

SAMENWERKING THUISLOZENZORG EN GGZ

Samenwerking tussen Thuislozenzorg en Geestelijke Gezondheidszorg, broodnodig ?

Voorwoord

In Oktober '93 werd de nota "Thuisloosheid en psychische stoornissen (advies over een opvang - en asiel functie voor dak - en thuislozen)" door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) gepresenteerd. Een aantal vragen die de Staatssecretaris de NRV heeft voorgelegd worden hierin uitgewerkt. Samengevat vraagt de Staatssecretaris, of het juist is dat het aantal thuislozen met psychiatrische problemen zo sterk zal toenemen als onderzoek doet vermoeden, waar deze toename aan te wijten is, hoe een thuisloze zich typeert en hoe men hem of haar het beste kan benaderen, welke organisaties hierin dienen te participeren en hoe er een adequaat netwerk kan worden ontwikkeld. (NRV, 1993 Pag.6)

Vanuit persoonlijke ervaringen wil ik inspringen op de samenwerking tussen Thuislozenzorg en de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Ik zal een beeld schetsen van een mogelijke samenwerkingswijze. Ik ben uitgegaan van de nauwe samenwerking tussen de Riagg Dordrecht en het Maatschappelijk Centrum van het Leger des Heils te Dordrecht, zoals deze in de praktijk plaatsvindt.

Inleiding

Drie jaar geleden constateerde de Volwassenenafdeling van de Riagg een groeiende vraag om hulp vanuit het Leger des Heils in Dordrecht. Steeds vaker werden er bewoners en passanten die binnen deze instelling verbleven aangemeld bij de Riagg. De aanmeldingen vonden plaats door groepsleiders, maatschappelijk werkenden en verpleegkundigen die bij

het Leger des Heils werkzaam waren. Er bestonden destijds nog geen formele afspraken over de wijze van aanmelden vanuit het Leger des Heils naar de Riagg. Uit de hulpvragen en de wijze van omgaan met de diverse bewoners, viel de Riagg medewerkers op, dat er bij de personeelsleden van het Leger des Heils een gebrekkige kennis bestond omtrent psychische en psychiatrische problemen bij de thuislozen.

Jos van Zaanen

Jos is sociaal psychiatrisch verpleegkundige en werkzaam bij "Het Kasperspad" te Dordrecht.

Dit artikel werd geschreven voor een regionaal GGZ-tijdschrift, "Op Stapel".

Het belang van het Leger des Heils in Dordrecht werd door de Riagg wel erkend, met name omdat wij in de regio (nog) geen beschikking hadden over een chronisch psychiatrische opvang. Tevens zijn er erg weinig pensions in Dordrecht voorhanden, degene die er zijn hebben veelal nadelen zoals te hoge huur, te strenge selectiecriteria enz.

Als Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige besloot ik om te kijken of de hulpvragen van het Leger des Heils meer gekanaliseerd konden worden, om zodoende de manier van verwijzen vanuit het Leger des Heils te verbeteren en onjuiste verwijzingen zoveel mogelijk te voorkomen.

De organisatie van het Leger des Heils te Dordrecht

Binnen Dordrecht bezit het Leger des Heils een Maatschappelijk Centrum. (een van de 19 maatschappelijke centra in Nederland)

Dit centrum bestaat uit;

- een passantenverblijf met 6 capaciteitsplaatsen
- een internaat met 110 capaciteitsplaatsen
- intern beschermd wonen met 15 capaciteitsplaatsen
- extern wonen met 18 capaciteitsplaatsen

De hoofddoelstelling van het centrum is, het bieden van opvang, begeleiding en verzorging aan thuisloze mannen en vrouwen.

Het passantenverblijf is gericht op het verstrekken van eten en nachtopvang. Thuislozen mogen hier de eerste nacht gratis verblijven.

Vervolgens dient men f 7,50 per elke extra nacht te betalen. Maximaal mag een thuisloze hier 5 nachten per kalendermaand verblijven. Het principe hierbij is dat diegene die het eerste komt het eerste maalt.

De bezettingsgraad van het passantenverblijf in het jaar 1992 was 87 %.

Binnen het internaat kan men worden opgenomen na een positieve indicatie door een maatschappelijk werker. Deze positieve indicatie is ondermeer afhankelijk van de mate van motivatie van de cliënt voor opname, de daadwerkelijke thuisloosheid en eventuele contra-indicaties, zoals de mate van nachtelijke onrust en eventueel alcohol en druggebruik. Degene die wordt toegelaten krijgt een eigen kamer. Hij dient wel zijn uitkering in te leveren en krijgt een

zakgeldregeling van f 43,- per week exclusief kleedgeld.

Het verblijf op het internaat is gericht op 3 peilers namelijk wonen, werken en recreëren. Binnen het Maatschappelijk centrum is een dagactiviteitscentrum en men heeft ook de beschikking over een eigen externe werkplaats. (vergelijkbaar met een sociale werkplaats)

De bezettingsgraad van het internaat over 1992 was 93 %.

Verblijft een persoon al langere tijd in het internaat en wil hij weer zelfstandig gaan wonen, dan kan hij dit eerst intern proberen. Dit gebeurt door deel te nemen aan het intern beschermd wonen. Er is hiervoor een aparte vleugel in het internaat gecreëerd, waar men zich met begeleiding kan voorbereiden op het zelfstandig wonen. In 1992 was de bezettingsgraad van het intern beschermd wonen maximaal (100 %).

Als laatste heeft het Leger des Heils sedert begin vorig jaar de beschikking over een aantal huisjes. Deze worden van een Dordtse woningbouwvereniging gehuurd. Hier kan men zelfstandig wonen. Zonodig kan men voor bepaalde zaken begeleiding vragen bij het Leger des Heils. Als het zelfstandig wonen te hoog gegrepen blijkt te zijn kan men ook weer terugvallen op het Maatschappelijk centrum.

In 1992 was de bezettingsgraad van deze huisjes 95 %.

De organisatie blijkt zeer dynamisch te zijn. Er is een grote doorstroom van cliënten. In het bovengenoemde jaar werden er 111 mensen opgenomen in het internaat, 98 bewoners vertrokken in hetzelfde jaar.

De meeste mensen verbleven er 1 tot 2 maanden. (Leger des Heils, 1993)

Het personeelsbestand van het Maatschappelijk centrum bestaat uit verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, inrichtingswerkers en stagiaires van de diverse opleidingen. Een klein deel van het personeel wordt gevormd vanuit de stichting van het Leger des Heils, de zogenaamde heilsoldaten. Deze groep is sterk hiërarchisch opgebouwd en kent allerlei rangen zoals in het Leger, zo is bijvoorbeeld de directeur van het Leger des Heils een Majoor.

Consultatie

In overleg met de maatschappelijk werkers van het Leger des Heils werd in 1991 besloten om een aantal bijscholingen te geven. Deze waren bedoeld voor al diegenen binnen de organisatie die direct betrokken waren bij de bewonerszorg.

Zo werd er een aantal thema's als psychosen en schizofrenie, persoonlijkheidsstoornissen en depressies besproken. Deze lessen riepen zoveel vragen op over begeleiding en zorg dat we spontaan besloten om consultatie te gaan bieden. Een keer per week zou ik 2 uur langskomen en kon het personeel van het Leger des Heils moeilijke problemen rond de begeleiding van een specifieke persoon inbrengen.

Het werd mij echter al snel duidelijk hoe zwaar de cliëntencategorie is die een beroep doet op het Leger des Heils. Zo werd ik onder andere geconfronteerd met ernstig somatisch lijden, dementiele beelden, een aantal Korsakow gevallen, chronisch psychiatrische patiënten, depressieve klachten, verslavingsproblematiek, reclasseringsproblematieken, ernstige persoonlijkheidsstoornissen, relatie problematiek etc. etc. (veelal waren ook mengbeelden van de verschillende problematieken binnen

een persoon aanwezig)

Het duurde dan ook niet lang of we kwamen tot de conclusie dat de hele opzet van het consultatiegeven diende te worden herzien. Het bleek veel te complex te zijn om over de verschillende bewoners te praten, zonder dat ik ze werkelijk had gezien. Tevens bleken veel vragen te gaan over mogelijke medicatieveranderingen. Er werden formele afspraken gemaakt over de inhoud van de consultatie en de wijze van aanmelden van nieuwe cliënten. Het werd duidelijk dat men binnen het Leger des Heils behoefte had aan een consultatie c.q. spreekuur, waarbij wij ook daadwerkelijk aan de cliënt werden voorgesteld en een mening konden vormen over de cliënt en een eventueel te volgen beleid. (type Cliënt Centered Case Consultation) Tevens besloten we dat de regelmatige aanwezigheid van een psychiater zeer gewenst was.

Er werd besloten dat er alleen via de maatschappelijk werkers (bijvoorbeeld na een intake) en de medische post van het Leger des Heils bewoners konden worden aangemeld.

Gedurende elk overleg zou er vanuit het Leger des Heils een Maatschappelijk werker en een verpleegkundige aanwezig zijn. Het Riagg zou wekelijks een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige leveren en een keer per 2 weken een psychiater, voor eventuele medicatieadviezen of veranderingen.

Tevens namen we het besluit om alle bewoners die , neuroleptica, antidepressiva, en sedativa gebruiken door te lichten.

Dit besluit ontstond omdat bleek dat een groot aantal bewoners reeds lange tijd dergelijke medicatie gebruikte zonder onder controle van een arts te staan.

Bij cliënten die ouder dan 65 jaar waren, adviseerden wij om contact met onze afdeling Ouderen op te nemen indien dit wenselijk was.

Wanneer er geen compleet somatisch oordeel aanwezig was werd er contact opgenomen met de vaste huisarts van het Leger des Heils, om datgene te onderzoeken wat nodig was om een compleet beeld van de cliënt te kunnen vormen.

Volgens het bovenstaande concept hebben we vanaf dat moment gewerkt. Een kleine inhoudelijke verandering van het overleg ontstond in begin '93 toen de organisatie van de Riagg zich splitste.

Vanuit samenwerking van de Riagg met het lokale Psychiatrische Ziekenhuis ontstond "het Kasperspad", een casemanagementproject met een eigen kliniek voor de begeleiding van chronisch psychotische mensen. Dit heeft ertoe geleid dat de 2 vaste medewerkers, de psychiater en ondergetekende binnen het Kasperspad gingen werken.

De Riagg heeft aan het overleg een eigen Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige toegevoegd, die de psychosociale casussen selecteert en in contact brengt bij de Riagg voor een intake of Acute hulp.

De resultaten

Het is mijn mening dat beide organisaties, de Riagg en het Leger des Heils veel baat hebben bij dit overleg. Voor beide partijen is er een duidelijk structureel overleg gekomen, waarbij het makkelijk contact leggen is met de andere partij. Er is meer inzicht gekomen in de onderlinge organisaties en hun wijze van werken.

Voor de Riagg betekent dit overleg dat er niet meer te pas en te onpas een

beroep op de acute dienst wordt gedaan, men weet binnen het Leger des Heils wanneer wij komen en kan bewoners hiernaar verwijzen. Tevens is het zo dat we zelf een aantal chronisch psychotische cliënten hebben kunnen plaatsen binnen het Leger des Heils omdat we op deze wijze garanties konden geven voor regelmatige begeleiding.

Als laatste grote voordeel kan ik benoemen dat veel van onze chronische cliënten als ze om de een of andere wijze zijn afgehaakt in de begeleiding bij de Riagg uiteindelijk met het Leger des Heils in aanraking komen. Continuïteit van zorg wordt makkelijker omdat je wederom met deze cliënten in contact kunt komen.

Vanuit het Leger des Heils is duidelijk zichtbaar geworden dat het kennisniveau is toegenomen. Dit leidt tot een versoepeld aannamebeleid, men is niet meer zo gauw bang voor raar gedrag bij cliënten en voelt zich in verantwoordelijkheid voor de cliënt gesteund door ons.

Mogelijkheden die de Riagg organisatie biedt worden toegankelijker. Zo maakt een aantal cliënten, nadat er contact met ons is geweest en er afspraken zijn gemaakt, gebruik van het Dagactiviteiten Centrum van de Riagg. Voor de bewoners van het Leger des Heils biedt dit overleg ook diverse voordelen, zij komen langs om medicatie te herzien, vaak heeft dit geleid tot een aanzienlijke vermindering van medicatie. (veelal werden cliënten voordat het overleg bestond in crisis ingesteld op een hoge dosering medicatie, die na het afnemen van de crisis niet meer werd herzien. 65 % van de bewoners van het Leger des Heils in Dordrecht gebruikt medicatie) Tevens kunnen zij gewoon binnen komen voor een praatje en een bakje koffie.

Veel van hen komen dan mopperen over dingen waartegen zij binnen het Leger des Heils aanlopen. Wij proberen dan actief mee te denken om compromissen te bereiken of alleen een luisterend oor te bieden wat veelal al genoeg is. Een aantal van hen die behoefte hebben aan een individueel begeleidingscontact, krijgt een intake bij de Riagg en zonodig een behandelaar (voor de psychosociale problematiek) c.q. een casemanager (voor sociaal psychiatrische problemen) toegewezen.

In 1992 werden er tijdens de consultatie 38 mensen besproken en gezien. In 1993 zijn er tot op heden 30 nieuwe mensen bijgekomen. In het totaal zijn er vanuit dit overleg 25 mensen in sociaal psychiatrische begeleiding gekomen (het betreft hier vooral chronisch psychotische mensen).

Een kleinere groep van ongeveer 10 mensen zijn op het ogenblik binnen de Riagg onder behandeling (zoals behandeling van depressieve klachten, aanpassingsstoornissen, eerste psychosen en rouw). Tevens werd er een gering aantal mensen doorverwezen naar de zwakzinnigenzorg, de verslavingszorg en het maatschappelijk werk.

Uiteraard blijft er ook de mogelijkheid bestaan dat mensen zich zelfstandig aanmelden voor een intake bij de Riagg zonder dat ze in de consultatie zijn besproken.

Casuïstiek

Op 18 mei '93 werd Sara in de consultatie ingebracht. Sara bleek een 29 jarige Zwitserse te zijn, die haar land ontvlucht was omdat ze tegen haar wil werd behandeld in een psychiatrische kliniek. Ze was uiteindelijk na vele omwegen in Dordrecht bij het Leger des Heils beland (in het passantenverblijf).

Ze heeft geen bron van inkomsten is daarom op de thuislozenzorg aangewezen.

De hulpvraag van Sara is een opname om tot rust te komen. Cliënte heeft aangegeven dat er onder geen beding mag worden overlegt met haar familie, omdat deze haar anders zullen komen terughalen en haar wederom gedwongen zullen laten behandelen in een psychiatrisch ziekenhuis. Verdere gegevens die door het maatschappelijk werk over betreffende cliënte konden worden aangevoerd zijn, dat ze opgegroeid is in Zurich, niet gelovig is, ongehuwd is, en in Zurich een hogere beroepsopleiding heeft gevolgd. Ze heeft kortstondig gewerkt als kantoormedewerkster, fotomodel en als oppas voor kinderen. Ze zou reeds langere tijd soft drugs gebruiken.

De reden waarom ze door het maatschappelijk werk wordt ingebracht is in verband met het feit dat ze in het verleden bekend is met psychiatrische problematiek en dat men denkt dat ze psychotische overschrijdingen heeft. We besluiten een gesprek met cliënte te hebben, om duidelijkheid te krijgen omtrent de psychotische overschrijdingen. Tijdens het gesprek zien we een intelligente jonge vrouw, ze is matig verzorgd en erg vermagerd. Het contact met haar verloopt in het Engels. Ze maakt een zenuwachtige indruk, tevoren is haar namelijk reeds verteld dat wij van de Riagg zijn. Cliënte geeft aan liever geen contact met ons te willen. De maatschappelijk werkster van het Leger des Heils maakt haar duidelijk dat een proefplaatsing binnen het internaat wordt overwogen. Deze kan echter niet plaatsvinden zonder dat de Riagg een idee heeft over de psychische problemen die er spelen bij mevrouw.

Clïënte stelt zich vanaf dit moment vriendelijker en coöperatiever op. Ze vertelt van mei '91 tot en met januari '92 een aantal keren opgenomen te zijn geweest in een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ) te Zurich, tegen haar wil.

Clïënte zegt daar te zijn gediagnostiseerd als schizofreen of borderline. Zelf ziet cliënte als directe aanleiding voor de opnamen het slechte contact met het gezin van herkomst.

Ze omschrijft haar vader als een tiran, die haar zeker zal komen halen als hij achter haar verblijfsadres zou kunnen komen. Uit radeloosheid zou ze reeds verscheidene malen zelfmoord hebben proberen te plegen in Zwitserland.

De verschillende opnamen in het APZ, zouden haar alleen maar verder in de put hebben geholpen. Ze heeft een antipathie ontwikkeld tegen artsen en hun medicijnen. Toen ze op een moment Music Television (MTV) zat te kijken kreeg ze een boodschap om te vluchten naar Nederland, omdat ze hier rust zou kunnen vinden. Daar ze dit zag als haar enige uitweg is ze direct vertrokken.

Clïënte beaamt nog steeds te worden beïnvloed door MTV, ze moet dagelijks naar deze televisiezender kijken en wacht op een volgende boodschap. Ze denkt dat MTV de wereld van een zekere ondergang kan redden en dat zij hier een rol in zal gaan spelen.

Clïënte geeft ons toestemming om de brieven uit het APZ te Zurich op te vragen.

Na overleg met het maatschappelijk werk wordt er ter plekke besloten dat cliënte binnen het internaat voor een proeftijd van een maand een kamer kan krijgen. Clïënte dient echter toe te stemmen in een aanvullend contract.

Als extra punten worden hierin opgenomen dat :

- *Drugs of alcoholgebruik binnen het Leger des Heils niet is toegestaan.*
- *Clïënte zich bereid verklaard om enkele lichte huishoudelijke activiteiten te verrichten*
- *Dat cliënte akkoord gaat met een laagfrequent begeleidingscontact van de Riagg, een keer per maand zal ze op de consultatie verschijnen om haar verblijf te evalueren.*
- *Indien het nodig is, in verband met onaangepast gedrag in de groep wij kunnen besluiten om medicatie voor te schrijven, cliënte mag dan zelf kiezen tussen het nemen van de medicatie of vertrekken.*
- *Totdat de brieven van het APZ in Zwitserland binnen komen dient ze een keer per week een tablet Semap 20 mg. (Penfluridol) te nemen. Een oraal antipsychoticum dat een week werkzaam is.*

Sara gaat tegen haar zin akkoord met dit contract. Ze ziet het als een hele overwinning dat ze eindelijk een kamertje voor zichzelf krijgt, waarop ze zich kan terugtrekken voor wat privacy. Wel geeft ze aan enorm te balen van het feit dat ze zich wederom gedwongen voelt tot het innemen van medicatie. Ze vindt dat haar lichamelijke integriteit geschonden wordt.

Het vooruitzicht van de eigen kamer en de lage frequentie van medicatieinname doen haar echter toegeven.

Na twee weken verschijnt ze uit eigen initiatief op de consultatie. Ze weigert verder de medicatie in te nemen. Ze geeft aan het gevoel te hebben dat haar gedachten geremd worden en ze wil zich pertinent niet laten dwingen tot inname van tabletten.

We besluiten na lang overleg, dat dit geen consequenties hoeft te hebben voor het verblijf van mevrouw binnen het internaat en we geven toe aan haar wil om geen medicatie meer te nemen. Wel wijzen we cliënte er uitdrukkelijk op dat wij denken dat het moeilijker voor haar wordt, om zich staande te houden zonder antipsychotica.

Sara is echter bereid om zelf de mogelijke consequenties hiervoor te nemen. Als tweede probleem geeft ze aan dat ze graag in aanmerking zou willen komen voor een uitkering, omdat ze illegaal in Nederland verblijft kan ze nergens aanspraak op maken. De maatschappelijk werkster van het Leger des Heils belooft haar te onderzoeken wat er mogelijk is.

Na het verstrijken van de proeftijd wordt er geëvalueerd. Cliënte blijkt zich redelijk staande te kunnen houden. Ze geeft aan moeite te hebben met de lichte huishoudelijke taken. MTV zou al haar aandacht en tijd opeisen waardoor ze niet aan deze taken toe kan komen. Ze wil zoveel mogelijk tijd op haar kamer doorbrengen om vooral aanwezig te zijn voor een eventueel bericht van MTV. Cliënte zelf is verder echter ook tevreden, ze voelt zich betrekkelijk veilig binnen het Leger des Heils en hoopt langere tijd te mogen blijven.

Daar ook het softdrugsgebruik geen problemen heeft gegeven wordt besloten om over te gaan tot een definitieve plaatsing.

De huishoudelijke taken worden opnieuw doorgesproken en cliënte gaat akkoord met de dagtaken van tafeldekken en aardappel pitten voor het avondeten. Aan cliënte wordt aangegeven dat iedere bewoner een aantal taken dient uit te voeren, zij kan hierop geen uitzonderingspositie vormen.

In de tweede maand van haar verblijf binnen het internaat, komen de brieven van het APZ te Zurich binnen bij de Riagg. Hieruit blijkt dat cliënte 5 keer is opgenomen binnen een jaar. Alle opnamen verliepen zeer moeizaam en leiden steeds weer tot conflictsituaties en dwangbehandeling in de vorm van separatie en gedwongen medicatie. Het bleek niet mogelijk te zijn een vertrouwensband met cliënte te krijgen. De gezinsproblemen werden onderkend als luxerende factor. Gezinsgesprekken liepen op niets uit.

Een aantal zelfmoordpogingen werden beschreven. (ook tijdens opname) Ontslag uit het APZ leidde iedere keer weer tot overmatig druggebruik, bizar gedrag met verstoring van de openbare orde en escalaties met haar ouders.

Tijdens de diverse opnamen krijgt ze als medicatie onder andere: melleril, nozinan, taractan, rohypnol.

Als diagnose wordt inderdaad gesteld dat er sprake is van een borderline persoonlijkheid bij mevrouw.

De beïnvloedingswanen wijt men aan het drugsmisbruik.

Inmiddels verblijft Sara reeds 5 maanden binnen het internaat, ze heeft een zakgeldregeling gekregen zoals die geldt voor iedere andere bewoner. Tevens is ze ingeschreven bij het Ziekenfonds.

Ze houdt zich goed aan de afspraken die bij aanvang werden gemaakt. In de begeleiding hebben we de medewerkers van het Leger des Heils geïnstrueerd haar zoveel mogelijk in de realiteit te betrekken en hier ook activiteiten in aan te bieden.

Sara is via een vrijwilligster buiten het Leger des Heils begonnen met het aanleren van de Nederlandse taal. Dit gaat haar goed af. Binnen de consultatie komt ze een keer per maand trots haar aangeleerde Nederlandse woorden presenteren.

Ze is aanmerkelijk minder gespannen nu ze merkt dat we haar mening voor zover mogelijk respecteren, het vertrouwen groeit langzaam.

Ze is er nog steeds van overtuigd dat ze via MTV een bericht zal ontvangen, doch dit is verder op de achtergrond gekomen. Ze zit niet meer hele dagen te wachten op haar kamer. Cliënte is tevreden met haar huidige situatie. Ook de medewerkers van het Leger des Heils geven aan tevreden te zijn met Sara's verblijf. Ze gedraagt zich aangepast en er is geen reden om het verblijf te beëindigen.

Als samenvatting met betrekking tot deze casus meen ik te mogen stellen dat een APZ voor iemand zoals Sara te hoogdrempelig is. Eerdere ervaringen met psychiatrische ziekenhuizen of instanties zijn bovendien negatief geweest. Er was geen sprake meer van functionele of materiële steun voor cliënte in haar dagelijks bestaan. Ze verblijft liever in een thuislozencircuit, waarbij ze aan een minimum aan eisen dient te voldoen en ze in levensonderhoud wordt voorzien dan in een APZ alwaar ze bang is haar gehele identiteit kwijt te raken.

Een APZ is immers gericht op behandelen terwijl het thuislozencircuit gericht is op opvang, begeleiding en verzorging.

Binnen de thuislozenzorg kan Sara aan de eisen die aan haar worden gesteld voldoen zonder dat ze verder afglijdt. Ze hoeft niet wederom te vluchten omdat ze de situatie niet kan overzien. Het dagelijkse leven binnen het Leger des Heils blijkt hanteerbaar te zijn voor cliënte.

Psychotische componenten komen op de achtergrond te staan en ze begint meer houvast te krijgen in het dagelijkse bestaan. Ze besluit zelfs om weer wat te gaan leren en begint

langzamerhand weer wat meer open te staan voor andere mensen.

Casus 2

Een andere casus is die van de 64 jarige mevrouw de Rooy.

Als Riagg medewerker kwam ik met deze mevrouw in contact via verwijzing door onze afdeling Ouderen. Deze afdeling meldde mevrouw aan nadat ze haar man hadden opgenomen in een verpleeghuis. De heer van Rooy bleek een ernstig dementieel beeld te hebben en al langdurig fors te worden mishandeld door zijn vrouw. Zo werd hij regelmatig opgesloten in de kelderkast. Het echtpaar heeft twee kinderen, beiden wonen zelfstandig.

Geen van hen wil nog maar iets met een van de ouders van doen hebben. Bemiddelingspogingen hebben alle tot niets geleid. Er bleken tevens geen andere personen binnen het sociale systeem van mevrouw de Rooy te zijn. Mevrouw de Rooy is na de opname van haar man inactief geworden, wilde niets meer en zorgde niet meer voor zichzelf. Na somatische screening bleken er geen problemen op lichamelijk gebied te zijn. Cliënte bleef echter volharden in haar passiviteit, ondanks aansporingen. Uiteindelijk ging dit zover dat ze dreigde ondervoed te raken en ze zichzelf niet meer verzorgde. Gesprekken waren niet meer mogelijk, cliënte vloekte en tierde naar iedereen die binnenkwam. De wijkverpleging werd ingeschakeld om cliënte te wassen en de maaltijdsdienst werd verzocht om eenmaal per dag een warme maaltijd te brengen. Steeds werd ervan uitgegaan dat cliënte in het verzet was en dat ze naar verloop van tijd wel bij zou draaien. Het eten van de maaltijdsdienst at ze niet op, en de wijkverpleging kreeg het niet gedaan om mevrouw te douchen. Toen ze eenmaal te sterk aandrongen ging mevrouw hen te lijf.

Omdat de cliënte in principe alles zelf kon, doch hardnekkig weigerde, werd er als beleid gesteld om een minimum aan zorg te verlenen.

Op deze wijze zou ze niet verkommeren en misschien tegelijkertijd gemotiveerd raken om zelf zaken te ondernemen. Zo werd er met de gespecialiseerde gezinszorg afgesproken dat zij twee maal per week eten zouden komen brengen, de huisarts zou eenmaal per week de somatiek inschatten en de Riagg eenmaal per week haar psychische toestand observeren. Uiteindelijk kwam het zo een aantal keren tot een opname in het plaatselijke APZ doordat mevrouw dermate verwaarloosd was dat ingrijpen noodzakelijk werd.

Tijdens opname in het APZ werd mevrouw gewassen en knapte ze zienderogen op. Ze begon op de afdeling zelfs aan het sociale verkeer deel te nemen.

De diagnose wordt gesteld op dysthymie en een theatrale persoonlijkheidsstoornis.

Na verloop van tijd werd ze vervolgens ontslagen, waarna het geheel weer van voor af aan begon. Iedere keer wanneer de zelfverwaarlozing dusdanige vormen aanneemt dat het onacceptabel wordt, is cliënte moeilijk voor opname te motiveren, maar gaat dan uiteindelijk toch.

Er wordt geprobeerd om cliënte thuis met medicatie te behandelen (in de vorm van antidepressiva), ze blijkt echter therapieontrouw te zijn en slikt alles tegelijkertijd. Vervolgens wordt er gekeken of cliënte opgenomen kan worden binnen de sociowoningen van het APZ. Ondanks grondige voorbereiding loopt dit stuk doordat cliënte weigert te praten tijdens de intake. Ze wordt afgewezen op een te geringe motivatie en een te geringe zelfredzaamheid.

Het zelfde gebeurt binnen een beschermde woonvorm van het Regionaal Instituut voor Beschermd Wonen. Vervolgens wordt er tijdens een heropname gekeken of er mogelijkheden zijn binnen een chronisch paviljoen van een APZ buiten de regio (het lokale APZ beschikt nog niet over verblijfsfaciliteiten). Hier blijkt een wachtlijst van enkele jaren te zijn en hebben cliënten binnen de regio prioriteit.

Ook binnen een psychiatrische afdeling van een verpleeghuis blijken er, binnen afzienbare tijd, geen realistische mogelijkheden te zijn. Uiteindelijk wordt overwogen of een Rechterlijke Machtiging extra mogelijkheden biedt. In overleg met het APZ wordt het duidelijk dat zij mevrouw de Rooy weer zullen ontslaan en de machtiging op zullen heffen zodra ze opgeknap is. Mevrouw de Rooy wordt in augustus '93 besproken binnen de consultatie van het Leger des Heils.

Als Riagg behandelaar vraag ik hen om een opname binnen hun instelling te overwegen, waarbij wij garant zullen staan voor ondersteuning. Dit leidt ertoe dat een maatschappelijk werkster een intake met mevrouw doet.

Ook hier weigert mevrouw de Rooy iedere medewerking, ze zegt niets. Vervolgens besluit de maatschappelijk werkster om mevrouw thuis te bezoeken. Als zij ziet in welke toestand mevrouw de Rooy verkeert, besluit ze om het geval voor te leggen bij de directie. Er wordt besloten om mevrouw op proef een plek binnen het internaat te geven, mits begeleiding van de Riagg kan worden gegarandeerd en terugplaatsing mogelijk is.

Mevrouw de Rooy wordt in oktober '93 opgenomen binnen het Leger des Heils. Al snel knapt ze weer op, eet ze regelmatig en is ook de persoonlijke hygiëne binnen aanvaardbare perken.

De groepsbegeleiders weten haar te motiveren voor het groepsgebeuren. Niets doet meer denken aan de schrijnende thuissituatie van enkele maanden daarvoor. Cliënte zelf praat ook niet meer over terugkeer naar haar woning. Het leger des heils besluit dat cliënte een definitieve verblijfplaats kan krijgen.

Als slotconclusie ten aanzien van deze casus wil ik stellen dat het verhaal van mevrouw de Rooy aangeeft dat er binnen de huidige GGZ lacunes zitten, waar cliënten de dupe van kunnen worden. In tegenstelling tot Sarah is mevrouw de Rooy wel met de klinische GGZ in aanraking geweest. Ambulant blijkt deze casus niet te hanteren terwijl er klinisch geen mogelijkheden kunnen worden gecreëerd voor langdurig verblijf.

Binnen de GGZ ligt de nadruk op behandelen. Daar waar problematiek resistent lijkt te zijn voor behandeling, raken de mogelijkheden van de GGZ al snel uitgeput.

De thuislozenzorg kan een belangrijke aanvulling bieden binnen de huidige GGZ.

Landelijke situatie

Bij navraag binnen de andere maatschappelijke centra van het Leger des Heils blijkt geen van hen een structureel overleg te hebben met de plaatselijke Riagg. Toch blijkt vanuit gegevens van de Landelijke Stichting voor Thuislozenzorg en Onderdak (LSTO) dit broodnodig te zijn. Zij concluderen dat 20.000 tot 30.000 personen wel eens een van deze 19 centra heeft aangedaan voor onderdak. Door de verschillende definities van thuisloosheid en door de weinig betrouwbare bronnen lopen de schattingen van het aantal thuislozen uiteen van 20.000 tot 200.000. Het staat vast dat dit aantal de komende jaren gestaag zal toenemen.

Hiervoor zijn verschillende redenen aan te geven;

- Het wegvallen van de grenzen en het toenemen van het aantal brandhaarden in de wereld leidt ertoe dat steeds meer mensen zich in het veilige Nederland willen vestigen.
- Toename van het druggebruik en de handel hierin.
- Sociaal economische ontwikkelingen, Degene die minder kans krijgt op de arbeidsmarkt voelt ook minder de noodzaak om zichzelf te disciplineren. Veelal leidt dit weer tot andere leefomstandigheden en gewoonten. Dit kan weer leiden tot overlast en mogelijke uithuiszetting.
- Steeds minder leegstand door stadsvernieuwingen en dus minder kraakpanden waarin men kan verblijven.

De LSTO omschrijft thuisloosheid als: een toestand van maatschappelijke en sociale kwetsbaarheid waarin geen functionele of mede- en intermenselijke relaties van betekenis meer worden onderhouden, met verlies van een vast leefmilieu in de maatschappij. Deze definitie geeft aan dat het probleem van thuisloosheid aanzienlijk groter is dan de dakloosheid alleen.

Het LSTO trekt nog een aantal andere opmerkelijke conclusies.

Zo vermelden zij o.a. dat ;

- De thuislozenwereld in hoge mate een mannenwereld blijkt te zijn.
- De meeste thuislozen worden gevonden in de leeftijdscategorie van 25 tot 44 jaar.
- 66% van hen ongehuwd of gescheiden is.
- Ruim een derde van de thuislozen zijn eigen gezondheid als slecht of matig beoordeelt
- Gezondheidsklachten vooral betrekking hebben op; -psychische problemen
- het bewegingsapparaat

- de luchtwegen
 - de spijsvertering
 - thuislozen veelal excessiever gedrag vertonen ze verslavingsgevoeliger zijn en geen maat kunnen houden.
 - het aangetoond is dat thuislozen niet per definitie een laag opleidingsniveau hebben.
 - 50% van de thuislozen zegt geen familie of vrienden te hebben waar men op terug kan vallen.
 - Thuislozen veelal de sociale vaardigheden missen om zelf in contact te treden met instanties en om formulieren aan te vragen en in te vullen.
- (Onze woning, 1993).

De NRV concludeert dat bij thuislozen de problemen onderverdeeld kunnen worden in een drietal categorieën ;

- lichamelijke problemen
- sociale problemen
- psychische problemen

Ten aanzien van de lichamelijke problemen valt landelijk op, dat de klachten veelal licht van aard zijn en bij vele thuislozen geconstateerd worden (zoals bijvoorbeeld infectieziekten, ongedierte).

Een kleine groep thuislozen lijdt aan ernstige lichamelijke klachten, zoals hart - en vaatziekten, longziekten en neurologische aandoeningen. Een toenemend aantal is waar te nemen in het aantal thuislozen met epilepsie en een verstandelijke handicap. Het zou tevens zo zijn dat meer thuislozen gebruik maken van psychofarmaca.

De NRV typeert thuislozen qua omgangsvorm als "contactgestoorde Einzelganger". Ze zijn in het sociale verkeer onthand

en buitengesloten en ze beschikken niet (meer) over het vermogen om zich als competent burger te gedragen.

Door de afwijkende omgangsvormen (vies eten, bizarre conversatie, niet wassen) plaatsen ze zich buiten het gewone. Er zijn voortdurend problemen in het interpersoonlijke en maatschappelijke verkeer. De NRV heeft een duidelijke toename van psychische problematiek binnen de betreffende voorzieningen signaleerd. De relatie tussen thuislozenzorg en GGZ wordt belangrijker, door de toename van het aantal thuislozen met een psychiatrisch verleden en het aantal ex-psychiatrische patiënten zonder woonmilieu en zonder sociale contacten van betekenis.

Dertig tot vijftig procent van de thuislozen zou psychische problemen hebben. De tekorten van de thuislozen zouden gebaseerd zijn op een zelfzorgonvermogen.

Hierin onderscheidt de NRV ;

- tekorten in de gezondheid
- tekorten in de psychosociale redzaamheid
- tekorten in het cliëntsysteem, c.q. de afwezigheid van een sociaal netwerk
- tekorten in het functioneren, de maatschappelijke zelfredzaamheid

De thuisloze is iemand die kampt met meerdere tekorten in het functioneren. Het gaat meestal om een dusdanige verweving van psychische-, lichamelijke- en sociale problemen, dat deelname in het maatschappelijke verkeer niet meer mogelijk is. Een isolement is ontstaan. (Wennink en Weeghel, 1993).

Conclusie

Samenwerking tussen de Geestelijke gezondheidszorg en het Thuislozencircuit is iets dat weinig gebeurt en toch hoogst noodzakelijk blijkt te zijn.

Thuislozen zijn een risicogroep voor psychische en psychiatrische problemen, m.n. door het gebrek aan functionele relaties.

Zelf missen zij veelal de vaardigheden om hulp te zoeken bij de juiste instantie.

Een actieve opstelling van de Geestelijke gezondheidszorg is gewenst. Door middel van dit verslag heb ik gepoogd inzicht te verschaffen in de samenwerking tussen het Leger des Heils en de Riagg te Dordrecht.

Een samenwerking die voor beide partijen (en voor de cliënt) vruchtbaar is.

Geraadpleegde literatuur

Leger des Heils
Jaarverslag Maatschappelijk centrum
1992.
Dordrecht 1993

Mierlo F. van
Sociale steun. Wie geeft wat aan wie, omtrent welk probleem, met welk effect?
Utrecht ' 92 , Landelijk centrum
GVO/LOP-ggz, Pag. 3-20, 33-39.

Nationale Raad voor de
Volksgezondheid
Thuisloosheid en psychische
stoornissen, advies over een opvang-

en asielfunctie voor dak- en
thuislozen.
Zoetermeer ' 93 Pag 5 t/m 20.

Wennink J., Weeghel J. van
Thuisloosheid en psychische
stoornissen. Achtergrondstudies bij
het gelijknamige advies van de NRV.
Utrecht ' 93 NcGv-reeks 93-18, Pag. 2
t/m 9.

Woningbouwstichting " Onze Woning"
Thuislozen in Rotterdam, oorzaken,
opvang en aanpak.
Rotterdam ' 93. Pag. 15 t/m 42.