
ZORGVULDIGE OMGANG MET FAMILIE

Hulpverleners en een zorgvuldige omgang met familie

Voorwoord.

In mei 1994 werd in Amsterdam een brochure uitgegeven onder de titel "Hulpverleners en een zorgvuldige omgang met familie". Het initiatief hiervoor werd genomen door de deelnemers van een tweemaandelijks werkoverleg waarbij zowel contact personen van de vijf Amsterdamse Riagg's, GG&GD als Ypsilon betrokken zijn. Tijdens dit overleg kwamen juist de problemen met betrekking tot een vaak onzorgvuldige omgang met familie door hulpverleners regelmatig aan de orde. In het overleg werden deze zaken over het algemeen bevredigend opgelost, maar de indruk bleef bestaan dat er teveel mis ging op dit gebied en extra aandacht voor de omgang met familie heel noodzakelijk was. Immers familie en hulpverleners hebben met elkaar te maken en beïnvloeden elkaar. Per definitie worden familieleden bij de behandeling betrokken. Soms middels een systeembehandeling, vaker middels een betrokkenheid van het netwerk maar toch bijna altijd wel als informant bij de intake.

Besloten werd een gezamenlijke richtlijn te maken in de vorm van een brochure, met name als een middel om de discussie over een respectvolle en serieuze bejegening van de familieleden van cliënten, die bij geestelijke gezondheidszorg instellingen in behandeling zijn, positief te beïnvloeden.

De werkgroep realiseerde zich daarbij dat nooit in de praktijk de ideale situatie zal ontstaan, waarin familieleden en hulpverleners het over alles eens zijn. Daarvoor is de mens te verschillend en de psychiatrische problematiek te ingewikkeld.

Wel was er de uitdrukkelijke wens om in

de toekomst een permanente, respectvolle wederzijdse dialoog te realiseren, waarin het mogelijk is verschilpunten te blijven bespreken in een sfeer van vertrouwen. Dit artikel is gebaseerd op de inhoud van de brochure. Aanvullende informatie en instructie over communicatie tussen hulpverleners en familie met betrekking tot de behandeling, staan centraal in dit artikel, dat speciaal bedoeld is voor hulpverleners die werken met de groep mensen die in bepaalde fases van hun ziekte niet adequaat meer kunnen communiceren met hun naaste omgeving.

Speciale positie.

Door hulpverleners en ervaringsdeskundigen is er de laatste jaren veel gepubliceerd ter ondersteuning van familieleden, vrienden en andere betrokkenen (van Meer, 1987/1987, van Peperstraten, Kobs, 1988, Oosterbaan, 1990)

Familieleden organisaties als Ypsilon, Labyrint en In Perspectief hebben reeds jaren geleden geconstateerd dat er nogal wat te verbeteren valt aan de relatie tussen hulpverleners en familieleden van cliënten die in behandeling zijn. Tevens constateerden zij dat er nog weinig geschreven was ter ondersteuning en advisering van hulpverleners. Zij gaven in 1992 een eerste gezamenlijke brochure uit "Richtlijnen voor een zorgvuldige communicatie tussen hulpverleners en familieleden van psychiatrische patiënten. (Ippel en ten Horn, 1992) In 1994 volgde op initiatief van Labyrint en In Perspectief "Hulpverleners en familie: partners in de zorg, een handleiding voor hulpverleners in de ggz (Borgesius, 1994) Familieleden kunnen langzamerhand voldoende literatuur vinden ter ondersteuning van hun vaak moeilijke taak. Voor hulpverleners is de literatuur gericht op de omgang met de familie nog gering en is er vaak meer geschreven over de methodische aanpak van de problemen van de cliënt. Familie komt daarbij als deel van het systeem aan de orde en in recentere literatuur als deel van het netwerk. Familie voelt zich als "mantelzorgers" regelmatig in de kou staan als het gaat om informatie uitwisseling en (werk)overleg. Een relatie gebaseerd op gelijkwaardigheid en vertrouwen ontbreekt nog heel vaak.

Wetten in de praktijk, de redenen voor veel problematiek.

De wet persoonsregistratie

Bijna iedere instelling voor geestelijke gezondheidszorg heeft als toelichting op de Wet persoonsregistratie een privacy reglement voor z'n cliënten en medewerkers. In een dergelijk reglement worden zaken toegelicht als verstrekken van gegevens uit de

registratie aan de cliënt zelf, verstrekken van gegevens aan derden, rechten van de geregistreerden, geheimhouding en bewaarplaats en termijn. In de wet en de toelichting daarop komt de speciale positie van familie onvoldoende tot z'n recht. In de praktijk blijkt er een dringende behoefte aan aanvullende informatie en instructie over de omgang met de familie in het kader van de wet persoonsregistratie. Hoofddregel in de Wet persoonsregistratie is, dat het geven van informatie over de behandeling aan anderen pas na toestemming door de betrokken patiënt mag geschieden. In het algemeen wordt in de praktijk door de patiënt meestal toestemming gegeven informatie aan de familie te verstrekken.

Er ontstaan nogal eens conflicten met de familie als deze toestemming niet wordt verleend.

Volgens de familie is de patiënt zwaar ziek en niet goed in staat om de juiste afwegingen te maken. "Immers je vraagt aan een zwaar gewond verkeersslachtoffer ook niet eerst toestemming om hem naar het ziekenhuis te mogen vervoeren"

Verstrekken van informatie

In situaties waarin een patiënt wil voorkomen dat (bepaalde) informatie aan familieleden wordt doorgegeven verdient het aanbeveling te zoeken naar een weg om de familie, indien die daar om vraagt, toch op hoofdpunten informatie en voorlichting te geven. Het is vaak goed mogelijk een onderscheid te maken tussen "intieme" patiëntgebonden informatie en voorlichting met een algemeen karakter (Ippel/Horn, 1992) Privacy mag nooit als alibi gebruikt worden om de familie algemeen getinte informatie te onthouden of erger nog helemaal niet te communiceren met de familie.

Hierbij is dan natuurlijk de vraag aan de orde welke informatie algemeen getint genoemd mag worden en welke tot de intieme informatie gerekend kan worden. De discussies in het Amsterdamse werkoverleg leidde tot een keuze die zeker niet als definitief gezien moet worden, maar toch enig houvast biedt.

Algemeen getinte informatie

- Informatie over de procedure om informatie te mogen verstrekken aan familie.
- Niet patiënt gebonden informatie over schizofrenie.
- Informatie over "Hoe kun je omgaan met een schizofreen familielid".
- Instructie van familie m.b.t. specifieke vragen.

Deze informatie kan altijd aan familieleden worden verstrekt.

Patiëntgebonden informatie

De leden van de Amsterdamse werkgroep realiseerden zich dat het verstrekken van deze informatie ingewikkeld is en genuanceerd kan liggen. Er is heel vaak sprake van een spanningsveld. Wat kun je wel zeggen en wat niet? Bij het verstrekken van patiëntgebonden informatie is dus de grootste voorzichtigheid geboden. Het vertrouwen van de cliënt in de hulpverlening, in die situaties vaak nog het enige reguliere contact, kan er door verloren gaan. Toch is er meer mogelijk dan het slechts strak interpreteren van de regels. Wijsheid, werken aan motivatie van de cliënt en overleg met andere collega's kan in veel situaties wel degelijk tot een oplossing leiden. Dit kan in veel gevallen leiden tot een kader waarin de betrokkenheid van de familie geregeld wordt.

Het gaat om de volgende punten van informatie:

- Het bekend maken of iemand in behandeling is.
- Het bekend maken van de diagnose.
- Het bekend maken of er medicatie wordt gebruikt en indien dit het geval is ook bekend maken welke medicatie.
- Woonadres, tenzij er zwaarwegende redenen zijn het adres niet te verstrekken.

Een bezorgt familielid zou het ook als volgt kunnen formuleren:

- Heeft hij/zij onderdak?
- Hij/zij was zo ziek, hoe was z'n toestand toen hij wegliep?
- Zorgt er iemand voor hem/haar? Gaat iemand hem/haar zoeken?
- Slikt hij/zij medicijnen? Zonder medicijnen is hij/zij zo in de war.

De BOPZ

De andere wet die nogal wat problemen oplevert tussen familie en hulpverleners is de wet BOPZ. Het gaat dan met name om de geneeskundige verklaring voor het aanvragen van een Rechterlijke Machtiging en de interpretatie van het gevaarscriterium. Een rechterlijke machtiging kan alleen worden verleend als er naar het oordeel van de rechter een oorzakelijk verband bestaat tussen een stoornis van de geestvermogens en het gevaar dat de betrokkenen doet veroorzaken. Het gevaar moet betrekking hebben op één of meer personen, diegenen die het gevaar veroorzaakt mee inbegrepen, of op de algemene veiligheid van personen en goederen. Het hoeft overigens niet direct te gaan om direct levensgevaar.

De wet geeft echter ook aan dat gedacht kan worden aan gevaar voor

de lichamelijke gezondheid, suïcidaliteit en automutilatie, een gevaarlijke staat van zelfverwaarlozing, gevaar voor het maatschappelijke of sociale bestaan van de betrokkenen, gevaar voor zowel de lichamelijke als geestelijke gezondheid van burens en het creëren van chronisch explosieve situaties in de sociale omgeving waardoor verdergaand geweld onafwendbaar lijkt (BOPZ in de praktijk, 1994). Vaak wordt een afwijzing van een aanvraag voor een RM gemotiveerd met de reden dat er geen direct gevaar voor leven aanwezig is, terwijl er bijvoorbeeld wel spraken is van een gevaarlijke staat van zelfverwaarlozing. Aangezien de geneeskundige verklaring een noodzakelijk onderdeel is van de procedure gaat de hulpverlening hier te veel op de stoel van de rechter of officier van justitie zitten en ontleemt de patiënt bij voorbaat een kans op opname.

De familie kan hier over het algemeen geen enkele vorm van begrip voor opbrengen. Het gaat voor hen om een kind dat langzaam wegwijnt terwijl de hulpverlening onvoldoende gebruik maakt van de door de wet geboden mogelijkheden.

Belangrijke uitgangspunten voor een betere omgang met familie

In de praktijk is het verbeteren van de relatie met de familie een kwestie van een verbetering van de bejegening. Dit kan echter alleen op een fundamentele wijze verbeteren als ook in de werkwijze van de hulpverlener dingen veranderen. De werkgroep heeft een aantal uitgangspunten geformuleerd die volgens haar cruciaal zijn. Deze uitgangspunten worden in het vervolg van dit artikel verder uitgewerkt.

Familie en andere nauw betrokkenen dienen door de hulpverlening altijd serieus genomen te worden

Familieleden voelen zich regelmatig in de kou staan. Pogingen om hun ongerustheid over hun kind te uiten bij hulpverleners worden regelmatig niet serieus genomen of bewust genegeerd. Vooral alleenstaande ouders doen vaak in paniek een beroep op iedereen in de hulpverlening die ze kennen. Dit kan vervolgens een reden zijn om deze ouders niet serieus te nemen omdat ze shoppen! Dit levert een enorm verwijdering op tussen familie en hulpverlener en als gevolg daarvan soms ook voor de relatie tussen familie en patiënt. Uiteindelijk wordt de patiënt hiervan de dupe. Psychiatrische klinieken klagen regelmatig over gebrek aan belangstelling van de familie voor hun verblijfspatiënten. Het in het verleden niet of nauwelijks betrekken van familie bij de behandeling zal hier zeker ook een belangrijke rol hebben gespeeld.

Een voorbeeld uit de praktijk.

In september 1993 werd een van de contactpersonen bij de RIAGG op advies van Ypsilon gebeld door de vader van een dochter in grote problemen. Hij vraagt advies en steun. De dochter woont in een "krot" (geen slot op de voordeur, ruiten eruit, vervuild, etcetera) in een van de oude stadswijken. Ze haalt allerlei mensen in huis, die haar vervolgens zelf de toegang tot de woning ontzeggen. Ze leeft op straat. Is volgens vader schizofreen. In november 1992 vindt een gesprek plaats op de RIAGG. De RIAGG besluit niets te zullen doen omdat ze vader zelf willen "activeren"!. Vervolgens gebeurd er vanuit de RIAGG niets tot mei 1993.

Vader weet zich geen raad met de situatie en is voornamelijk zeer ongerust. Z'n pogingen om z'n dochter te helpen lopen op niets uit. In mei vindt opnieuw een gesprek plaats met vader en hulpverlener. Vader laat zich tijdens dit gesprek ondersteunen door een vrijwilligster van Ypsilon. In het gesprek worden toezeggingen gedaan hulp te starten. Vader hoort vervolgens weken niets. Hij belt. Reactie is: Er wordt aan gewerkt, nog even geduld. Hoort vervolgens weer weken niets. Belt nog eens. Hulpverlener niet aanwezig. Berichtje achtergelaten. Geen reactie. Belt nog eens. Niet aanwezig. Op een achter gelaten berichtje voor de hulpverlener geen reactie. Dan een volgende telefoontje wel contact met de hulpverlener. Deze zegt dat er aan gewerkt wordt en dat ze zelf wel contact met hem op zal nemen als er meer te berichten is. Vervolgens hoort hij niets meer en besluit in september 1993 de contactpersoon uit het eerder genoemde werkgroep overleg te bellen. Het grootste verwijt is eigenlijk: Als je als hulpverlener niets kan, zeg het dan ook eerlijk tegen de familie, maar houdt ze niet aan het lijntje. De contactpersoon trekt na het telefoontje de gangen van de cliënt door de RIAGG na en ontdekte dat het dossier inderdaad "onder op de stapel" terecht was gekomen. Door de extra aandacht wordt er opnieuw gekeken wat er moet gebeuren. Besloten wordt om de cliënt volgens het oorspronkelijke plan over te dragen naar een case-management team. Er wordt een netwerkgesprek georganiseerd, waaraan naast de nieuwe hulpverleners en de familie ook de oorspronkelijke behandelaar deel gaat nemen. De overdracht gaat in dit geval gepaard met een afronding van het verleden waarin de "falende" hulpverlener het boetekleed moet aantrekken.

Communicatie tussen familie en hulpverlening moet goed geregeld worden. Dit kan het beste door één contactpersoon van de familie aan te stellen.

Familieleden maken zich vaak grote zorgen over de patiënt (Schene en van Wijngaarden, 1993) Het is dan ook niet verwonderlijk dat zij regelmatig hun ongerustheid willen delen en steun willen vragen aan deskundige hulpverleners. Ook als de familie de behandelaar van hun familielid kennen is het vaak ontzettend moeilijk om contact te krijgen.

Een voorbeeld uit de praktijk.

"Mevrouw M belt de afdeling waar haar zoon in dagbehandeling is om een afspraak te maken met de behandelend arts. Haar zoon L. woont bij haar thuis en ze kan de situatie niet aan. Ze wil er steun bij vragen. Ze krijgt de arts aan de lijn maar deze vertelt haar in een zeer kort gesprek dat hij haar terug zal bellen. Mevrouw wacht weken en besluit dan zelf weer contact op te nemen. De arts is niet bereikbaar. Ze probeert het nog diverse malen. Ten einde raad roept ze de hulp in van een contactpersoon. Deze belt de betreffende arts. Na een kort gesprek beloofd de arts haar te bellen. Er gebeurt weer weken niets. Uiteindelijk wordt mevrouw uitgenodigd voor een gesprek. Hierbij zijn maar liefst vier hulpverleners aanwezig en mevrouw heeft het gevoel nauwelijks haar zegje te kunnen doen. Het is onduidelijk wie er nu de eindverantwoordelijke is voor de behandeling. De behandelaar, heeft als arts-assistent een duidelijk ondergeschikte rol aan de "senior" en ook de rol van de RIAGG-hulpverlener is onduidelijk. De stemming voelt vijandig en ze heeft alle vertrouwen in de behandelaar verloren.

Ze vraagt een andere behandelaar. Deze wordt geweigerd. Ze kan kiezen ! Of de zoon gaat met ontslag, of ze accepteert de behandelaar. Als derde mogelijkheid wordt nog genoemd dat ze een klacht kan indienen maar ze geven haar niet veel kans".

Als een familielid zich meldt met een hulp of informatie vraag, is het zeer belangrijk dit zorgvuldig te behandelen. Het kan louter gaan om een informatie vraag, maar er kan ook sprake zijn van grote ongerustheid of acute nood bij het familielid. Een juiste inschatting hiervan is van groot belang.

Uitgangspunt moet zijn, dat de familie serieus genomen wordt en, indien nodig, op een snelle manier wordt geholpen. Dit kan door het geven van de gevraagde informatie, of door een uitnodiging voor een gesprek op korte termijn. Indien er informatie verstrekt wordt moet dit altijd een bepaald doel dienen.

Het verstrekken van informatie zonder meer is niet verstandig.

Indien een weigering om informatie te verstrekken gebaseerd is op een veto van de cliënt, inhoudelijke en/of juridische argumenten, is het belangrijk de motivatie voor de weigering (uitvoerig) toe te lichten.

Een opmerking als " Wij mogen u geen informatie verstrekken " , als enige argumentatie, of erger nog onduidelijkheid en vertraging is in het kader van goede bejegening, fout en roept onnodig negatieve beeldvorming over een GGZ instelling op.

Ten overvloede stellen we nog een keer dat een weigering informatie te verstrekken niet tevens inhoudt, dat het familielid geen hulp en ondersteuning

mag worden geboden.

De familie kent, over het algemeen, de patiënt beter dan wie ook.

Uit een onderzoek van Schene en van Wijngaarden onder leden van Ypsilon (1993) blijkt vier vijfde van de familieleden niet met de patiënt in één huis te wonen. Dit stemt overeen met het gegeven dat een groot deel van de familie niet of nauwelijks contact met de cliënt blijkt te onderhouden. De helft van de onderzochte familieleden heeft gemiddeld minder dan vier uur per week contact, bijna een derde minder dan één uur. Zij concluderen dat vooral weinig contact wordt onderhouden met een oudere groep patiënten die in een slechte toestand verkeren.

Als je dit gegeven vergelijkt met de praktijk van de ambulante werkende hulpverleners kun je stellen dat hier eveneens sprake is van niet of nauwelijks contact hebben met de patiënt. Een wekelijks contact van een uur is eerder een uitzondering dan een regel. Er zijn genoeg gevallen bekend, waarbij de patiënt contact met de hulpverlener heeft als hij of zij z'n depot toegediend krijgt, bijvoorbeeld één keer in de drie weken.

Toch is er een verschil tussen familie die nauwelijks contact heeft en een hulpverlener die z'n cliënt nauwelijks ziet. De bloedband, het opgroeien in het gezin van herkomst levert een bekend zijn met elkaar op die je als hulpverlener zelden of nooit zult bereiken. Je kunt hier als hulpverlener je voordeel meedoen.

Daarbij komt dat het misschien een voordeel kan zijn dat familie en cliënt elkaar weinig zien.

De emotionele betrokkenheid kan dan zodanig zijn dat een goede en werkbare situatie kan ontstaan.

De familie moet in de gelegenheid worden gesteld de hulpverlener te informeren over de patiënt (hetero anamnese), zonder dat deze daar zelf bij aanwezig is en zonodig buiten medeweten van de patiënt.

Familie wil graag in de gelegenheid worden gesteld om het eigen verhaal, zonder dat de patiënt erbij aanwezig is, te kunnen vertellen aan de behandelaar. Soms bestaat er als gevolg van de ziekte een als levensbedreigend ervaren situatie en leeft de familie in angst voor het eigen kind. Een moeder merkte daar over op: "Natuurlijk er is hier sprake van ziekte en niet van justitiële zaken, maar toch een getuige in een dergelijke zaak wordt ook beschermd en niet verhoord met de verdachte erbij". Een vrijuit sprekende omgeving van de patiënt kan voor de hulpverleners zeer belangrijke informatie opleveren.

Soms levert dit problemen op wanneer moeder als kind bij dezelfde instelling worden begeleid. Het kind wil niet dat vader of moeder betrokken is. De ouders willen de relatie met het kind niet laten beïnvloeden door hun contact met de hulpverlenende instelling. Er ontstaat dus een probleem als er in de hulpverleningscontacten bekend wordt gemaakt dat er contacten zijn met de ouders. Dat heeft soms vergaande consequenties voor de relatie tussen ouders en kind.

Het is dus aan te bevelen in dergelijke situaties de ouder een aparte hulpverlener te geven en de contacten zo te plannen dat ouders en kind elkaar niet in de wandelgangen tegenkomen. In een behandeling waarbij de familie deel uit maakt van het te behandelen systeem ligt de situatie heel anders. Alle informatie uit de behandeling is hier ook beschikbaar voor de familie en andersom.

De patiënt en zijn problematiek zijn uniek dus een generalisatie van aanpak is geen goed uitgangspunt.

De permanente ontwikkeling van de methodiek van de hulpverlening is bedoeld om de kwaliteit van de geboden hulp zo optimaal mogelijk te maken. Generalisatie van aanpak kan inzichten verschaffen die in ongeveer gelijke situaties een positief effect op de behandeling kunnen hebben. Het zonder meer toepassen van bepaalde methodieken op bepaalde gelijk gediagnostiseerde ziekte gevallen is echter riskant en kan leiden tot vergissingen en misstappen. Ook al vraagt de diagnose om een bepaalde aanpak, toch is het zaak om steeds attent te zijn voor het unieke van de patiënt en z'n problemen. Ook de rol van de hulpverlener zelf moet daarbij niet uit het oog worden verloren. De hulpverlener zit met z'n cliënt vaak in een bepaalde routine, waarbij de ziekte van de cliënt een centrale rol vervult en waarin beide "rare" gewoontes als normaal gaan zien.

De patiënt en de hulpverlener kunnen heel subjectief op elkaar gaan reageren. Het is daarom belangrijk ook buiten dit reguliere contact tussen hulpverlener en cliënt zo nu en dan contact te onderhouden met het netwerk. Dit kan misverstanden voorkomen en onnodig leed voor de patiënt en z'n familie te voorkomen.

Familie heeft recht op hulp en ondersteuning.

Familie of partners die langdurig geconfronteerd worden met psychotisch of schizofreen gedrag raken meestal zelf uit balans en overbelast. Soms weigert de familie ondersteuning omdat zij vinden dat hun zieke familielid prioriteit heeft.

Eerst een goede oplossing voor hem of haar en dan pas wij!

De hulpverlening heeft de taak om zowel de patiënt als de familie te begeleiden en een goede inschatting te maken van de situatie.

Belt een familie lid naar een GGZ-instelling met een vraag om informatie of advies gebeurd het nog altijd dat men vriendelijk doch resoluut wordt afgewezen door de hulpverlener. "Wij kunnen u niets mededelen over uw zoon of dochter. De wet staat ons dat niet toe" Ook psycho educatie groepen met een open karakter zijn er niet of nauwelijks. Dit betekent dat ouders of familieleden van patiënten die niet in behandeling zijn slecht moeizaam steun kunnen vinden bij hulpverleners.

De praktijk

De contactpersoon werd benaderd door een familie uit een dorp in Friesland. De zoon van de familie was vermoedelijk in Amsterdam maar onvindbaar. In het verleden waren er verschillende psychotische episodes. Ook nu was er duidelijk sprake van een verslechterende situatie. De laatste keer dat ze hun zoon hadden ontmoet woonde hij een zelf gebouwde hut in een park in Amsterdam. De familie weet zich geen raad. Ze zijn er dagelijks mee bezig, enorm bezorgd. Door hulpverleners in Amsterdam zijn ze geadviseerd voor zichzelf hulp te zoeken bij de RIAGG in Friesland. Dit is echter niet wat ze willen. Zij willen concreet iets met hun gevoel van bezorgdheid doen en dat kan niet in het verre Friesland. Zij worden door de contact persoon uitgenodigd voor een gesprek. In het gesprek worden alle opvangmogelijkheden en hulpverlenende instellingen besproken die er in de stad zijn en die mogelijk door hun zoon zouden kunnen zijn benaderd. De familie gaat met deze gegevens op pad om een levensteken van hun zoon te zoeken. Een dergelijk

contact levert geen pasklare oplossing voor het probleem maar wel serieuze steun voor de familie.

Familie is per definitie deel van het systeem en kan in veel gevallen bondgenoot van de hulpverlener zijn.

Familie kan indien zij contact hebben met de patiënt een belangrijke rol op zich nemen. In principe moeten zij betrokken worden bij het behandelplan. Natuurlijk is familie niet altijd gemotiveerd en ook niet altijd bereid. Het is ook van belang om goed uit te zoeken of de familie bondgenoot kan zijn. In sommige situaties is er sprake van een situatie waarin de familie zelf als patiënt benaderd moet worden.

Bij een patiënt met meerdere hulpverleners wordt voor de familie één hulpverlener als contactpersoon aangewezen.

Soms ontstaat er een chaotische situatie rondom een patiënt als niet duidelijk is wie de eindverantwoordelijkheid voor de behandeling op zich neemt. Voor familie ontstaat er dan een situatie waarin men niet weet wie er moet worden aangesproken. Een extreem voorbeeld ontstond toen een 32 jarige mevrouw acuut werd opgenomen op een afdeling van een algemeen ziekenhuis. Naast een psychose was er sprake van een ernstige hartafwijking. Moeder nam contact op met de behandelende arts om aan te dringen op de aanvraag van een Rechterlijke Machtiging. De behandelende arts verwees naar de dienstdoende psychiater in het ziekenhuis. Deze weigerde de aanvraag in te dienen en hij motiveerde z'n afwachtende houding door te wijzen op andere behandelaars buiten het ziekenhuis die volgens hem veel meer in aanmerking kwamen om de RM aan te vragen.

Het betrof hier de sociaal psychiatrische afdelingen van een tweetal Riagg's waar mevrouw bekend zou zijn en eveneens de Centrale Crisisdienst. Niemand neemt het initiatief en de onderling communicatie verloopt moeizaam.

Moeder neemt ten einde raad contact op met de GG&GD afdeling Vangnet en Advies en legt de situatie aan hen voor. Iemand moet een Rechtelijke Machtiging aanvragen, maar wie gaat het doen. De moeder vraagt steun en aandacht voor de zorgelijke situatie. Er wordt heen en weer gebeld. Uiteindelijk hoeft het niet meer. De dochter loopt in een slechte lichamelijke toestand weg uit het ziekenhuis en is onvindbaar. Uiteindelijk wordt ze enkele weken later weer gevonden en opnieuw opgenomen in een algemeen ziekenhuis. Nu wordt afgesproken dat de coördinatie van de zorg in handen komt van een medewerker van de centrale crisisdienst. De RM-beoordeling wordt gedaan en de rechter bekrachtigd de aanvraag.

Tot slot

De discussie over een zorgvuldige omgang met familie zal in de komende jaren voortgezet worden. De uitgangspunten zoals beschreven vormen een basis naast de recent verschenen literatuur. In de ontwikkeling van casemanagement- en zorgcoördinatieprojecten is het betrekken van het netwerk inclusief de familie al gemeengoed. Toch zal er nog heel veel moeten gebeuren voordat ook in het reguliere hulpaanbod de familie de plaats krijgt die ze toekomt. Wij nodigen collega's uit hun ervaringen op dit gebied op te schrijven zodat praktijken die wij nog niet kennen ons kunnen helpen bij de ontwikkeling van een betere praktijk.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met:

De vereniging Ypsilon,
Kerkhoflaan 306, 3034 TJ Rotterdam,
tel. 010-4045166/4048187 (op
werkdagen tussen 10.00 en 16.00 uur).

Literatuur, artikel "Zorgvuldige omgang met familie"

Borgesius, E,
Hulpverleners en familie: partners in
zorg. Een handleiding voor
hulpverleners in de GGZ, Assen, 1994.

Inspektie voor de geestelijke
volksgezondheid
BOPZ in de praktijk,
Den Haag, 1994.

Ippel, P., en L. Horn,
Richtlijnen voor een zorgvuldige
communicatie tussen hulpverleners en
familieleden van psychiatrische
patiënten.
Utrecht, Labyrint, In perspectief en
Ypsilon, 1992.

Hulpverleners en een zorgvuldige
omgang met familie.
Amsterdam, werkgroep Riagg's,
GG&GD, Ypsilon, 1994.

Kobs, M.,
Lastige ouders. Machteloos tegenover
de psychiatrie,
Kampen, 1988.

Meer R. van,
Leven met schizofrenie. Een
handleiding voor familie, vrienden en
andere betrokkenen,
Utrecht/Antwerpen, 1987.

Meer R. van,
Schizofrenie. Informatie voor patiënten,
familieleden en betrokkenen.
Amsterdam Lundbeck b.v., 1987.

Oosterbaan, H.,
Omgaan met gekte. Hoe familieleden
de zorg voor psychiatrische patiënten
volhouden, Utrecht, NcGv, 1990.

Peperstraten H. van,
Schizofrenie, wat is het en hoe kun je
ermee leven? Informatie voor patiënten.
Te bestellen bij Ypsilon.

Schene, A., B. van Wijngaarden,
Familieleden van mensen met een psy-
chotische stoornis. Een onderzoek
onder Ypsilonleden.
Amsterdam, UvA/AMC, 1993.