en zij worden aangezet tot verbetering in de omgang met hun omgeving. Het gaat om zorg die verder gaat dan gebruikelijke verzorging; elementen hierin zijn:

- Stimuleren tot deelname aan huiskameractiviteiten en het verrichten van corvée-activiteiten (ADL-/BDL-training), waarbij ook gebruik maakt van de inbreng van medepatiënten.
- Het bevorderen en benutten van het onderlinge contact tussen patiënten.
- Het zo veel mogelijk bij de realiteit houden van patiënten, waardoor via activeren en leren de autonomie wordt bevorderd.
- Rekening houden met individuele voorkeuren van patiënten en de ontwikkeling hiervan te stimuleren.
- Het regelmatig houden van doelbesprekingen.

DE 10 INTERVENTIETYPEN

1. Onderzoek/diagnostiek

Doel:

Inventarisatie van de problematiek, door middel van het op gestandaardiseerde wijze in kaart brengen van:

- de huidige symptomen (somatiek, cognitie, persoonlijkheid, emotie, sociaal functioneren en life events), resp. het huidige (niveau van) functioneren
- de voorgeschiedenis
- de hulpvraag van de patiënt.

Op basis van de gegevens uit een per discipline gestandaardiseerd onderzoek (diagnostiek) wordt tot een oordeel gekomen dat het uitgangspunt vormt voor (verdere) behandeling.

Werkwijze:

De problematiek van de patiënt en diens eventuele wensen worden ten behoeve van de behandeling geformuleerd in realiseerbare doelstellingen. Deze doelstellingen worden uitgedrukt in een score volgens de methode van Goal Attainment Scaling. Per geïnventariseerd probleem worden passende interventietypes benoemd om de hiervoor geformuleerde doelstelling te kunnen behalen. Onderzoek kan een globaal karakter hebben, maar ook specifieke aandachtspunten per patiënt betreffen. Onderzoek kan zich afhankelijk van behaalde resultaten gedurende de behandeling herhalen. Nieuwe problemen (thema's) kunnen op deze wijze worden geïnventariseerd en er kan eventuele bijstelling van ingezette interventies plaatsvinden.

2. Proces/verwerkingsgericht (Verleden inzicht)

Doel:

Acceptatie en verwerking van traumatische gebeurtenissen en verlieservaringen (ook van lichamelijke capaciteiten) door middel van het erkennen en begrijpen van de dieperliggende achtergronden van de huidige (disfunctionele) beleving en/of somatische klachten.

Werkwijze:

In een veilige, gestructureerde omgeving wordt de patiënt met behulp van (psycho)therapeutische deeltechnieken gestimuleerd tot inzicht. Hierbij geldt dat het toe-

werken naar inzicht afhankelijk is van de mogelijkheden van de patiënt. Verondersteld wordt dat dieperliggende achtergronden als intrapsychische problematiek, misbruik en verwaarlozing, (oorlogs)trauma's, chronische interpersoonlijke conflicten, neurotische gedragspatronen en persoonlijkheidsproblematiek doorwerken in de huidige levensfase en de patiënt in diens functioneren belemmeren. Er worden relaties gelegd met het verleden van de patiënt. Afhankelijk van de discipline wordt ingegrepen op de aspecten van het gedrag en/of de beleving.

3. Functioneel/ervaringsgericht (Hier en nu inzicht)

Doel:

Ingrijpen op het probleemgedrag en/of de negatieve beleving door middel van bewustmaking (inzicht) in de mechanismen die dit veroorzaken of in stand houden.

Werkwijze:

Deze interventie vindt in het algemeen plaats door de patiënt binnen een vaste, veilige structuur nieuwe (succes)ervaringen te laten opdoen en alternatieve gedragsmogelijkheden aan te leren.

Naast het verkrijgen van inzicht in het huidige disfunctionele gedrag en/of de beleving ligt de nadruk op het ontdekken van eigen mogelijkheden en het ontwikkelen van positieve gedragsalternatieven. De kern is: *'trial and er-*

ror'; alternatieven uitproberen, fouten maken en daarvan leren is een belangrijke leerstrategie. Naast het laten opdoen van alternatieve mogelijkheden kan binnen dit interventietype ook het leren accepteren van de huidige beperkingen een doel zijn.

Het *oefenen* van nieuw aangeleerd gedrag of beleving kan afhankelijk van het voor de patiënt gestelde behandeldoel een onderdeel van dit interventietype vormen. Het verwerven van inzicht vindt plaats afhankelijk van het medium dat de betrokken disciplines ter beschikking staat. Verder wordt door het laten opdoen van nieuwe ervaringen geprobeerd conflicten en problemen in het contact tussen de patiënt en anderen te signaleren en te beïnvloeden.

4. Functioneel/ervaringsgericht (Hier en nu structuur)

Doel:

Het bij de patiënt bereiken van gedragsverandering, zonder stimulering tot inzicht in de dieperliggende achtergronden van het (problematische) gedrag.

Werkwijze:

Beïnvloeding van het manifeste (problematische) gedrag of de (negatieve) beleving door deze te plaatsen in het hier en nu. Hierbij gaat het om: leren door doen. Binnen dit interventietype wordt gebruik gemaakt van verschillende gedragstherapeutische deelt technieken (bijv. exposure, SRC). Er wordt gebruik

gemaakt van de structuur die de omgeving biedt. Door het geven van waardering (beloning) of anderszins positieve reacties (aandacht of erkenning) wordt gewerkt aan het opdoen door de patiënt van positieve ervaringen. Hierdoor wordt het gewenste gedrag en/of de beleving gestimuleerd. Door voorkomen, neutraal benaderen of begrenzen worden (ongewenst, negatief) gedrag en de hieraan ten grondslag liggende beleving van de patiënt gedempt en gereduceerd. Het is van wezenlijk belang geen trial and error toe te passen. Afhankelijk van de indicatie wordt op specifieke aspecten van het (probleem)gedrag en/

of beleving ingegrepen zoals paniek, onrust, dominantie, afhankelijkheid of ongewenste lichamelijke gewaarwordingen. Afhankelijk van de indicatie en de mogelijkheden van de

verschillende disciplines kan ook het oefenen van nieuw aangeleerd gedrag en/of beleving (zonder trial and error) een onderdeel van dit interventietype vormen.

5. Begeleiding/ondersteuning

Doel:

Het draaglijk houden van de situatie, de zelfredzaamheid van de patiënt stimuleren en terugval voorkomen.

Werkwijze:

Ondersteunen en structuur bieden bij het algemeen functioneren van de patiënt (sociale aspecten, cognitie, beleving, persoonlijkheid, levensgeschiedenis, etc.) en diens omgeving, c.q. familie. Begeleiding vindt meestal plaats in de vorm van gesprekken met de patiënt en diens familie. Begeleiding kan ook betekenen

dat hulp wordt geboden bij het oplossen van praktische problemen op het gebied van wonen, sociale contacten, dagbesteding, ADL, etc. Oplossing van deze problemen leidt tot ontlasting van de patiënt. De intensiteit van begeleiding is afhankelijk van het functioneren van de patiënt. Begeleiding kan alleen bestaan uit het in stand houden van het contact. Dit doet zich bijv. voor als tijdens de behandeling tijdelijk een pas op de plaats gemaakt moet worden. Per discipline kan de concrete vorm waarin begeleiding wordt geboden, verschillen.

6. Regressie

Doel:

Een situatie te creëren, waarin de patiënt de behoefte gaat voelen (er toe verleid wordt) zelf weer verantwoording te nemen.

Werkwijze:

Het meegaan in de wensen/behoeften van de patiënt, die terugvalt naar een zeer vroege ontwikkelingsfase bijvoorbeeld ten gevolge van vergaande geestelijke uitputting bij een depressie. Bij regressie wordt ernaar gestreefd bij de patiënt zo veel mogelijk weerstanden weg te halen en hem/haar van alle gestelde

eisen/verantwoordelijkheden te ontslaan, gericht op het creëren van een gevoel van rust en veiligheid. Voor de patiënt houdt deelname aan alle verplichtingen tijdelijk op. Indien hier toe bij een patiënt behoefte bestaat, kan zo nodig worden overgegaan tot het overnemen van functies die intact zijn (bijv. ADL-hulp, wensdietet en eten geven of rolstoelvervoer, terwijl iemand zelf kan lopen). Het doel is een situatie te creëren, waarin er geen strijd/behandelingsdruk meer is en de patiënt de behoefte gaat voelen (er toe verleid wordt) zelf weer verantwoording te kunnen nemen.

7. Rehabilitatie

Doel:

Het bevorderen en in stand houden van de autonomie van de patiënt.

Werkwijze:

Stimuleren, coachen en begeleiden van de patiënt bij het trainen van vaardigheden die gericht zijn op het behalen van (voornamelijk door de patiënt) gekozen doelen. Deze doelen kunnen worden geformuleerd op voor de patiënt belangrijke terreinen zoals zelfzorg, huishoudelijk werk, algemene en sociale vaardigheden. Bij het stellen van voor de patiënt haalbare doelen is de inter-

actie tussen patiënt en verpleging erg belangrijk. Ook kunnen andere disciplines worden ingeschakeld om bijv. inzicht te krijgen op (onderdelen in) het functioneren van de patiënt (onderzoek), zodat een oordeel kan worden gegeven over de haalbaarheid van de (te stellen) doelen. Bij rehabilitatie ligt veel nadruk op het stapsgewijs behalen van de gestelde doelen. Hierbij wordt rekening wordt gehouden met mogelijkheden, vaardigheden en voorkeuren van de patiënt. Als vaardigheden niet meer kunnen worden geleerd, kunnen in overleg met de patiënt aanpassingen of extra hulp worden aangeboden.

8. Psycho-educatie

Doel:

Een goede bejegening van patiënt en familie door het geven van voorlichting. Het verhelderen van de eigen rol van familie in het (probleem)gedrag van de patiënt.

Werkwijze:

Psycho-educatie vindt plaats in de vorm van gesprekken en het aanbieden van informatiemateriaal. Onderdelen zijn:

- Het geven van voorlichting over de aard en het te verwachten beloop van de klachten.
- Het geven van adviezen over de beste manier van omgaan met de klachten, c.q. gedrag van de patiënt, waardoor een eventueel negatief beloop van de aandoening zo veel mogelijk wordt voorkomen.
- Het geven van voorlichting over de behandeling en het gebruik en (bij)werkingen van medicatie.

9. Systeeminterventies

Doel:

Verbetering van de interacties binnen het patiëntensysteem.

Werkwijze:

Systeeminterventies hebben de vorm van gesprekken met het patiëntensysteem of de familieleden afzonderlijk. De interventie wordt ingezet in het geval interacties binnen het systeem zijn vastgelopen in samenhang met de aandoening(en) van de patiënt of anderszins verband houden met het ontstaan of

(toekomstig) beloop van diens aandoening(en).

Indicaties zijn:

- Persoonlijke problematiek.
- Het functioneren van het systeem houdt de problematiek van de patiënt in stand houdt of versterkt deze.
- Veranderingen bij de patiënt hebben hun weerslag op de interacties binnen het patiëntensysteem.
- Gedragsveranderingen van de patiënt actualiseren oude thema's binnen het systeem.

10. (Psycho)farmaca

Doel:

Reductie, stabilisatie of het doen verdwijnen van somatische, gedrags- of stemmingsstoornissen.

Werkwijze:

Het voorschrijven van medicatie er tevens

op gericht nieuwe symptomatologie te voorkomen. Tegelijkertijd met het voorschrijven van medicatie wordt begeleiding en ondersteuning bij het gebruik ervan geboden. Ook worden patiënten gemotiveerd tot voorgeschreven gebruik.