

WIE VERDRAAGT GEKTE HET BEST?

De dilemma's van de praktijk

Wie gekte het best verdraagt of zou moeten kunnen verdragen is de vraag die in de praktijk vaak op ons bord komt. Wanneer raken grenzen bereikt aan het gekke gedrag van iemand? Hoeveel nachten moeten burens hebben geklaagd bij de politie, als ze dat al durfden, eer er met een juridische maatregel mag en kan worden ingegrepen. Hoeveel teloorgang moet familie verdragen? Hoeveel zin heeft die eindelijk verkregen RM als de patiënt elke vorm van behandeling weigert? Wat betekent het voor nadenken over ambulante dwang als een met een RM opgenomen patiënt elke vorm van behandeling mag weigeren? En als niet te behandelen patiënt met een RM dan maar ontslagen worden omdat alleen iemand tegen zijn zin in opsluiten ook nog nooit echt veel goeds heeft gedaan. In welke armoedige, verwaarloosde toestand moeten mensen raken, zonder geld om eten te kopen, afgesloten van gas en licht, dakloos? Zo geïsoleerd raken dat je jezelf verwaarloost of ernstige zelfmoordpogingen overweegt. Gevaarscriteria in de huidige dwangpraktijk kunnen breed geïnterpreteerd worden.

Mijn eigen praktijk is uitgangspunt geweest voor mijn verhaal. Daarom eerst ter introductie en inleiding iets over mijn werksituatie.

Ik ben sinds 7 jaar werkzaam als Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige op de RIAGG Rotterdam Zuid, afdeling Volwassenen, Sociale Psychiatrie. Sinds een jaar hebben wij een speciale afdeling chroniciteit; Garoeda genaamd.

Voordat deze afdeling een feit was bestond er al jaren de enthousiaste taakgroep chroniciteit. Een groep bestaande uit 2 B-verpleegkundigen, een psychiater/systeemtherapeut, een arts-assistent en 7 SPV-en. Zelf werk ik op de decentrale vestiging Hoogvliet. De caseload van de SPV-en bestaat alleen uit chronisch psychiatrisch patiënten. Binnen de afdeling Garoeda bestaat het Time Out Project. Een samenwerking

Tine van Duijn

Tine is sociaal psychiatrisch verpleegkundige en werkt bij de Riagg Rotterdam Zuid, afdeling Volwassenen, Sociale Psychiatrie.

tussen de RIAGG en het APZ Delta. Er is 1 behandelteam samengesteld. De doelgroep die we behandelen zijn de "moeilijkste" patiënten. Totaal worden nu 65 patiënten behandeld.

Kenmerken van de patiënten groep:

De patiënten hebben op diverse terreinen van hun leven problemen. Kenmerken uit de groep zijn onder andere dat zij geen behandelcontact aanwillen, aankunnen of shoppen. De patiënten hebben ernstige psychiatrische handicaps. Psychotisch, dakloos en zwervend, huurachterstanden, overlast veroorzakend, zonder geld of met huize hoge schulden, families met of zonder E.E., of juist de patiënt die werkelijk

niemand meer heeft, een onzekere verblijfsstatus en vaak problemen met drugs.

De patiënten kampen met stoornissen als Schizofrenie en ernstige persoonlijkheids problematiek. Kenmerken van het Sociaal Breakdown Syndroom vertoont elke patiënt.

Regelmatig is in de teambespreking aan de orde of er maatregelen moeten worden beoordeeld. Variërend van I.B.S. , R.M. tot dwangmedicatie en separeren. Een van de kernpunten van het project is dat we continuïteit van zorg hoog in het vaandel hebben staan en dat wij doorbehandelen, ook in de kliniek. Dit betekent dat de ambulante behandelaar, een van de 3 SPV-en, in de kliniek behandelaar is onder eindverantwoordelijkheid van de klinisch psychiater. Drie B-verpleegkundigen, 1 werkzaam in de kliniek en 2 bij de RIAGG , hebben vooral als taak het letterlijk praktisch ondersteunen van de patiënt en het leggen en onderhouden van het contact. Nauw samenwerkend met de SPV.

Tevens maakt de polikliniek van het ziekenhuis deel uit van het project, zodat er in Rotterdam letterlijk maar 1 deur geopend te worden en je werkt samen. Vanuit Hoogvliet, mijn praktijk dus weer, verzorg ik zelf de RIAGG-depot functie. We kunnen zelf depots toedienen.

Casus 1

Als eerste voorbeeld het verhaal van Tessa.

Zij is een Schizofrene vrouw die in Hoogvliet komt wonen en zich zelf bij de RIAGG meldt. Zij is psychotisch, krijgt depot met haar instemming en blijkt eerder in psychotische episodes onder andere brand in haar eigen woning te hebben gesticht. Binnen twee maanden

kennismaking waarbij de hulp bestond uit het regelen van gas en licht, uitkering over laten schrijven, huisarts zoeken en depot toedienen komt ze met een foto van een echo-onderzoek en meldt stralend zwanger te zijn. Ze weigert medicatie want haar lichaam moet schoon zijn. De zwangerschap loopt net als de psychiatrische toestand voorspoedig. 8 maanden zwanger decompenseert zij psychotisch op de dag dat haar broer overlijdt. De familie kan pas een dag na haar opname worden ingelicht over het feit dat zij was opgenomen. Er was al langer weinig contact. Haar zoon wordt geboren en moeder en kind komen onder onderzoek van de Raad voor de Kinderbescherming en RIAGG en depot medicatie naar huis. Alles gaat, met veel hulp van professionals, goed tot zij, haar zoon is dan een maand of 8, vertelt dat zij weer zwanger is. Zij wil weer met de medicatie stoppen. In de winter vorig jaar hield zij het contact af. Ik trof haar niet meer thuis, zij reageerde niet op briefjes, en er was geen telefoon. Familie gebeld die niet bereikbaar bleken.

Twee maanden later is zij in floride psychotische, totaal incoherent en verwaarloosd met een vervuilde baby door 2 burens naar de RIAGG gebracht. "Vrijwillig" opgenomen en de jongen naar een pleeggezin want niemand van de contactpersonen uit de familie was er.

Omdat zij aangeeft naar huis te willen wordt zij op IBS en snel op RM beoordeeld. Dit gezien haar slechte conditie en de gevorderde zwangerschap met alle te verwachten gevaarlijke situaties van moeder en kind zo dicht tegen de bevalling. De familie komt terug van familiebezoek in het buitenland en is geschokt.

De zoon die in het pleeggezin werd opgevangen komt bij familie in huis. Tessa bevalt van een dochter. Over beide kinderen wordt een OTS uitgesproken. Tessa komt in het kader van proefverlof van de RM met haar dochter naar huis. Voorwaarden voor het proefverlof zijn: Tessa neemt 1x per maand haar depotmedicatie, zij accepteert mijn tweewekelijkse bezoeken, er komt 3 keer per week Thuiszorg. Voor het dochtertje waarover een OTS is uitgesproken moet Tessa zich houden aan de afspraken met de gezinsvoogd, zij moet de afspraken met het consultatiebureau nakomen. Zo niet, dan moet Tessa zelf worden opgenomen en wordt haar dochter uit huis geplaatst. Maar hoe strikt deze afspraken moeten worden nagekomen is niet geheel duidelijk. Mag zij vragen of zij haar depot een paar dagen later kan krijgen? Een week? En als Tessa zegt na 2 hulpen van Thuiszorg dat het maar niet klikt?

We zijn nu 5 maanden verder en alle afspraken door de ambulante RM-voorwaarden en de OTS-voorwaarden worden goed nagekomen en moeder en dochter maken het goed. Er is een bezoeksregeling voor Tessa om haar zoon te bezoeken. Zij heeft nauwelijks contact met haar familie, wel met de vader van haar tweede kind.

De ambulante dwang in deze casus zit in de voorwaarden van het proefverlof van de RM.

Dit is een al bestaande vorm van een mogelijkheid om ambulante dwang toe te passen vanuit de huidige BOPZ-criteria.

Deze vorm van behandelen vraagt van de RIAGG en de uitvoerend behandelaar veel tijd en taken.

De behandelaar is verantwoordelijk voor het uitvoeren van de zorg en naleving van de gemaakte afspraken. Een voorwaarde om deze "proefverlof behandeling" te kunnen bieden is de garantie van continuïteit van zorg. Er moet dan ook een deskundig, ingewerkte en bijgeprate collega SPV zijn die snel kan waarnemen en intensief overleg met behandelend psychiater. Er moet een formeel en informeel netwerk rond de patiënt worden gevormd. De SPV is flexibel en laagdrempelig wat betekent dat je snel de patiënt van dienst kan zijn als hij of zij een beroep op je doet. Rapportages moeten worden verzorgd.

De intensieve zorg passend bij een proefverlof RM is werk van de SPV. Onze "brede zorg"-deskundigheid biedt veel mogelijkheden om bij cliënt-systeem ambulante dwang toe te passen. Als een ambulante RM, officieel nog steeds proefverlof, ten einde loopt en de patiënt waarschijnlijk ten gevolge van de maatregel stabiel kan blijken dan wordt het erg moeilijk om de dwangmaatregel te verlengen. De patiënt maakt het immers redelijk goed en er is een behandelrelatie mogelijk gebleken. Heeft het dan niet de voorkeur om de behandeling op vrijwillige basis voort te zetten? Of was het nu juist mede dankzij de dwang van de RM die maakte dat afspraken werden nagekomen?

Of hebben de intensieve contacten met de patiënt er toe geleid dat de patiënt stabiel kan raken en mogelijk blijven?

Dit in een tijd waarin zorg voor chroniciteit prioriteit heeft bij veel instellingen maar waarin je als SPV op de RIAGG, net als alle andere collega's, ook maandelijks productiecijfers te zien krijgt en een norm moet behalen. Erg veel verantwoordelijkheden, vind u niet?

En dan heb ik nog niets gezegd over wie welke verantwoordelijkheden heeft en hoe deze op een juiste manier getoetst kunnen worden. Veel overleg, veel bespreken, veel overdragen. Kost heel veel tijd.

Tessa heeft baat gehad bij deze behandeling. Het is interessant om te weten of deze vorm van ambulante dwang behandelen vaker effect heeft. Mij is niet bekend of er onderzoek is gedaan naar meetbare effecten van onder dwang behandelen. Het is aan te bevelen dat er onderzoek komt naar de huidige mogelijkheden. In hoeverre wordt er effectief gebruik gemaakt van de dwangbehandeling mogelijkheden vanuit de BOPZ? De ene psychiater beoordeelt anders dan de andere, evenals rechters is mijn ervaring. Wat zijn de effecten op de patiënten, wat zijn hun ervaringen? Welke vormen van dwang worden er gebruikt, met welke gebruikte sancties?

Vanuit reële gegevens kan er een pleidooi komen voor uitbreiding van mogelijkheden, maar vooral ook richtinggevend aan vormen van dwang. Ik ben benieuwd hoeveel patiënten er met een proefverlof RM behandeld worden en met welke resultaten.

En hoe bevalt het de patiënt om met dwang te leven? Wat is verdraagzamer? Gekke of het besef van de dubbelheid dat je meewerkt aan een dwangmaatregel?

casus 2

Dan denk ik aan Piet.
Een jonge stoere Antilliaanse man die in 5 jaar tijd, hij is nu 23, al 8 keer opgenomen. Piet heeft o.a. een ernstige Schizo-affectieve stoornis. De opnames waren 4 keer met een IBS en dit wordt zijn 2^o RM. Ook deze RM wordt omgezet

in proefverlof. Piet lapt de afspraken regelmatig aan zijn laars. Voorwaarde voor zijn proefverlof is dat hij wekelijks naar de RIAGG komt en zijn depotmedicatie accepteert. Anders moet hij officieel worden opgenomen. Regelmatig komt hij op de afspraak maar verdenk ik hem ervan dat hij stoned is. Hij ontkent.

Of hij belt vanuit ergens in Europa. Zegt hij. Geintje met zijn vrienden en hij komt echt van de week voor zijn depot. Wat hij dan ook daadwerkelijk doet. Bij elk contact wat we hebben vraagt hij of de RM nog geldt.

Niet volgens de afspraken maar er is, gemiddeld een keer in de twee weken contact.

Het besluit wordt genomen dit zo te laten en niet met opnames te dreigen als hij weer eens een afspraak saboteert. Hij is tenslotte niet psychotisch. Hij verblijft wisselend bij vrienden en familie. Daardoor is er niet echt 1 adres waar hij op is te bereiken. De RM loopt af. verzoek om verlenging wordt afgewezen. Argument : Piet belooft trouw aan de rechter dat hij vrijwillig de behandeling voort zet en een aanwezige zus vertelt dat het al een aantal maanden redelijk goed gaat. Geen agressie, geen gekke dingen. Piet komt nog een afspraak of 3 na. Vraagt steeds of de RM nog geldt.

Nee, Piet.

De laatste keer dat ik hem zie.

Een maand of 4 later komt hij erg psychotisch de RIAGG binnenlopen. Hij wil me spreken. Vraagt of ik hem kan beschermen.

Hij heeft een ontslagbrief van een internist bij zich.

Het blijkt dat zijn vrienden hem een kapotte nier geslagen hebben en hij is op de intensive care beland voor een week of drie.

Daarvoor was hij een maand of drie spoorloos. Op zijn verzoek wordt hij opgenomen.

Later vraagt hij of hij nooit meer een RM hoeft. Hij heeft zich vreselijk geschaamd voor zijn vrienden. Moest zich in allerlei bochten wringen om naar de afspraak op de RIAGG te komen zonder het zijn vrienden uit te kunnen leggen.

De familie vraagt om verdere dwangbehandeling, gewoon thuis. Hij moet altijd zijn medicijnen krijgen. Anders komt hij steeds weer in de goot terecht en moeten ook zij weer meehelpen aan het opbouwen van een nieuwe situatie. Anders huis zoeken, uitkering weer actief krijgen want die was gestopt omdat hij zich nooit meldde. Hopen dat hij nieuwe vrienden vindt. Voor de familie is de gekte het minst goed te verdragen.

Had een vorm van ambulante dwang deze opname kunnen voorkomen? Heeft het zin hem dan zijn medicatie te blijven geven terwijl iedereen weet dat middelengebruik steeds een rol spelen bij zijn decompensaties?

Zou het anders gelopen kunnen zijn met andere mogelijkheden? Wat is voor deze Piet beter te verdragen? De gekte, of de RM, of de voor hem zo pijnlijke heropname? Voor hem gaat elk contact met de psychiatrie met schaamte gepaard. Ik moet denken aan de titel van een column in het NRC van A.J. Heerma van Vos "Verplichte Autonomie". Je moet maar voor jezelf kunnen zorgen. Omdat het bestwil principe uit de wet is, is bemoeizorg in. Of ben ik nu een overbezorgde paternalistische hulpverlener? Ik vind dat het een taak voor onze

beroepsgroep is om de belangen voor deze kwetsbare groep mensen te vertegenwoordigen.

Een heel andere moeilijkheid waar we in Rotterdam mee te maken hebben is dat de politie niet graag patiënten die met een RM buiten afspraken om thuis verblijven op ons verzoek op willen gaan halen.

Je hebt als behandelaar wel de verantwoordelijkheid hiervoor, maar als er geen tijd voor is komen behandelafspraken in gevaar. Ik noem het punt van de politie omdat ik ook nog ergens in dit praktijkverhaal kwijt wil dat je als hulpverlener geen cipier van je patiënt moet worden.

Of zal het principe van het consensus document, met volledige medewerking van de patiënt "vraagteken", deze positie voorkomen? Welke mogelijkheden biedt het werkelijk?

Nadenken en praten over ambulante dwang levert een hoop vragen op; ik noem de vraag welke groepen patiënten belang zouden kunnen hebben bij ambulante dwang; omschrijving van patiënten groepen is noodzakelijk. Is het veroorlooft andere zaken te koppelen aan dwang?

Mag je het gebruiken van medicatie koppelen aan het beheren van de financiën van de patiënt? Een vergaand "voor wat, hoort wat" principe. Want ik denk bij ambulante dwang nog steeds aan een groep patiënten die sociaal ernstige problemen heeft. Kan je daar dan gebruik van maken? Of gaat dit te ver?

Ik stop met vragen stellen. Het levert in ieder geval op dat duidelijk is dat er nog veel moet komen. Onderzoek, organisatievormen, protocollen, verantwoordelijkheden, consensus.

Maar ik zou willen pleiten om te beginnen of we op de een of andere manier beter te weten kunnen komen wat nu werkelijk helpt bij de dwang.

Ik sluit af met de hoop dat de vragen mogen bijdragen aan een discussie

over ambulante dwang en vooral welke mogelijkheden dit zou bieden. Want dat er een erg kwetsbare groep patiënten is, is een feit.

Volgens mij is er nog nooit iemand vrijwillig gek geworden, zou dwang dan helpen?