

Unieke functie in bijzondere zorg

Interview met Maria van der Linden

Nienke Langebeek

Dr. N. Langebeek MANP, verpleegkundig specialist AGZ, Rijnstate, Arnhem

Maria van der Linden werkt sinds 2017 als verpleegkundig specialist GGZ binnen het team Bijzondere Zorg van de GGD Gelderland Nijmegen. Zij is daarmee een van de weinige verpleegkundig specialisten die deze functie vervullen. Voordat zij dit werk ging doen, was zij werkzaam op de afdeling Psychiatrie in een algemeen ziekenhuis. De kennis en ervaring die ze hier opdeed, zijn van onschatbare waarde in haar huidige werk.

Bijzondere zorg

Door veranderingen binnen de zorg (decentralisatieproces) is er zorg vanuit de tweede lijn (DBC-zorg) naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) verschoven. Hierdoor is de financiering van 'bijzondere zorg' bij gemeenten komen te liggen. Het gaat hierbij om zorg voor mensen die door psychische problematiek tussen wal en schip dreigen te vallen. Voorheen was dit de taak van de GGZ, maar nu moeten gemeenten deze mensen opvangen en begeleiden. Iedere gemeente in Nederland heeft dit op haar eigen manier georganiseerd en er een naam aan gegeven. Veel gemeenten noemen het ook wel OGGZ (Openbare Geestelijke Gezondheid Zorg).

Interventieteam

De gemeente Nijmegen startte zes jaar geleden een pilot 'Interventieteam' om de bijzondere zorg (BZ) vorm te geven. Maria van der Linden is sinds vier jaar coördinator van dit interventieteam en heeft de taak om de zorg rondom de opvang van verwarde personen te organiseren. 'Twintig jaar geleden waren er al soortgelijke teams, maar toen viel het onder algemeen maatschappelijk werk,' vertelt Maria. 'De problematiek is meer richting OGGZ gegaan; het gaat om mensen die de zorg mijden, maar die wel nodig hebben. Door

de veranderingen in de zorg wonen veel meer psychiatrische patiënten gewoon thuis, worden ze minder snel opgenomen en zijn ze vaak niet meer in zorg. Hierdoor krijgt de gemeente te maken met een grote groep mensen die ernstig ziek is, maar waar zij eigenlijk geen raad mee weet. Deze mensen vallen onder het team Bijzondere Zorg.'

Het interventieteam is een soort 'intensive care'-team binnen het grotere BZ-team. Het team bestaat uit mensen die gedetacheerd zijn vanuit de tweedelijnszorg. Zij werken binnen de GGZ bij FAC-teams, in de verslavingszorg of bij een Regionale Instelling voor Beschermend en Begeleid Wonen (RIBW). Het team bestaat daardoor uit deskundigen vanuit verschillende organisaties, die allemaal enkele uren per week vanuit hun moederorganisatie bij het interventieteam werken. Maria van der Linden is de enige in vaste dienst.

Een van de eerste dingen die Maria heeft aangepakt, is 'de voordeur', oftewel de manier van melden en de manier van melding verwerken. Maria: 'We krijgen hier heel ingewikkelde cliënten bij wie niet meteen duidelijk is wat de problemen zijn en wat er moet gebeuren. Dat moet je gestructureerd aanpakken. We hebben nu een gestroomlijnde en gestructureerde voordeur, met een triagevoorblad en een aanmeldformulier. Ik heb de mensen in het interventieteam lesgegeven in klinisch redeneren: wat wil je, hoe wil je dit aanpakken, wat is hier nodig? Zij maken nu een basistriage en zetten het door naar een interventieteam of naar iemand binnen hun eigen team.'

Mensen naar de juiste zorg leiden

De ‘core business’ van het interventieteam is het opzoeken van mensen die nog niet in zorg zijn, maar dat wel zouden moeten. Naast het coördineren en uitvoeren van cliëntenzorg, doet Maria ook consultatie voor de bijzondere zorg. Maria vertelt: ‘Het gaat om mensen met problemen op allerlei gebieden. Ze zijn vaak psychotisch, dakloos of verslaafd, of dreigen hun huis te verliezen. Daarbij kunnen ze ook overlast bezorgen voor de buurt. Wij worden dus vooral ingeschakeld bij mensen die niets willen, maar wel hulp behoeven. Het interventieteam heeft negen maanden de tijd om de maatschappelijke zorg op te zetten, maar ook om ze te verleiden een GGZ-traject of verslavingstraject in te gaan. Deze negen maanden verdelen we in drie keer drie maanden. De eerste drie maanden zijn vaak nodig om überhaupt contact te maken. Daarbij proberen we de basiszaken te regelen (uitkering, verzekering, huisvesting etc.), met uiteindelijk als doel de mensen naar de juiste zorg te leiden. Het is echt psychiatrie: we behandelen niet maar kijken hoe we hen kunnen helpen, hoe we ze weer stabiel kunnen krijgen. We proberen deze mensen, en ook hun gezinnen, onder begeleiding, een nieuwe kans te geven.’

Rubberenhamertechniek

‘Soms heb je de wijkagent nodig om contact te leggen, dat noem ik de “rubberenhamertechniek”, zegt Maria. ‘Daar sla je dan even mee (in positieve zin) en daarna probeer je te stutten en te steunen. Er zijn daklozen die je nooit een huis in krijgt, maar je probeert toch om het houdbaar te houden voor henzelf en hun omgeving. Maar er zijn er ook genoeg die bijvoorbeeld in een auto leven en die heel blij zijn met de hulp die ze wordt aangeboden.’

Door de bureaucratie in Nederland is het vaak moeilijk om zaken goed te kunnen regelen. Overal is een apart loket voor. Zo vertelt Maria: ‘Iemand met een verstandelijke beperking kan dit allemaal niet alleen. Als ze bijvoorbeeld een uitkering willen aanvragen, dan moeten ze eerst naar een ander loket om een identiteitskaart te regelen. Iemand met ernstig autisme bijvoorbeeld kan dat vaak niet alleen, die wordt gillend gek en gaat vervolgens dreigbrieven naar de gemeente sturen, waardoor alles uit de hand loopt. Wat wij moeten doen in deze situaties is maatwerk leveren. Proberen een strategie te bedenken om de situatie onder controle te krijgen en de juiste zorg in te schakelen.

Contact leggen is niet altijd even makkelijk,’ gaat Maria verder. ‘Soms moet je keer op keer terug, aanbellen en wachten of er

Als verpleegkundig specialist kun je overstijgend denken en werken en is het belangrijk om goede contacten te hebben met de verschillende instanties



open wordt gedaan. Soms vroeg in de ochtend, dan weer laat op de avond, totdat ze toch opendoen. Langzaam probeer je een relatie op te bouwen. Je probeert zaken te regelen die zij belangrijk vinden, om uiteindelijk het vertrouwen te krijgen waardoor ze de hulp aanvaarden die ze nodig hebben. Van belang is dat je als hulpverlener je “eigen zin” niet doordrukt. Behoud van eigen regie is voor mijn doelgroep het allerbelangrijkst.’

Meerwaarde verpleegkundig specialist

Door haar ervaring als verpleegkundig specialist in het ziekenhuis (afdeling Psychiatrie) heeft Maria ook veel somatiek gezien. Mede op basis van deze ervaringen is zij bij het interventieteam in Nijmegen aangenomen. Maria: ‘De mensen die we zien, zijn al jaren niet meer bij een huisarts geweest. Uit ervaring weet ik dat er achter verwardheid ook weleens een somatische reden kan zitten.’

Maria geeft een voorbeeld van een patiënt die al bekend is en wordt aangemeld met een psychose. Ook heeft de patiënt multiple sclerose (MS) en de ziekte van Parkinson. Voor beide ziektebeelden gebruikt de patiënt medicatie, maar het is niet bekend of deze ook geslikt wordt en zo ja, of ze goed geslikt wordt. Maria: ‘Het is dan dus zaak voor mij om te kijken of de

psychische verschijnselen ook te maken hebben met het wel of niet slikken van de verschillende medicijnen. Deze werkwijze probeer ik ook op mijn teamleden over te brengen. Wat weten we van de voorgeschiedenis van deze persoon? Is deze persoon in beeld bij de huisarts? Gebruikt hij of zij medicijnen, en zo ja: welke bijwerkingen kunnen deze medicijnen veroorzaken? Als verpleegkundig specialist ben je een duizendpoot. Je werkt aan processen, aan kwaliteit, aan structuur. Wij hebben snel overzicht en zien snel waar of bij wie iets thuishoort.'

Aanmelden bij Team Bijzondere Zorg

Iedereen kan een melding neerleggen bij het Team Bijzondere Zorg, zowel professionals als burgers. Maria: 'Jij mag je buurman ook melden, als je je zorgen maakt omdat hij zo vreemd doet. Hierbij kun je anoniem blijven. Een tijdje geleden kreeg ik een telefoontje van een nefroloog uit het ziekenhuis. Zij had toevallig een presentatie van ons gezien en kwam zo op het idee om ons in te schakelen voor een patiënte van haar. Deze patiënte was bekend met nierfalen, maar kwam niet meer op haar afspraken. Het was niet bekend of zij haar medicatie nog wel innam. We zijn bij deze mevrouw gaan kijken, maar ze deed voor ons de deur niet open. Na lang zoeken heb ik de huisarts gevonden en daar aangegeven dat we zijn ingeschakeld door het ziekenhuis omdat ze niet meer op haar afspraken kwam. Wat bleek: de huisarts kwam er regelmatig en gaf aan dat mevrouw de trap bijna niet meer af kon komen en daardoor moeite had om de deur te openen. Na lang bellen deed mevrouw uiteindelijk open en zag ik een nogal euforische vrouw, met gelige gelaatskleur. Ze gaf aan heel snel moe te zijn. Daarbij kwam dat er een vliegenplaag in huis was en ik zag een vrijwel lege koelkast. Mevrouw at bijna niet meer. Ze gaf aan dat ze drie kinderen had en zei daar een goede relatie mee te hebben. Na lang aandringen heb ik haar meegenomen naar de nefroloog voor een controle, omdat ze daar zelf niet meer kon komen. Bij die controle bleek dat de nierfunctie nog maar 12% was en dat de toekomst er niet goed uitzag. De nefroloog zag geen mogelijkheden meer tot behandeling. Mevrouw was dus terminaal en werd naar huis gestuurd. Zelf snapte ze er niets van; ze was te verward om het allemaal nog mee te krijgen. Uiteindelijk heb ik haar drie kinderen kunnen traceren en contact kunnen leggen. Het hele gezin lag al enige tijd overhoop met elkaar en ze wilden elkaar onderling eigenlijk niet meer spreken. Nadat ik de hele situatie had uitgelegd, hadden zij toch weer contact gelegd met hun moeder die wij inmiddels in een hospice ondergebracht hadden, samen met haar vogeltje. Uiteindelijk is alles goed verlopen en hebben de kinderen het goed kunnen afsluiten. Terwijl uiteindelijk haar verwardheid veroorzaakt was door een zeer slechte nierfunctie. Dan is het goed dat je als verpleegkundig specialist ook de somatiek kunt duiden en eventuele psychische klachten kunt linken aan een somatische aandoening.'

Nationale uitrol

Maria is van mening dat de functie die zij nu uitvoert in heel Nederland uitgerold zou moeten worden. Maria: 'Je ziet dat de problematiek alleen maar erger en zwaarder en complexer wordt. Dit komt ook omdat tegenwoordig veel psychiatrische patiënten thuis blijven wonen en de GGZ te kampen heeft met ellenlange wachtlijsten. Deze hele situatie is vijftien jaar geleden al ingezet. Toen zijn veel instellingen waar mensen opgevangen konden worden, gesloten. De mensen die vroeger in instellingen verbleven, blijven nu gewoon thuis in de wijk en zijn vaak onzichtbaar geworden. Het probleem wordt pas duidelijk als er grote gedragsproblemen ontstaan en onrust in de wijk. Het vervelende is dat er nooit op één gebied een probleem ligt, maar op meerdere vlakken. Financieel, somatisch en psychisch. Hierdoor heeft vaak iedereen de handen ervan afgetrokken, waardoor de problemen zich alleen maar opstapelen. Er is in Nederland van alles mogelijk, maar er zijn zoveel verschillende regels en loketten, dat mensen verdwalen als er iets geregeld moet worden. Als verpleegkundig specialist kun je overstijgend denken en werken. Het is belangrijk om goede contacten te hebben met de verschillende instanties.'

Maria ziet ook het spanningsveld tussen justitie en de zorg: 'Mensen mogen bij gedragsproblemen niet zomaar opgepakt worden en in een cel gezet. Justitie geeft dan aan dat de zorg dit moet oplossen. Maar alleen met een goede samenwerking tussen beide, kan het probleem aangepakt worden. Voor deze samenwerking is er een platform waarin deze problemen met elkaar worden besproken. Daarbij moet je wel heel goed beargumenteren waarom er iets geregeld moet worden. Het analyseren en diagnosticeren is hierbij heel erg belangrijk om de argumentatie te ondersteunen.'

Waag de sprong

'Als de verschillende GGD'en in Nederland de sprong durven wagen, dan denk ik dat er steeds meer verpleegkundig specialisten deze richting op kunnen gaan. De GGD in Nijmegen heeft deze sprong gewaagd en al na een jaar gaven ze aan dat ze mij in vaste dienst wilden nemen. Het zou heel mooi zijn als andere GGD'en in Nederland dit initiatief zouden overnemen.'

Mijn advies aan verpleegkundig specialisten die een soortgelijke functie ambiëren, zou zijn: loop niet te hard van stapel. Laat zien wat je kunt, breng structuur aan en zorg voor goede contacten met alle belanghebbenden. Dan kun je enorm veel bereiken.'

Noot: Maria is per 1 september begonnen als verpleegkundig specialist GGZ in het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen. Hoewel zij de GGD heeft verlaten, wil zij laten weten dat ze altijd bereid is om haar werk binnen de GGD toe te lichten. Zij is ervan overtuigd dat de vraag naar deze zorg flink zal toenemen en vindt het belangrijk haar ervaring door te kunnen geven.