

Zorgwekkende zorgmijders tussen wal en schip

M. DESTOOP



Patiënt A, een 21-jarige man, werd aangemeld wegens dreigende uithuiszetting nadat hij tegels en de vloer had uitgebroken, de huur niet betaalde en geluids-overlast veroorzaakte. De burens vertelden dat de man een onsamenhangend en verward verhaal bracht. De huisbaas wist dat patiënt enkel contact had met een oudere man, maar het vermoeden bestond dat deze man in ruil voor drugs seksuele contacten had met patiënt. Er was geen psychiatrische voorgeschiedenis bekend. De huisbaas had al vaker geprobeerd te bemiddelen met de burens en hij had ook klacht ingediend bij de politie, echter zonder resultaat. Voor de huisbaas en de burens was de maat nu echt vol.

Het bemoeizorgteam Samenwerking Sociale Huisvestingsmaatschappijen en Geestelijke Gezondheidszorg Antwerpen (SEGGA) werd geraadpleegd door de sociale huisvestingsmaatschappij (vergelijkbaar met woningcorporatie in Nederland) omdat men een ernstige psychiatrische aandoening vermoedde. Het team trachtte contact te maken met patiënt, maar hij weigerde de deur open te doen of doolde rond op straat.

Na 2 maanden was er een doorbraak. Patiënt opende de deur en tijdens een kort gesprek in de gang gaf hij te kennen dat hij geld nodig had om speed te kunnen kopen. Hij had geen inkomen meer. Met enige aarzeling liet hij de bemoeizorger toe om samen te kijken hoe in een inkomen voorzien kon worden.

Op het moment dat ik dit schrijf, werd patiënt al 2 jaar begeleid door SEGGA. Er bleek sprake te zijn van amfetamineafhankelijkheid en paranoïde schizofrenie. Hij was ondertussen bereid antipsychotica te nemen en er waren geen overlast of financiële problemen meer. Het gebruik van amfetamines was afgenomen. De eerste stappen richting de reguliere ggz werden gezet. Ook met zelfzorg, woonsituatie en administratie was er vooruitgang geboekt.

Zorgmijders: wie zet eerste stap?

Deze casus toont het grote nut en de effectiviteit van specifieke aanklampende bemoeizorg voor zorgwekkende zorgmijders. Ondanks de huidige ggz-hervormingen in België gericht op vermaatschappelijking van de zorg dreigen velen van deze groep buiten de boot te vallen. Voor de reguliere zorg vormen het geringe ziektebesef en de tekortschietende motivatie een belemmering. Hoewel vele organisaties de drempel voor patiënten trachten te verlagen, verwacht men dat de patiënt zelf de eerste stap naar de hulpverlening zet. Bij eerstelijns-hulpverleners aan huis zoals huisartsen en Centra Algemeen Welzijnswerk (CAW's) ontbreekt het vaak aan expertise over ggz en ondersteuning om te kunnen voorzien in de noden van de zorgwekkende zorgmijders. Bijgevolg zien we dat wie geen motivatie kan opbrengen of niet in staat is om de voorgeschreven hulp te vragen, buiten de georganiseerde zorg valt (Tielens e.a. 2010).

Structurele problemen

Ook de nieuwe mobiele behandelteams in Vlaanderen ondervinden moeilijkheden om tegemoet te komen aan de noden van zorgwekkende zorgmijders.

Mobiele crisisteams (2a-teams), vergelijkbaar met de Nederlandse ACT-teams, ervaren dat de maximumtermijn van 6 weken vaak te kort is om contact te kunnen maken. Tevens is men terughoudend als de patiënten de zorg niet accepteren. De gastrol die een verpleegkundige vervult bij een huisbezoek is noodzakelijk en lukt het niet om een relatie op te bouwen, dan is dat het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt. Bovendien dienen aanmeldingen te gebeuren via een arts, een drempel waardoor vele zorgwekkende zorgmijders onder de radar blijven.

Mobiele teams gericht op langdurende psychiatrische problematiek (2b-teams of in Nederland FACT-teams) includeren patiënten met een duidelijke diagnose en indicatie voor zorg, maar zorgwekkende zorgmijders die nooit in aanraking gekomen zijn met ggz hebben geen diagnose. Dus enkel bekende patiënten met een diagnose voor wie een vraag gesteld werd, kunnen in aanmerking komen voor bemoeizorg binnen 2b-teams. Dit is paradoxaal.

Bovendien is het uitgangspunt in deze teams dat patiënten tijdelijke bemoeizorg krijgen en tijdens deze periode op het FACT-bord staan. Tijdens deze crisis wordt er dan hoofdzakelijk gefocust op afstemming, praktische regelingen en begeleiding, terwijl men minder bekwaam is in de centrale onderdelen van bemoeizorg, nl. naasten betrekken en tijd en ruimte nemen om contact te maken (Roeg e.a. 2015). Bovendien doen 2b-teams vanuit hun herstelgerichte visie een beroep op de zelfredzaamheid en eigen kracht van de patiënt en op de mantelzorg, terwijl zorgwekkende zorgmijders vaak weinig eigen kracht en mantelzorg hebben (Derksen 2012).

Kortom, indien een 2a-team er al in zou slagen om deze mensen te bereiken en binnen 6 weken contact te maken, is het niet evident om hen door te verwijzen naar een 2b-team en de langdurende intensieve aanklampende zorg te continueren. Er is dus een structurele leemte voor niet-geïnccludeerde zorgwekkende zorgmijders binnen de hervormde ggz-structuur.

Mogelijke oplossingen

Gelukkig kan in bemoeizorg voor sommige zorgwekkende zorgmijders momenteel wel voorzien worden door kleinschalige projecten die niet structureel ingebed zijn in het huidige ggz-landschap. Dergelijke projecten zijn momenteel enkel voorhanden in bepaalde regio's en/of voor specifieke doelgroepen en dus niet landelijk dekkend. Ze werken vaak volgens de beginselen van presentie, narratieven en motivering (Tielens e.a. 2010; Roeg e.a. 2015). Contact maken staat centraal en gaat hand in hand met zorgcoördinerende taken zoals financiën, huisvesting, daginvulling en somatische zorg. De zorg is ongevraagd, actief, outreachend en de doelstellingen zijn: signaleren, overlast verminderen en toeleiden naar reguliere zorg. Het team heeft een multidisciplinaire benadering en besteedt initieel zo weinig mogelijk uit aan derden in het belang van de binding. Er is geen limiet voor de tijdsduur van de hulpverlening en het aantal contacten (Libbrecht e.a. 2005).

Gezien de specifieke taak en expertise van deze bemoeizorgteams zijn er twee mogelijkheden. Ofwel we maken deze projecten structureel binnen de huidige ggz-hervormingen, uiteraard in nauwe samenwerking met de bestaande outreachteams binnen functie 2. Ofwel de huidige outreachende teams binnen functie 2 bouwen specifieke activiteiten uit gericht op bemoeizorg voor zorgwekkende zorgmijders. Zo moeten we zorgen dat deze kwetsbare patiënten binnen onze sector niet in de kou blijven staan. Niemand is tenslotte gebaat bij dakloze patiënten die na veel overlast gedwongen worden opgenomen en die de onherroepelijke gevolgen dragen van een te lang bestaand onbehandeld ziektebeeld.

LITERATUUR

- Derksen J. Meer zelfredzaamheid? Nee minder zelfredzaamheid. Peeters PH, Cloin C, red. Onder het mom van zelfredzaamheid. Een journalistieke analyse van de nieuwe mantra in zorg en welzijn. Eindhoven: Pepijn; 2012. p 15-9.
- Libbrecht I, Gijzen M. Hulp aan zorgwekkende zorgmijders: Assertive Community Treatment. Van Dam A, Mulder N, red. Motivatie en mogelijkheden van moeilijke mensen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2005. p 27-38.
- Roeg D, van de Lindt S, Lohuis G, van Doorn L, red. Bemoeizorg van A tot Z. Assertieve en outreachende zorg. Amsterdam: SWP; 2015.
- Tielens J, Verster M. Bemoeizorg. Eenvoudige tips voor moeilijke zorg. Utrecht: De Tijdstroom; 2010.

AUTEUR

MARIANNE DESTOOP, psychiater, Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen, Boechout, tevens: SEGGA, en onderzoeker, Universiteit Antwerpen (UA-CAPRI).

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Marianne Destoop, PC Broeders Alexianen, Provinciesteenweg 408, 2530 Boechout, België.
E-mail: Marianne.destoop@fracarita.org

Geen strijdige belangen meegegeeld.

TITLE IN ENGLISH

Care avoiders between two stools