

HOE DE NIEUWE WET ZORG EN DWANG UITPAKT IN DE ZIEKENHUISPRAKTIJK

Met twee man een volle dag bellen, en nóg geen crisisbed



FLIP FRANSEN/HH

Sinds 1 januari zijn twee dwangwetten van kracht: de Wzd en de Wvggz. Koud een week na de inwerkingtreding, kwam bij een ziekenhuis een casus binnen die aantoont hoe ingewikkeld de toepassing ervan is. Een schrijnend praktijkvoorbeeld.

Dit verhaal is opgetekend door gesprekken met ziekenhuispsychiaters Roos Eendebak en Ab Aaldriks van het Reinier de Graaf ziekenhuis in Delft waar betreffende patiënte op 6 januari werd opgenomen.

Het is 6 januari 2020. De afdeling Intensive Care van het ziekenhuis neemt een 18-jarige vrouw op in verband met een diabetische ketoacidose. Op 7 januari wordt zij overgeplaatst naar de afdeling Interne. Ze zegt tegen de zaalarts dat ze de afgelopen twee weken dagelijks braakte, misselijk was en buikpijn had. Deze klachten gingen vaak weg na ruim water drinken, vertelt ze. Uiteindelijk bracht een neef haar naar het ziekenhuis. De neef ging na een halfuur weg en is niet meer teruggekomen. Ze heeft naar eigen zeggen haar insuline volgens schema gebruikt, maar heeft de afgelopen weken haar glucose niet meer gemeten, omdat haar meter kwijt was. Ze denkt niet dat dit de oorzaak kan zijn, ze verwacht eerder dat ze zwanger is. Met goede regulatie van de glucose voelt zij zich een stuk beter. De klachten zijn verdwenen, een zwangerschapstest is negatief.

Vanwege de non-compliance wordt aan het einde van de middag een psychiatrisch consult aangevraagd, die de volgende dag volgt.

Uit de voorgeschiedenis blijkt dat de jonge vrouw bekend is met diabetes mellitus type 1 en een verstandelijke beperking heeft (IQ63). Ze is allang 'in beeld' bij instanties, die zich ernstige zorgen maken over haar gezondheid en maatschappelijke situatie. Ze zorgt erg slecht voor zichzelf, ze rookt, slaat regelmatig maaltijden over omdat ze geen geld heeft. Ze spuit haar insuline niet trouw. Ze meet haar bloedglucosespiegel niet regelmatig en komt niet opdagen bij huisarts en op andere doktersafspraken. Ze heeft geen vaste woon- of verblijfplaats, en ze heeft schulden – een curator is toevallig net die dag aangesteld. Ze heeft al maanden geen contact met haar ouders en kan niet rekenen op steun van anderen. Er speelt loverboyproblematiek op de achtergrond. Een halfjaar terug was ze vanwege een diabetische ketoacidose ook al eens opge-

nomen, toen in een buitenlands ziekenhuis. Een vrijwillige opname of begeleiding weigerde ze tot nu toe.

Het sociaal kernteam van de gemeente hoopt dat er met deze opname voldoende reden is voor gedwongen begeleiding: deze vrouw verwaarloost zichzelf zo ernstig dat er een gevaar is voor haar gezondheid. De kans op herhaling is groot. Ook de reeds bij patiënte betrokken cliëntondersteuner van Stichting MEE, een organisatie die zich richt op het versterken van de zelfredzaamheid van mensen met een beperking, onderschrijft deze uitspraken.

De vrouw geeft aan dat ze met ontslag wil en is weinig concreet in haar verdere plannen.

Anders handelen, maar hoe?

Het is 8 januari, en iets meer dan een week nadat twee nieuwe dwangwetten van kracht zijn geworden. Even recapituleren: de Wet zorg en dwang (Wzd) legt dwangzorg vast voor mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening, zoals dementie. De Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) houdt in dat dwangzorg binnen de ggz mogelijk is als mensen zichzelf of een ander benadelen. In dit geval is de Wzd van kracht. Onder de nieuwe wet moeten betrokken zorgverleners anders dan voorheen handelen. Maar hoe? Doordat de nieuwe wet probeert de rechtspositie van patiënten te verbeteren, vergt deze meer juridische procedures en meer administratief werk dan diens voorganger, de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz).

Veel zorgprofessionals houden hun hart vast

Vele professionals hielden hun hart vast. Onder meer artsenorganisaties als de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en Verenso waarschuwden dat zorgverleners veel tijd kwijt zullen zijn aan het opstellen van uitgebreide zorgplannen en het doorlopen van klachtenprocedures.

In dit geval merken twee ziekenhuispsychiaters dat de sector Verstandelijk Gehandicapt (VG-sector) (nog) niet is voorbereid op acute situaties zoals een acute onvrijwillige opname. Er is, bijvoorbeeld, nog geen algemeen nummer dat je kunt bellen in geval van een crisis.

Op 9 januari geeft de internist aan dat de vrouw goed is ingesteld op haar medicatie en dat ze somatisch 'vrij is gegeven': ze mag met ontslag uit het ziekenhuis. Gezien haar wilsonbekwaamheid ten aanzien van haar ziekte, de noodzaak van voortzetting van de behandeling en de consequenties als de behandeling niet of onvoldoende wordt uitgevoerd is een

opname in de VG-sector geïndiceerd.

Twee psychiaters beginnen te bellen, op zoek naar een crisisbed. Om halftien in de ochtend wordt het eerste telefoontje gepleegd, om tien uur in de avond het laatste. Gezien het gevaar van weglopen van patiënt uit het ziekenhuis worden twee beveiligingsmedewerkers bij de uitgang van de afdeling gezet. De derde psychiater doet de andere consulten in het ziekenhuis. Toevallig zijn er die dag drie psychiaters aanwezig, andere dagen is er een bezetting van één of twee psychiaters.

Dertien instanties

Leest u even mee. Stichting MEE zoekt vanaf 8 januari een crisisbed in een instelling voor verstandelijk gehandicapten. Achteraf blijkt dat niet Stichting MEE zelf zoekt, maar dat zij de opdracht doorgeeft aan ‘zorgregisseurs’. De psychiaters zoeken een arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) voor een ibs-beoordeling (inbewaringstelling) Met een ibs kan iemand die acuut gevaar veroorzaakt voor zichzelf of anderen tegen zijn zin worden opgenomen in een zorginstelling. Tot 1 januari werden de beoordelingen door psychiaters van de regionale ggz-instelling gedaan. De betreffende regionale ggz-

Om halftien in de ochtend wordt het eerste telefoontje gepleegd, om tien uur in de avond het laatste

instelling heeft evenwel besloten om vanaf 1 januari 2020 geen ibs-beoordelingen in het kader van de Wzd te doen. Deze moeten voortaan gebeuren door een specialist ouderengeneeskundige bij psychogeriatrische aandoeningen en door een arts verstandelijk gehandicapten bij een verstandelijke beperking. Een psychiater van de crisisdienst-ggz geeft een naam door van een AVG bij een instelling. Er wordt er een gevonden. Deze AVG wil de beoordeling pas doen als er een bed is gevonden. De kans is namelijk groot dat er geen bed wordt gevonden, waardoor de uitvoering van de ibs faalt. Een cliënt moet na afgeven van een ibs binnen 24 uur in een zorginstelling, zijnde een Wzd-accommodatie, worden opgenomen. Als dat niet lukt, is de cliënt vrij om te gaan of moet er opnieuw een ibs-beoordeling plaatsvinden.

Het zorgkantoor heeft het regionale overzicht welke zorg waar geleverd wordt en over wachtlijsten, maar kan in individuele gevallen niets betekenen. De zorgbemiddelaar van een

instelling voor verstandelijk gehandicapten zegt dat ze wel een bed hebben, maar alleen patiënten ‘gepland’ opnemen na een intake. Er is geen crisisbed.

De psychiater informeert ook bij een grote ggz-instelling uit een naburige regio of er mogelijkheden zijn voor plaatsing van een patiënt met ibs, maar vangt bot. De ggz-instelling is geen Wzd-accommodatie.

De psychiaters besluiten te overleggen met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

Kan die niet helpen? Na ruggenspraak met collega's laat de inspecteur weten dat de ibs-beoordeling toch echt moet plaatsvinden, ongeacht of er een crisisbed gevonden is. De burgemeester – deze heeft een aanwijfsbevoegdheid – kan een zorginstelling opdragen een patiënt op te nemen. De inspecteur zegt toe de AVG te bellen, om die te adviseren de ibs-beoordeling uit te voeren.

En dat gebeurt: de AVG komt naar het ziekenhuis, doet de beoordeling, en schrijft de medische verklaring voor een onvrijwillige opname. Om de medische verklaring digitaal te kunnen doorsturen naar de burgemeester, die uiteindelijk moet oordelen of de acute onvrijwillige opname noodzakelijk is, moet de AVG de locatie aanvinken waar de vrouw wordt opgenomen. Maar omdat deze nog niet bekend is, vinkt de AVG een willekeurige locatie aan, zodat het traject vervolgd kan worden.

Het is ondertussen avond. Nu het bed zelf nog: een lokale organisatie voor ambulante verpleging en verzorging helpt mee met zoeken naar een Wzd-bed. Er is een crisisbed op een gesloten psychogeriatrische (pg-)afdeling. Deze instelling weigert de vrouw; gezien haar jeugdige leeftijd en problematiek past ze niet in hun cliëntenpopulatie.

Dan komt het bericht van stichting MEE dat er elders een bed gevonden is. Bij nader inzien blijkt ook dit bed ongeschikt, want het is geen gesloten afdeling, waardoor cliënte zo zou kunnen weglopen.

Er volgen ook nog telefoontjes met een actief meedenkende burgemeester, het sociale kernteam en een directeur van een instelling voor VG-zorg (verstandelijk gehandicapten). Om negen uur 's avonds is er een bed gevonden op een gesloten afdeling, bij de instelling waar eerder de opname afgehouden werd. En dan hebben ze maar liefst dertien betrokken instanties gesproken, soms meerdere mensen per instelling, zeggen de psychiaters.

Nog steeds geen bed

De vrouw zit intussen op een afdeling die onder de Wvvgz valt. Dat betekent dat binnen drie dagen een rechter moet langskomen om na te gaan of de onvrijwillige opname terecht was. In dit geval was de patiënt, die eigenlijk onder de wet Wzd valt, op een afdeling voor Wvvgz geplaatst. De rechter verlengde de ibs en gaf aan dat de zorgaanbieder over de plaatsing gaat. Echter in een contact een week later vertelde de inspecteur van de IGJ dat een cliënt met een Wzd-ibs alleen

vrijwillig kan worden opgenomen op een afdeling die onder de Wvggz valt.

Gelukkig dat de inspecteur de AVG kon overhalen tot een ibs-beoordeling, omdat zonder ibs een patiënt die somatisch is vrijgegeven niet gedwongen kan worden opgenomen in het algemeen ziekenhuis in afwachting van een geschikt crisisbed. Een algemeen ziekenhuis is hier ook niet fysiek op ingesteld.

Wat zou er gebeurd zijn als deze vrouw zich vóór de jaarwisseling had gemeld? Dan was de Wet bopz nog in werking geweest en dan had de crisisdienst van de regionale ggz-instelling de ibs-beoordeling gedaan. Bij ontbreken van een plek in de VG-sector zou cliënte zijn opgenomen in de ggz-instelling. Overigens evenmin de juiste plek. Het verschil is wel dat er dan hooguit drie instanties zouden zijn gebeld: namelijk de twee instanties die al betrokken waren bij cliënte om informatie over haar te verzamelen, en de ggz-instelling. Dan zou op de gedenkwaardige 9 januari alleen een overleg met de crisisdienst hebben plaatsgevonden, wat vijftien tot dertig minuten tijd zou hebben geveerd.

Nou zitten we natuurlijk in een overgangsjaar, beseffen de psychiaters. Iedereen heeft daarom te maken met een inwerkperiode. Wij treffen het niet met het besluit van de regionale ggz-instelling, om haar crisisdienst geen ibs-Wzd-beoordelingen te laten doen. In andere regio's zoals in Amsterdam (voor een periode voor een halfjaar) en Den Haag (voor onbepaalde tijd) worden deze beoordelingen ook na 1 januari 2020 door de ggz-instelling gedaan. Voor het overzicht is het niet bevorderlijk als er per regio andere afspraken zijn over de uitvoering van de nieuwe wetgeving.

Voor de uitvoering van de Wvggz zouden 120 extra psychiaters nodig zijn, maar in het rijtje van het aantal vacatures voor artsen, de arbeidsmarktmonitor, staat het specialisme psychiatrie al jaren bovenaan.

Ook in de verpleeghuizen en verstandelijk-gehandicapten-sector zijn er veel vacatures voor artsen, terwijl de uitvoering van de Wzd beduidend meer tijd vraagt van de artsen. Het formeren van een crisisdienst, waarbij op elk moment van de dag een ter zake kundige arts beschikbaar is voor een ibs-beoordeling, lijkt een onmogelijke opdracht voor V&V (verpleging en verzorging)- en VG-sectoren.

De laatste stand van zaken (begin deze week) wat de 18-jarige cliënte betreft is dat ze nog opgenomen is met een ibs op een Wvggz-afdeling. Er is nog steeds geen bed vrijgekomen op een geschikte Wzd-afdeling. Ook de toenemend lange wachtlijsten voor een klinische opname in de V&V- en VG-sectoren is een ernstig probleem. ■

web

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

VELDWERK

DE NEUROCHIRURG



CARMEN VLEGGERT-LANKAMP
is werkzaam in het LUMC

De dubbele hernia

'Waar hebt u last van, mevrouw?' is mijn openingszin. 'Van mijn dubbele hernia, dokter.' Hmmm. 'Ik leg het u niet goed uit: waar hebt u last van, waar doet het pijn?' Ze legt uit dat ze pijn heeft in haar been, en dat dat komt door de dubbele hernia die gezien is. We bespreken de invloed van de pijn in haar been op haar dagelijks leven, we bespreken haar pijnmedicatie en de therapieën die ze tot nog toe heeft gevolgd.

Ze heeft inderdaad een L5-radiculopathie, maar de milde discusbulging die ik op de MRI zie, lijkt me nauwelijks een verklaring. Bovendien is de MRI een jaar oud. Ik vraag haar of de klachten in het afgelopen jaar erger zijn geworden. Ze vindt van wel. En ze maakt zich zorgen. 'Zo'n dubbele hernia klinkt heel eng.'

Ik besluit de MRI dan te herhalen en haar nog een keer terug te zien. Helpt vaak in de besluitvorming. Als ik haar een paar weken later terugzie met de nieuwe MRI

zijn haar klachten nog hetzelfde. De MRI laat echter alleen nog maar minder discusbulging zien en de spinale zenuw L5 ligt fraai vrij. Ook de dynamische röntgenopnamen zien er goed uit.

Ik laat het haar zien en geef duiding aan de X en de MRI. 'Uw rug ziet er prima

uit mevrouw, zeker voor uw leeftijd. U hoeft echt niet geopereerd te worden', deel ik haar enigszins verontschuldigd mee.

Innig dankbaar kijkt ze me aan. 'U maakt me zo gelukkig, dokter.' Ze legt haar hand op de arm van haar man. 'Heerlijk hè, geen operatie.' Tegen mij: 'Ik ben zo blij dat u het me allemaal zo goed uitlegt, dat had ik nodig.' Na nog wat leefregels te hebben doorgenomen neemt ze opgeruimd afscheid.

Enigszins verbouwereerd laat ze me achter. De meeste mensen die me bezoeken zijn dol op een operatie. Een beetje té dol naar mijn smaak. Maar deze dame dus niet. Misschien had ik het anders moeten aanpakken? Was een herhaalde MRI helemaal niet nodig? Ik weet het niet. Hoe dan ook: zij blij, ik blij. Volgende patiënt.