

Josine van Mill

psychiater bij GGZ inGeest,
Amsterdam

WET VERPLICHTE GGZ: EERSTE ERVARINGEN VANUIT EEN KLINIEK

Nieuwe wet leidt tot juridisering van de psychiatrie

De administratieve last die de nieuwe Wet verplichte ggz met zich meebrengt, houdt psychiaters van hun werk en frustreert patiënten. Psychiater Josine van Mill vreest dat sommige collega's de geestelijke gezondheidszorg daardoor de rug toekeren.

Ik werk ruim vijf jaar op een gesloten opnameafdeling van een grote ggz-instelling in Amsterdam. Hier worden patiënten opgenomen die niet langer thuis behandeld kunnen worden. Veel van hen worden met een psychose opgenomen, maar ook een ernstige depressie, suïcidaliteit of een crisis bij een persoonlijkheidsstoornis kan een reden voor opname zijn. Vaak worden deze patiënten gedwongen opgenomen.

Sinds 1 januari 2020 is er een nieuwe wet in werking getreden (Wet verplichte ggz; Wvggz) die zowel de ambulante als klinische gedwongen zorg omvat. Het ministerie van VWS publiceerde op zijn eigen website onder andere een zogenaamde 'kernboodschap' waarin uitgelegd wordt waar deze nieuwe wet toe dient. De Wvggz maakt verplichte zorg zoals medicatie en het uitoefenen van toezicht op een patiënt ook in de thuissituatie mogelijk. Een opname geldt als laatste redmiddel. Patiënten en familie krijgen tevens meer inspraak in hoe eventuele verplichte zorg eruit komt te zien. De kernboodschap eindigt met de conclusie dat het tijdig bieden van passende zorg niet alleen beter is voor de patiënt, maar ook voor de samenleving. Ik heb deze kernboodschap aandachtig gelezen en heb mij de afgelopen weken meerdere keren afgevraagd hoe deze kernboodschap zich verhoudt tot de dagelijkse praktijk van psychiaters die net als ik werkzaam zijn op een gesloten opnameafdeling. Ik kan niet anders dan concluderen dat er een grote discrepantie bestaat tussen de geformuleerde doelstellingen uit



De Wvggz is een ramp voor 'taalzwakke patiënten'





de kernboodschap en de werkzaamheden die ik moet verrichten. Ik heb enkele grote bezwaren tegen de uitvoering van deze nieuwe wet. Zo is de wet een ramp voor 'taalzwakke patiënten', brengt de wet veel extra onnodige administratie met zich mee én zorgt de wet voor juridisering van de psychiatrie en een hiermee samenhangende verhoging van de kosten van zorg. Ook vrees ik dat psychiaters die toch al twijfels hebben, de geestelijke gezondheidszorg zullen verlaten. Enkele van deze punten wil ik verder toelichten.

Echt contact maken

Patiënten die op onze afdeling worden opgenomen, zijn vaak psychotisch. Een acute dwangopname in een psychiatrische kliniek kan voor hen erg verwarrend zijn en gepaard gaan met hevige spanning, stress en soms ook agressie. Niet zelden hebben patiënten in de uren voorafgaand aan de opname meerdere voor hen onbekende hulpverleners voorbij zien komen of is er voorafgaand aan het vervoer naar de kliniek medicatie toegediend. Bij aankomst op de opnameafdeling is het belangrijk een goede start te maken en aandacht te hebben voor 'gewone dingen'. Hierbij kan gedacht worden aan het direct beschikbaar zijn van een schone kamer met opgemaakt bed, een rondleiding over de afdeling, het aanbieden van eten en drinken, informeren of de patiënt behoefte heeft aan een douche/toiletartikelen enzovoorts. Het is niet effectief om in deze fase ingewikkelde en lange gesprekken met patiënten te gaan voeren. Belangrijker is om eerst echt contact te maken met de patiënt, uitleg te geven waar en waarom de patiënt is opgenomen en een goede inschatting te maken van het risico op eventuele agressie/suïcidaliteit. Een patiënt die erg psychotisch is, kan nauwelijks zijn aandacht voor langere tijd vasthouden en heeft daarom behoefte aan heldere informatie, verpakt in korte zinnen. Het lukt ons niet altijd om bij opname overeenstemming te bereiken over het voorgestelde medicatiebeleid. Als er geen acuut gevaar dreigt, is dat niet erg en kan het beeld eerst verder geobserveerd worden. Wij proberen onze communicatie over het beleid dus af te stemmen op wat de patiënt in de crisisfase aankan. Hierbij laten wij ons leiden door eerdere ervaringen met de patiënt, informatie van familie/naasten en de ambulante behandelaren.

Papieren werkelijkheid

Nu naar de Wvggz. Deze nieuwe wet vereist dat er voor opname al een keuze wordt gemaakt in de vormen van verplichte zorg die eventueel nodig zijn tijdens de opname. Op zich is dat een mooi uitgangspunt, maar complicerend is dat de patiënt hierover een aanzienlijke hoeveelheid brieven krijgt waarin dit hem wordt uitgelegd. Een groot aantal patiënten op onze afdeling heeft problemen met de Nederlandse taal; ze zijn laaggeletterd, verminderd begaafd of spreken de taal helemaal niet of heel gebrekkig. Het is

Val verwarde patiënten niet lastig met schriftelijke informatie



dus een illusie om een papieren werkelijkheid te creëren met een stroom aan juridische brieven en dan te denken dat de patiënt goed geïnformeerd is. Ter illustratie: een patiënt die acuut wordt opgenomen, krijgt een brief van de geneesheer-directeur. In deze brief staan de vormen van verplichte zorg die de patiënt naar zijn/haar mening moet krijgen. Je kunt dan denken aan het innemen van medicatie, het uitvoeren van toezicht op een patiënt, het beperken van zijn bewegingsvrijheid of het afzonderen van een patiënt. Bij de daadwerkelijke opname in een kliniek (vaak enkele uren later) moet de kliniekpsychiater vervolgens de huisregels op schrift uitreiken (één à twee pagina's). Daarna komt de rechter binnen enkele dagen langs en toetst welke vormen van de aangevraagde verplichte zorg gecontinueerd mogen worden voor de duur van maximaal drie weken. Direct na de zitting moet de psychiater bepalen of hij de verplichte zorg die de rechter heeft toegekend ook daadwerkelijk gaat uitvoeren. Deze beslissing stelt de psychiater opnieuw op schrift waarbij hij tevens moet motiveren of de vormen van zorg doelmatig, proportioneel en subsidiair zijn. Ook deze brief behelst weer enkele kantjes. En zo kan ik nog wel even doorgaan. De patiënt ontvangt voortdurend brieven. Ik heb hier grote moeite mee. Waarom zou je ernstig verwarde patiënten 'lastigvallen' met een grote stroom aan schriftelijke informatie? Daarnaast verliest een brief van de psychiater zijn waarde als de psychiater voortdurend brieven aan de

patiënt schrijft. Een enkele brief wil de patiënt doorgaans nog wel lezen, maar vijf of zes brieven is echt te veel. Hier komt nog bij dat deze brieven vooral een 'juridisch karakter' hebben en dat ze absoluut niet zijn afgestemd op de individuele behoefte van de patiënt. De psychiater wordt dus gedwongen juridische doortimmerde brieven af te leveren. De afwikkeling van al deze procedures kost enorm veel administratieve mankracht, uren van de psychiater en ook van de geneesheer-directeur. Al deze tijd is niet beschikbaar voor directe patiëntenzorg. De brieven worden ook in hoog tempo 'rondgepompt' naar advocaten, het Openbaar Ministerie en andere betrokkenen. Ik vind dat getuigen van een enorme paranoia richting de psychiater: als het niet op papier staat, zal de psychiater het wel niet gedaan hebben (het idee van een papieren werkelijkheid).

Overprikkeld

Het achterliggende idee zal ongetwijfeld zijn dat de patiënt goed geïnformeerd wordt. Ik ben juist erg voor een gepersonaliseerde aanpak waarin je de patiënt 'goed informeert' al naar gelang zijn draagkracht op dat moment. Maar ik beschouw informeren eerder als een dynamisch concept waarbij je per dag bekijkt wat en hoe je uitlegt. Dat kan de ene keer een heel kort gesprek zijn, de andere keer een lang gesprek en soms misschien zelfs helemaal geen gesprek maar er 'gewoon zijn'. Daarnaast: in de jaren voordat de

nieuwe wet inging, trof ik ook al zelden een patiënt die meer prijs stelde op een brief van mij dan op een gewoon gesprek. Sommige patiënten worden namelijk ronduit agressief van een juridisch getinte brief. Onlangs moest een patiënt zelfs gesepareerd worden omdat hij direct overprikkeld raakte van het ‘zorgplan’ dat wij met hem door moesten spreken.

Nog een voorbeeld: ik typte laatst een brief van drie kantjes aan een patiënt die op dat moment geen enkele prikkel aan kon, en om die reden afgezonderd werd verpleegd. Ik vraag mij dan sterk af waarom de wet veronderstelt dat dit in zijn belang is. Het lijkt mij namelijk veel beter deze tijd te besteden aan het vergaren van concrete informatie naar wat in een dergelijke situatie eerder geholpen heeft. Geen van de hulpverleners of familieleden die ik over deze patiënt sprak, zei dat deze patiënt op zou knappen van lange, juridische brieven van de psychiater. De patiënt zou volgens hen wel baat te hebben bij de voortdurende aanwezigheid van een verpleegkundige.

Van alle artsen wordt verlangd dat zij doelmatige zorg verlenen. De administratieve last die deze nieuwe Wet verplichte ggz met zich meebrengt, helpt in elk geval niet mee aan een efficiënte werkwijze waarbij de psychiater zich vooral kan richten op direct patiëntencontact. Het verhoudt zich ook niet tot de landelijke – en door de politiek ondersteunde! – initiatieven zoals ‘ontregel de zorg’. Ik vermoed dat sommige collega’s de ggz definitief de rug toekeren. En dat is het laatste wat wij als ggz-psychiaters kunnen gebruiken. Wij hebben juist behoefte aan collega’s die zich met hart en ziel willen inzetten voor de zorg aan complexe, psychiatrische patiënten die nergens anders terecht kunnen. Laten we er juist voor zorgen dat ook voor deze patiënten nog psychiaters beschikbaar blijven. Dat zal de zorg pas echt ten goede komen.

Ik blijf, alhoewel het wel erg afzien is met al die formulieren. Maar het minste wat zorgverleners en patiënten mogen verwachten is een spoedige evaluatie van deze wet, waarin gesystematiseerd wordt onderzocht of de nieuwe wet inderdaad aan de geformuleerde doelstellingen voldoet, en niet bijdraagt aan extra leed. ■

contact

j.mill@ggzingeest.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

VELDWERK

DE AIOS



ANNA VERHULST

is in opleiding tot internist in Meander Medisch Centrum Amersfoort.

In het duister tasten

Nachtdienst, half twee ’s ochtends. Terwijl mijn telefoon elke vijf minuten rinkelt met vragen vanaf de verpleegafdelingen, schiet ik heen en weer tussen twee patiënten op de Spoedeisende Hulp. Beiden zijn hoogbejaard, ernstig ziek en moederziel alleen.

Patiënt A is met een verlaagd bewustzijn uit een verzorgingshuis gekomen en heeft een acuut buikprobleem. Het dossier in ons ziekenhuis is beperkt, de ambulance meent te hebben gehoord dat ze terminaal ziek is. Er is geen familie en de enige contactpersoon is zelf ook op leeftijd en neemt op dit tijdstip de telefoon niet op. Ondanks goede wil kan ook het verzorgingshuis de relevante medische gegevens niet achterhalen. Onder onze handen gaat ze achteruit en moeten wij vóór haar besluiten: scannen of palliëren?

Mijn telefoon rinkelt door.

Patiënte B is ingestuurd met verwardheid en blijkt ernstige nierfunctie- en elektrolytstoornissen te hebben. Ook zij is uitermate ziek, erg in de war en helemaal

alleen. Het dossier in het ziekenhuis is beperkt; de laatste nierfunctie is van tien jaar geleden. Ook haar (bejaarde) contactpersoon neemt de telefoon niet op. Ik kruis mijn

DEZE NACHT-DIENST STEMT ME VERDRIETIG

vingers en start met calciumgluconaat, bicarbonaat en insulineglucose in de hoop dat wij vannacht niet vóór haar moeten besluiten: dialyseren of palliëren?

En mijn telefoon rinkelt gewoon door.

Deze nachtdienst stemt me verdrietig. Niet omdat het zo druk was, niet omdat de patiënten zo ziek waren, wel omdat ik ze allemaal een geliefde naast hun bed gun die hun wens vertegenwoordigt. En ook omdat ik iedereen een nationaal elektronisch patiëntendossier gun, dat hun privacy waarborgt, maar waarin zorgverleners in spoedsituaties wel vitale medische gegevens kunnen vinden. Zodat we iedereen passende zorg kunnen leveren en op de donkerste momenten van de nacht niet in het duister hoeven tasten.