

Uit den lande

Een handtekening voor een opname

In dit artikel wil ik u een beeld geven van het BIZ project dat sinds september '98 loopt in Leeuwarden. Ik zal dit doen door middel van een korte omschrijving van het project en een casus. De casus zal laten zien dat ondanks alle inzet het in de dagelijkse praktijk niet gemakkelijk is om cliënten met psychiatrische en verslavingsproblematiek de juiste hulpverlening te bieden.

Het BIZ project staat voor Buitengewoon Intensieve Zorg en is een samenwerkingsproject tussen de Kuno van Dijkstichting (instelling voor verslavingszorg in Noord Nederland) en de Intensieve Psychiatrische Thuiszorg (IPT, GGZ Friesland), gefinancierd door Provinciale Staten Friesland. Het project heeft een looptijd van drie jaar. Het team Leeuwarden heeft een pilot functie voor andere BIZ projecten in Friesland.

Het project is tot gekomen stand nadat bleek dat er een grote overlap bestond tussen cliënten van het reeds bestaande BIZ-project van de Kuno van Dijkstichting en cliënten van de Intensieve Psychiatrische Thuiszorg. De methodiek van de IPT bleek goed bij het BIZ project te passen. Beide projecten werden gekenmerkt door een actieve en outreachende (bemoeizorg) benadering van de cliënt. De doelgroep werd regelmatig aangetroffen bij het straathoekwerk. De cliënten worden in de praktijk over en weer verwezen werd tussen de verslavingszorg en de GGZ, waardoor er van geen adequate hulpverlening geen sprake is. Op werkersniveau ontstond spoedig een nauwe vorm van samenwerking die leidde tot de wens om de samenwerking te formaliseren.

Criteria voor aanmelding voor het BIZ project zijn:

1. Aanwezigheid van ernstige verslavingsproblematiek (poly-druggebruik, alcoholgebruik)
2. Aanwezigheid van forse psychiatrische problematiek
3. Dak- en thuisloosheid (sommigen gaan hierbij soms van kamer naar kamer, anderen verblijven binnen de maatschappelijke opvang)
4. Justitiële contacten en/of prostitutie

Binnen het project zijn twee casemanagers werkzaam:

Een spv van de Kuno van Dijkstichting voor 24 uren en een b-verpleegkundige van de IPT voor 32 uren.

Het team is geplaatst binnen het psychiatrische thuiszorgteam omdat daar de benodigde logistieke voorzieningen aanwezig waren (secretariaat, 24uursbereikbaarheid, dossiervorming) Bovendien werkte het IPT laagdrempelig). De psychiater van het GGZ team is medisch eindverantwoordelijk. Er bestaat een nauwe samenwerking met het straathoekwerk.

Het doel van dit samenwerkingsverband is bereikbaar worden van de voorzieningen van beide partners waardoor er meerdere hulpverleningsmogelijkheden beschikbaar komen.

Vanuit de Kuno van Dijkstichting:

- bedden crisisopname kliniek
- woonbegeleiding
- vrouwenhulpverlening
- budgetbeheer
- reclassering

Vanuit de GGZ:

- acute klinische opname
- langdurige klinische opname

RM/IBS procedures

- 24 uur- telefonische bereikbaarheid
- activiteitenhuis
- inloophuis.

We zijn in het project erg actief binnen de maatschappelijke opvang, we doen spreekuur Leger der Heils, spreekuur in een woonvoorziening voor dak- en thuislozen (de Terp) en coaching van medewerkers.

De begeleiding richt zich op:

- contactopbouw en opbouw relatie
- stabiliseren drugsgebruik en verminderen poly-gebruik, veilig gebruik
- signalerend ten aanzien van psychische conditie en trachten behandeling op te starten
- netwerk analyse en beïnvloeding
- bemiddelen naar instanties (sociale diensten, reclassering, justitie, woningbouwverenigingen, pensions etc.)
- case finding

Ondanks het hierboven beschreven model lopen we in de praktijk toch tegen het bekende tussen-wal-en-schip verhaal aan, wat ik aan de hand van deze casus zal illustreren.

Al zo'n drie jaar hebben we contact met Jan, 25 jaar, afkomstig uit Kampen Hij is dak- en thuisloos. Jan komt uit een gezin van negen kinderen, waarvan hij de jongste is. Zijn moeder was alcoholiste, vader liep van huis weg toen Jan negen jaar was. Jan zwerft vanaf zijn zeventiende, na diverse internaten gezien te hebben. Ook daarna volgen talloze instellingen, zoals RIAGG, MFE, verslavingszorginstellingen, pensions, korte gevangenisstraffen. Jan wordt omschreven als iemand die sterk zijn eigen koers bepaalt en zich niet begeleidbaar opstelt door zijn ernstige drugsproblematiek en daaruit voortvloeiende gedragsproblemen. Er zou sprake kunnen zijn van een schizofrene ontwikkeling. Langdurige psychotische episodens zijn er niet.

Jan leidt een sterk wisselend bestaan en kan het straatleven moeizaam aan. Jan slaapt voornamelijk buiten in een portiek of bouwplaatsen. Hij voorziet in zijn levensonderhoud door te bedelen en prostitutiecontacten. Zijn maandelijkse inkom is meestal na twee dagen op door gebruik of afpersing van medegebruikers, iets dat eigenlijk voortdurend gebeurt. Het middelengebruik is erg groot en richt zich op allerlei pillen, XTC, speed en coke. Jan voelt zich meer leven wanneer hij drugs gebruikt. Anders voelt hij zich leeg en dood. Hij heeft soms psychotische belevingen, die kortdurend zijn (betreft vooral haptische hallucinaties). Hij heeft alleen gebruikerscontacten.

In de begeleiding hebben we de volgende zaken kunnen bereiken:

Er is een vast voorgeschreven medicatiebeleid en in overleg met Jan wordt hem dit dagelijks gegeven bij het Leger des Heils. Hij krijgt daar ook zijn methadon. Dit gebeurt ook in de weekenden. Hierdoor worden allerlei crisissituaties in de weekenden (opnameverzoeken omdat medicatie op is) voorkomen. Psychotische momenten zijn minder frequent geworden. Na lang onderhandelen en een verbod om bij de Sociale Dienst en Postbank binnen te komen heeft Jan een aanvraag van bewindvoering ondertekend.

We zijn een soort van centraal aanspreekpunt geworden tussen de vele instanties die zich met Jan bezighouden (huisarts, opvanginstellingen, politie, sociale dienst). Ook hebben we wekelijks contact met moeder, die binnen een RIBW woont.

Er is een duidelijke hulpverlenersrelatie met Jan ontstaan die wisselt in duur, frequentie en inhoud. Soms is Jan dreigend, manipulerend, verdrietig. Soms onderhandelt hij over medicatie, opnames of overlegt hij met ons over een nieuw tijdelijk adres Soms gaat het over relaties die hij heeft. Soms drinken we ergens een bakje koffie of eten een

hamburger in een friettent.

De rode draad in zijn bestaan is het steeds slechter aan kunnen van het straatleven, met name de afpersingen, onzekerheid en prostitutie-contacten. Jan schaamt zich hier erg voor. Hij vindt in zijn geloof geen steun meer. Jan wordt steeds wanhopiger. Hij dreigt met zelfdestructief gedrag en het bedreigen van omstanders Dit wordt niet waargenomen door de politie.

Lichamelijk gaat het steeds slechter. Jan vermagert, krijgt steeds vaker koortsblaren en andere lichamelijke klachten.

Een opname binnen een maatschappelijke opvanginstelling mislukt doordat Jan geen pensiekosten afdraagt, en erg veel drugs gebruikt. Incidentele crisisopnames binnen een PZ duren hooguit één à twee dagen. Jan is te verslaafd en opnames zijn vooral ingegeven door sociale problematiek.

We besluiten in mei-juli een opname aan te vragen binnen een crisisafdeling van een verslavingszorginstelling, gezien het forse gebruik en gedragsaspecten die daar uit voortvloeien. De opname duurt drie dagen.

Conclusie: een schizofrene jongen die opgenomen zou moeten worden binnen een gesloten setting van een GGZ-instelling. Een concrete afdeling noemt

men niet.

Met dat advies melden we Jan aan bij een GGZ-instelling, die op basis van het dossier tot de conclusie komt dat men gezien de verslavingskant niets kan bieden en een traject binnen een verslavingsinstelling eerst aan de orde dient te komen.

Jan loopt ondertussen in de stad met een lijst om handtekeningen te verzamelen om zijn en ook onze vraag voor een rustige, veilige plek te ondersteunen.

Ondanks een samenwerkingsverband waarin verslavingszorg en GGZ van elkaars faciliteiten gebruik kunnen maken, lukt het niet om voor Jan een plek te vinden, terwijl Jan dit duidelijk vraagt. We komen er steeds meer achter dat behalve aan directe hulpverlening, de casemanagers vooral aan belangenbehartiging voor deze groep mensen moet doen.

Ondanks veel aandacht voor deze cliënten (symposia, publicaties, projecten) blijven ze pendelen tussen instanties zonder ergens aan te komen.

Rients Sander
B-verpleegkundige/case manager
Intensieve Psychiatrische Thuiszorg en
BIZ project