

BEPLANNING VAN DIENSTE VIR DIE GEESTESVERTRAAGDE PASIËNT – 'N PROSESBEHANDERING

Anna-Marie Bruwer

Adjunk-hoofverpleegbeampte, Departement van Gesondheid, Welsyn en Pensioene

SUMMARY

In implementation of an open health system for the care of the mentally retardates certain principles must be adhered to.

The implementation of these principles into the existing services will require initial sacrifices from the staff involved.

Die versorging van die geestesvertraagde word tereg gesien as die stiefkind in die gesondheidsdienste. In 'n poging om 'n meer dinamiese dimensie aan die dienslewering te verleen poog die Departement van Gesondheid, Welsyn en Pensioene huidig om 'n oop sisteem (kyk model 2) van dienslewering daar te stel.

In aansluiting dus by die voorafgaande artikel deur P. Henning et al, word daar in die onderhawige artikel gepoog om 'n spesifieke benadering tot die beplanning van dienste vir dié besondere teikengroep daar te stel, met 'n kort bespreking oor die implementering van die benadering in die huidige diensleweringstelsel.

1. **Probleemstelling**

Die huidige dienslewering word deur 'n groot aanvraag na hospitalisasie van pasiënte gekenmerk, ongeag die feit of hospitalisasie die mees aangewese vorm van behandeling is of nie. Gevolglik het sorg- en rehalitasiesentra lang waglyste van pasiënte.

Sodra 'n pasiënt in 'n sentrum opgeneem word is die verwagting van die familie meestal een van permanente toelating tot die hospitaal – weereens ongeag daarvan of dit die mees wenslike oplossings bied of nie.

Die gevolg is dat die hospitaalbevolking kumulatief van aard is, wat slegs tot oorbevolking kan lei. Die sentra het dus 'n geslote sisteem geword. Die geslote sisteem in die behandeling van geestesvertraagdes het nou egter 'n versadigingspunt bereik en alternatiewe behandelingswyses en diensverskaffing kan nie langer uitgestel word nie.

2. **Beginsels van toepassing by beplanning van dienste**

Die handhawing van die volgende beginsels is onderliggend aan die beplanning van dienste vir die geestesvertraagde:

2.1 **Vroeë evaluasie van pasiënt**

Ten einde die grootste mate van effektiwiteit in die terapeutiese program van pasiënte te bereik is 'n omvattende evaluasie van die pasiënt se fisiese en psigo-sosiale toestand noodsaaklik.

Binne die raamwerk van die data kan 'n sinvolle program opgestel word wat tot voordeel van die pasiënt strek asook binne die vermoë van sy gesin ressorteer.

Evaluasiesentra is vir die doel aangewese. Vanweë die groei en vorderingsproses teenwoordig by die geestesvertraagde, alhoewel stadig, is her-evaluasie van tyd tot tyd wenslik.

Die Evaluasiesentra is verteenwoordigend van sentralisasie van spesialistekennis – 'n tendens wat noodsaaklik word deur die tekort aan mannekrag.

2.2 **Verwysing van pasiënt**

Soos reeds gemeld, is die benutting van beskikbare en beperkte fasiliteite noodsaaklik. Die kanalisering van die pasiënt na die korrekte fasiliteite is natuurlik tot voordeel van die pasiënt en sy gesin.

Ongelukkig oorskry die aanvraag na dienste meestal die beskikbaarheid van fasiliteite. Die soeke na alternatiewe en die verskaffing van praktiese steun as tussentydse maatregel is dan in die omstandighede noodsaaklik.

2.3 **Daarstelling van 'n verskeidenheid hulpsisteme**

Vir sowel inrigtings- as buite-inrigtingsdienste aan die geestesvertraagdes is 'n groot verskeidenheid hulpsisteme nodig wat gemeenskapsbetrokkenheid regverdig. Hulpsisteme is daardie dienste wat 'n aanvullende bydrae tot die verrigting van die primêre funksie lewer. Die

hoofdoelstelling in die verband is om die pasiënt en sy gesin nie van die gemeenskap te skei nie. Belangrik is dat die hulpsisteme, op 'n langtermynbasis moet geskied.

Die tuisversorging van 'n geestesvertraagde kind stel hoë eise aan die gesin. 'n Kernbeginsel in gemeenskapsdienslewering moet gehandhaaf word, nl. om nie eise te stel wat hoër is as dié waaraan die gesin kan voldoen nie. Dit kan net tot krisisingryping lei omdat die gesin nie die langtermynspanning kan hanteer nie. Voorbeelde van hulpsisteme word in par. 3 verder bespreek.

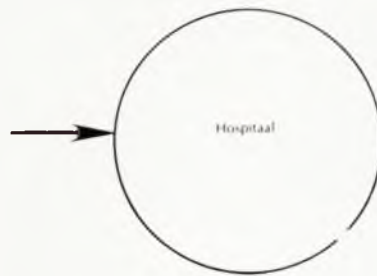
2.4 Geïntegreerde dienslewering en multiprofessionele spanbenadering

Vanweë die omvattende fisiese en psigososiale behoeftes van die geestesvertraagde pasiënt is dit noodsaaklik dat 'n wye multiprofessionele spanbenadering gevolg word. In die rehabilitasie van die pasiënte is 'n sterk fisiese komponent aanwesig, daar geestesvertraagtheid so dikwels met fisiese gestremdheid gepaard gaan.

3. Implementering van die stelsel.

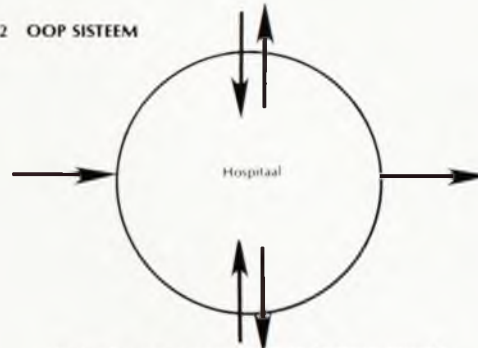
Ten einde bogenoemde beginsels te illustreer word eerstens 'n model voorgestel wat 'n geslote stelsel voorstel.

MODEL 1 GESLOTE SISTEEM



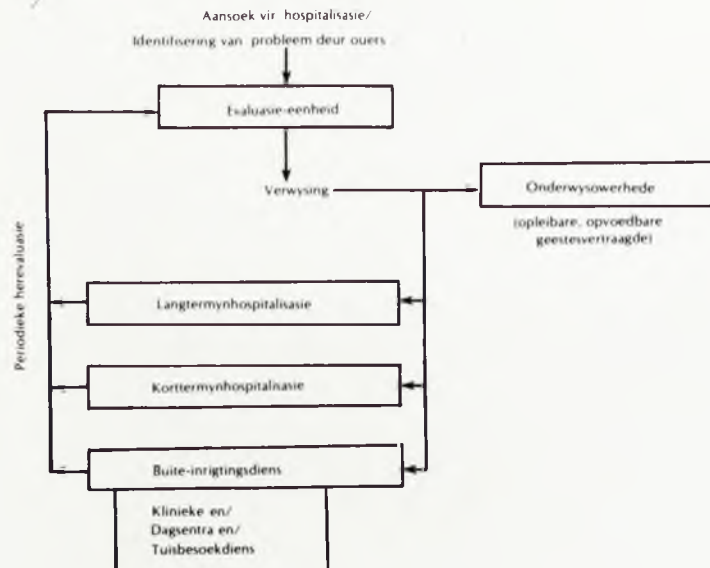
Daarteenoor kan 'n oop sisteem as volg saamgestel word

MODEL 2 OOP SISTEEM



Die handhawing van 'n oop sisteem en die geestesvertraagde diens kan visueel as volg daargestel word:

MODEL 3 GEESTESVERTRAAGDE DIENSLEWERING



Om die stelsel in 'n bestaande diens te implementeer vereis natuurlik aanpassings en aanvanklik opofferings van die personeel.

3.1 Fase 1

By die meeste sorg- en rehabilitasiesentra is dit gebruiklik dat aansoeke om toelating tot die sentra op 'n waglys geplaas word. Die meeste sentra het dan ook elletlange waglyste.

3.2 Fase 2

Duidelike kriteria vir toelating, met doelstellings vir elke afdeling, moet gestel word.

Plasing van pasiënte in sale volgens die beginsels van progressiewe pasiëntesorg is waarskynlik die mees oordeelkundige benadering.

Alle pasiënte wie se name op die waglys geplaas word moet aan bogenoemde kriteria onderwerp word. In die praktyk is gevind dat baie van die pasiënte nie meer hospitalisasie benodig nie, oorlede is of dat hospitalisasie in die eerste plek nie geregverdig is nie. Die evaluasie kan aanvanklik gedoen word deur 'n vraelys aan die ouers te stuur.

3.3 Fase 3

Die instelling van 'n gemeenskapsdiens is vir die implementering van die volgende fase nodig. In die begin is een verpleegkundige met 'n maatskaplike werker voldoende om 'n konsultatiewe diens te lewer. Die taak van die verpleegkundige is om die pasiënte wie se name op die waglys verskyn, nadat Fase 2 geïmplimenteer is, tuis te besoek en verdere (dus direkte) evaluasie, in samewerking met die maatskaplike werker, te doen met die oog op kriteria en doelstellings gestel in Fase 1.

3.4 Fase 4

Terwyl die verpleegkundige besig is met Fase 3, is dit nodig om fisiese fasiliteite in te rig om as evaluasie-eenheid te dien. Ten einde kan gebruik gemaak word van huidige pasiëntesaal-fasiliteite met die toekenning van 'n hoë ratio personeel om die intensiewe dataversameling, fisiese ondersoek en behoeftebepaling te onderneem. Daarmee saam is dit noodsaaklik om 'n paneel professionele beamptes saam te stel om aan die evaluasieproses deel te neem.

Die periode van verblyf van die pasiënt in die evaluasie-eenheid behoort vooraf bepaal te word bv. maksimum 5 maande, om te voorkom dat die eenheid in 'n korttermyn-hospitalisasie-eenheid onttaard.

Soos die verpleegkundige die pasiënt vir evaluasie in die gemeenskap voortspruitend uit Fase 1 identifiseer, word Fase 4 dus geïmplementeer.

Fase 5

3.5

Na evaluasie van die pasiënte ten opsigte van psigo-sosiale behoeftes is die samestelling en implementering van die versorgingsplan aangewese. Aan die een uiterste is daar die pasiënte wat noodwendig kwalifiseer vir langtermynhospitalisasie as gevolg van die aard en intensiteit van sorg benodig en/of die huislike omstandighede van die pasiënt (kyk model 3).

Aan die ander kant, in teenwoordigheid van gunstige huislike omstandighede, is daar twee alternatiewe/moontlikhede vir pasiënte:

3.5.1 Eerstens, korttermynhospitalisasie:

In die reël is korttermynhospitalisasie aangewese ten einde nuwe gedragspatrone van pasiënte te vestig, en heel dikwels is hospitalisasie van die ouers of een van die ouerpaar wenslik sodat die nodige voorligting hand aan hand daarmee kan loop. Gesinseenhede as deel van die saal, is dus essensieël.

Vir her-evaluasie van pasiënte sal die proses gedurende die pasiënt se leeftyd periodiek herhaal moet word.

Die eenhede het inherent 'n intensiewe karakter.

'n Ander vorm van korttermynhospitalisasie wat nodig blyk te wees, is vir die pasiënte wat primer tuisversorging kry en vir wie hospitalisasie slegs nodig is ten einde die ouers/gesin 'n "blaaskans" te gee. Die doelstellings van hierdie korttermynhospitalisasie verskil dus inherent van dié van die voorafgaande. Ten einde nie negatiewe gevoelens by die pasiënt te kweek nie, moet die aard van die hospitalisasie 'n positiewe ervaring vir die pasiënte wees – een waarna hy ook as 'n "vakansie" uitsien.

3.5.2 Tweedens, tuisversorging

Die begrip tuisversorging is geensins 'n homogene konsep nie. Die wyse van versorging stel hoë eise aan die gesondheidswerker vanweë die kompleksiteit van die aard van dienslewering. Sekere benaderingswyses kan egter geïdentifiseer word.

3.5.2.1 Dagversorging:

Afhangende van die situasie tuis is dagversorging deur middel van 'n dagsentrum (soms genoem aktiwiteitsentrum/speelsentrum) aangewese. Dagsentra kan of op die hospitaalterrein daargestel word of op strategiese plekke volgens die gemeenskap se behoefte. In sommige lande word die dagsentra gegradeer afhangende van die mate van professionele hulp wat pasiënte benodig. Dagsentra

funksioneer gewoonlik slegs gedurende weksdae, alhoewel dit nie onbekend is dat 'n sewedagdiens gelewer kan word nie. Belangrik egter is die moontlikheid vir ouers en veral moeders, om kinders vir kort periodes na die dagsentra te bring om hul in staat te stel om bv. een dag 'n week inkopies te kan doen. 'n Buigsame benadering is dus wenslik. Tesame met die dagsentra ontwikkel gewoonlik 'n vervoerdiens wat pasiënte tuis oplaai en weer tuis besorg.

Gekoppel aan die dagsentra is 'n primêre gesondheidspan wat periodiek inbeweeg (bv. kliniekdae) wat instandhoudingsterapie voor-skrif of adviserend optree.

3.5.2.2 Tuisversorging

Vir die ouers wat pasiënte tuis versorg en selfs pasiënte wat die dagsentra bywoon, is 'n tuisbesoekdiens op 'n gereelde basis aangewese. Graag wil ek op hierdie stadium onderskei tussen die rol van die gemeenskapsverpleegkundige en dié van die psigiatriese gemeenskapsverpleegkundige. Eersgenoemde is gewoonlik in nouste kontak met die gesin gedurende die voorskoolse jare van pasiënte en is gewoonlik die professionele persoon in wie die ouers baie vertrou het. Wanneer 'n geestesvertraagde kind in die gesin ter sprake is, is die situasie geensins anders nie. Die psigiatriese gemeenskapsverpleegkundige en ander spanlede – veral fisio- en arbeidsterapeut – lewer 'n konsultatiewe diens tuis en vul net gespesialiseerde hulpverlening aan. Die stelsel dat daar gesamentlike tuisbesoek afgelê word, word dus ondersteun omrede veral in plattelandse gebiede die gemeenskapsverpleegkundige makliker bekombaar is as die psigiatriese verpleegkundige. Die aanbieding van kort kursusse aan gemeenskapsverpleegkundiges mag in die verband nodig wees.

Soos reeds gemeld stel 'n tuisbesoekdiens hoë eise, nie alleen aan die professionele werkers nie, maar ook aan die gemeenskap.

Hulpsisteme moet deur middel van gemeenskapsbetrokkenheid (bv. welsynsorganisasies) daargestel word vir aspekte soos:

- huishoudelike hulp aan moeders;
- wasgeriewe daarstel vir die addisionele las wat die pasiënte gewoonlik op 'n huishouding plaas;

- vervoerdiens vir pasiënt na en van klinieke;
- speelgoedbiblioteke;
- vakansiefasiliteite vir pasiënte, met die nodige professionele toesig.

Omrede 'n geestesvertraagde in 'n gesin addisionele uitgawes het, is die enkelsorgtoelaes betaalbaar deur die Departement van Gesondheid, Welsyn en Pensioene vir die doel daargestel.

3.6 Fase 6

Op die oomblik is die sorg- en rehabilitasiesentra yl versprei sodat deskundige advies moeilik vir die publiek bekombaar is. Die daarstelling van kleiner sentra vir die geestesvertraagde pasiënt en wat maklik bereikbaar is vir die publiek, geniet reeds aandag.

Die byvoeging tot die bestaande psigiatriese gemeenskapsdiensspan van 'n verpleegspesialis in die versorging van die geestesvertraagde, geniet ook reeds aandag en daarmee gepaardgaande indiensopleidingskursusse word vir 1981 beplan.

4. Slotopmerkings

Verskeie sorg- en rehabilitasiesentra het reeds begin om fasette van bogenoemde sisteme te implementeer. Soos die psigiatriese diens nader beweeg aan die gemeenskap, moet verseker word dat die geestesvertraagde nie agterweë bly nie en 'n integrale deel van die dienslewering bly. Verder moet die diens integraal tot die omvattende gesondheidsdiens op alle owerheidsvlakke ontwikkel. Daar word met groot verwagting uitgesien na 'n nuwe era van dienslewering aan die geestesvertraagde.

BIBLIOGRAFIE

- Department of Health and Social Security, Welsh Office: Better services for the Mentally Handicapped. Her Majesty's Stationery Office. London. 1971.
- Mittler, P. (Chairman): Helping Mentally Handicapped People in Hospital. Department of Health and Social Security. England. 1978.
- Mittler, P. (Chairman): Mental Handicap: Planning together Pamphlet Number 1. Department of Health and Social Security. England. 1976.
- W.H.O.: Organization of Services for the Mentally Retarded. 15th Report. W.H.O. Technical Report Series No. 392. Genève. 1968.

Artikels

- Carroll, S.J.: District vs Ward. *Nursing Mirror*. 27 April 1978.
- Wilken, D.: Community care of the Mentally Handicapped.
1. Family support. *Nursing Mirror*. 27 April 1978.
 2. The role of the services. *Nursing Mirror*. 4 May 1978.
- MacNab, P.: Educational facilities. *Nursing Mirror*. 11 May 1978.