

Hulp aan zorgwekkende zorgmijders: Assertive Community Treatment

Isabelle Libbrecht en Monique Gijzen

2.1 Beschrijving van het behandelprogramma

De Geestelijke Gezondheidszorg Westelijk Noord-Brabant (GGZ WNB) is twee jaar geleden gestart met de uitbouw van Assertive Community Treatment, ACT. ACT is een welomschreven vorm van bemoeizorg of case management (Mulder & Kroon, 2005). In de term ligt de werkwijze vevat. Er is een directe, actieve benadering (*assertive*) van de cliënten. De zorg wordt aangeboden binnen de leefomgeving van de cliënt (*community*).

Men tracht actief en desnoods ongevraagd met de cliënten in contact te komen door hen thuis of waar ze ook verblijven op te zoeken. Ons ACT-team wil de 'zorgwekkende zorgmijder' ontvankelijk maken voor zorg. Het team is multidisciplinair samengesteld: een psychiater, een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, een psychiatrisch verpleegkundige en twee maatschappelijk werkers. Een secretaresse zorgt voor de administratieve ondersteuning.

Onze cliënten zijn 18 jaar en ouder en hebben ernstige psychiatrische, veelal psychotische stoornissen en/of ernstige persoonlijkheidsproblematiek. Ze onttrekken zich aan de hulpverlening en zijn niet gemotiveerd voor behandeling.

Tegelijkertijd hebben ze op verschillende levensgebieden ernstige problemen (financiële problemen, woonproblemen, afwezigheid van een socialesteunsysteem, enz.). Ze veroorzaken vaak overlast. Als verslaving de primaire problematiek is, worden cliënten verwezen naar het ACT-team voor dubbele diagnose.

De werkwijze van het team kan bondig als volgt worden samengevat. Het team heeft een multidisciplinaire benadering, besteedt de zorg zo weinig mogelijk uit aan derden en voert verschillende soorten behandeling en begeleiding zelfstandig en flexibel uit. Het team is verantwoordelijk voor het leggen en onderhouden van contact met de cliënt.

De cliënt krijgt hulp op meerdere gebieden tegelijk: psychiatrische zorg, praktische hulp en maatschappelijke ondersteuning. Dat gebeurt op de plaats waar de cliënt zich bevindt: thuis, op straat, in de daklozenopvang of elders. Er is geen limiet voor de tijdsduur van de hulpverlening en het aantal contacten.

2.2 Motivatie

De doelgroep bestaat uit zorgwekkende zorgmijders die dus per definitie niet gemotiveerd zijn voor behandeling. Ze melden zichzelf niet aan. We krijgen aanmeldingen via verschillende instanties zoals woningbouwinstanties, opvang voor dak- en thuislozen, de GGD, familieleden van zorgmijders en de politie.

Bij veel mensen is het ziektebesef of ziekte-inzicht gering tot afwezig. Wel is er vaak lijdensdruk. De cliënt heeft vooral last van de directe en indirecte gevolgen van zijn ziekte: huisvestingsproblemen, problemen met de burens, woningbouwverenigingen, uitkeringsinstantie, schulden, enzovoort. De behandeling van de psychiatrische stoornis staat meestal niet op het verlanglijstje van de cliënt.

Meer dan in andere gebieden van de hulpverlening dient men zijn handelen steeds weer ter discussie te stellen. Er bestaat namelijk een spanningsveld tussen het respecteren van de autonomie van de cliënt en het 'bestwildenken' (paternalisme). Tot hoever laat men de principes van de autonomie gelden en wanneer beslist men als hulpverlener een meer paternalistische houding aan te nemen? (Kortmann, 2000; Nys, 2005).

Het gaat vaak om typische cliënten die door hun levensvisie, houding en psychopathologie erg opvallen en vaak, ook soms onterecht, door de omgeving als storend worden ervaren.

We bemoeien ons ongevraagd met cliënten omdat we als hulpverleners menen dat er zorg voor hen nodig is; daardoor ontstaat het risico dat eigen overtuigingen, waarden en normen opgedrongen worden. Als hulpverlener moet men in deze setting meer (bijzondere) situaties van cliënten verdragen: cliënten die verkiezen om buiten te leven of geen afstand willen nemen van hun spullen (situaties die we zelf onverdraaglijk zouden vinden), aangezien cliënten die situaties niet op dezelfde manier definiëren als wij.

Het gaat niet meer om 'wat is de beste zorg?' maar: 'welke zorg is haalbaar, rekening houdend met de wensen van de cliënt en de belangen van de omgeving?'

We zoeken eerst naar werkbare doelen, een samenwerkingsverband met de cliënt. De hulpvraag van de cliënt, op welk vlak dan ook, wordt

centraal gesteld. Zo kan er een vertrouwensrelatie ontstaan en op termijn bereidheid van de cliënt zich te laten behandelen.

We pogen andere, meer positieve en informele behandelrelaties aan te gaan met cliënten die al eerder – mislukte – contacten hadden met de reguliere zorg.

‘Holding’ (Winnicott, 1960) is een begrip dat een belangrijke rol speelt in onze benadering. Holding verwijst naar een fase in de ontwikkeling van het kind waarin het ik overgaat van een gedesintegreerde naar geïntegreerde toestand. Naar analogie aan de zorgende taak van de ouders, hoort de hulpverlener de cliënt ‘veilig vast te houden’; dit veronderstelt een blijvend pogen om contact te leggen met de cliënt, om toegang te krijgen tot diens wereld ondanks een afwerende en wantrouwende houding. Dit vereist een attitude van luisteren en van trachten te begrijpen. Dit houdt ook in dat de hulpverlener op een gepaste wijze weet te reageren op de cliënt, beschikbaar is voor cliënt met oog voor voldoende afstand.

2.3 Een casus

De cliënte wordt aangemeld door de GGD. Mevrouw heeft veel spullen in haar woning staan en men is bang voor brandgevaar. De woningstichting wil dat de flat opgeruimd wordt om brandgevaar te verminderen. De cliënte is een oudere dame (65) van Indonesische afkomst die in haar jeugd in jappenkampen verbleef. Zij denkt zelf dat ze om deze reden verzamelwoede heeft. Vroeger was het voor hun overleving belangrijk een voorraad te hebben en was men zuinig op de spullen die men had. Ze is waarschijnlijk rond haar 18e naar Nederland gekomen, met haar moeder en zus en is toen in een administratieve baan gestapt. Door reorganisatie is ze rond haar 52e met pensioen gegaan. Ze heeft lang voor haar moeder gezorgd en is na haar overlijden in dezelfde woning blijven wonen. Sinds haar pensioen is ze echt begonnen met het verzamelen van spullen en kon ze ook geen afstand doen van haar moeders spullen.

Toen wij de cliënte voor het eerst opzochten was het haast onmogelijk om de voordeur te openen vanwege spullen die de laatste tijd gekocht waren, vooral van de non-food afdeling, en kon de cliënte niet in haar eigen badkamer. De woning was niet vervuild, maar overall lag wel een dikke laag stof; de thermostaat stond standaard op 25 graden. De cliënte rookte daarbij regelmatig een sigaretje en luchtte amper. Ook zat de cliënte vaak in het donker.

Na een aanmelding, ontvangen van de woningstichting, zijn we langsgegaan. We hebben haar uitgelegd dat er mensen waren die zich zorgen maakten over haar en dat we met haar wilden kijken wat we voor haar konden betekenen. We werden snel binnen gelaten, waarschijnlijk omdat het zo hard regende en ze ons niet buiten wilde laten staan. De cliënte begreep de bezwaren van de woningstichting niet, maar kon wel wat hulp gebruiken als de verhuurder haar woning opgeruimd wilde zien.

Sindsdien wordt de cliënte wekelijks door ons bezocht. In het begin was zij wantrouwig, maar ze vond het al snel prettig wekelijks een praatje te maken. Zij komt dagelijks naar een ontmoetingsruimte binnen de flat, maar ziet dit meer als een verplichting. De cliënte houdt zich bezig met het maken van kaarten, maar slaat hierin door en is met regelmaat tot 5 uur 's ochtends bezig. Zij laat hulp vrij snel toe, ziet in dat haar woning te vol is, maar ontkent het gevaar voor brand, ze is immers heel voorzichtig.

Deze cliënte laat ons heel gemakkelijk binnen. Meestal wordt deze eerste stap niet zo snel gezet. Waarschijnlijk is de cliënte erg eenzaam en heeft zij behoefte aan contact. Ze is zich niet bewust van enig probleem. We proberen haar inzicht te verschaffen in de problematiek tijdens onze aanhoudende bezoeken, waarbij we proberen haar vertrouwen te winnen. Hierbij nemen we een houding van onvoorwaardelijke acceptatie aan. We veroordelen haar gedrag en inzichten niet. Op een voorzichtige manier confronteren we haar met haar tegenstrijdigheden. Uiteindelijk stemt ze in met het opruimen. Maar het is duidelijk dat ze er ambivalent tegenover staat. De motivatie komt van buiten. Ze is bang door de woningbouwstichting uit huis gezet te worden.

- C: Ze veranderen het eten.
H: Wat is er anders aan dan?
C: Het smaakt anders en heeft een andere kleur.
H: Als je fruit, zoals bananen, een tijdje laat liggen, verandert de kleur.
C: Ja maar, zo lang liggen ze nog niet.
H: Misschien vergis je je daarin.
C: Nou, dat denk ik niet hoor.
H: Ik heb vorige week nog een hoop fruit weggegooid, omdat het er veel te lang lag.