

Gesprek Naomi Karman ([karman@emergis.nl](mailto:karman@emergis.nl))

Ervaringsdeskundige van FACT Tholen en Schouwen D. – Emergis met bestuurslid Niels Mulder op 18-2-2021

1 team, verdeeld over beide eilanden. In totaal ongeveer 160 cliënten (2,6 FTE SPV, 1,3 FTE ambulans vpk, 0,56 FTE ED, 1 FTE GZ Agoog, 0,56 FTE Arbeidsdeskundige, 0,2 FTE psycholoog, 0,6 FTE psychiater; totaal: 7,2 FTE (ongeveer 1:18 caseload). Binnen Emergis zijn drie FED in dienst.

Er zijn best wel veel patiënten met een ZM, ongeveer 15-20. Ook ongeveer 10 patiënten in basisggz (die moeten op kantoor komen). Dit lijkt wel een soort minimum, gegeven alles wat het team al doet om ZM te voorkomen (zie onder).

Er is relatief veel cocaïnegebruik, en veel sociale controle in de dorpen. Gesloten (kerk)gemeenschappen levert veel ingewikkelde situaties op. Nog veel stereotype verwachtingen t.a.v. genderontwikkeling.

Dit is wel onderwerp van gesprek. Herstel is een belangrijk thema in het team. Afnemen van autonomie zo min mogelijk, kan traumatiserend zijn. Opnames zijn Kloetinge, en dat is ver weg, en lastig voor familie.

Proberen zoveel mogelijk thuis op te vangen; er is ook nog een logeershuis in een BW. BOR/TOR bestaat ook.

Door afspraken te maken ihkv crisis signaleringsplan wordt zoveel mogelijk geprobeerd om dwang voor te zijn; sinds een jaar een ZBV, die worden ingezet, nu bij 4 patiënten; bij 3 patiënten is een ZBV een vervolg van niet voortzetten van een ZM. ZBV is niet makkelijk, oa doordat mensen in een crisisfase ver in psychose zijn, dan is het moeilijk om ZBV tot uitvoering te brengen.

In het team wordt gewerkt met de 4 fases van herstel

1. Overweldigd door beperking
2. Vechtend „
3. Leven met „
4. Leven voorbij de „

In de eerste fase zijn er remmende en helpende zaken: bv geen hoop. Kracht van patiënten worden beschreven in de BHP, stabiel netwerk, achtergrond. Bv bij opname blijft duidelijk wat de sterke kanten zijn.

Aantallen over de jaren: het aantal ZM is wel wat afgenomen. Vroeger waren er "stok achter de deur RM", maar die zijn eraf. De rechters zijn hier behoorlijk tegen en geven geen ZM af om die redenen. Criteria zijn veranderd; b.v. maatschappelijke teloorgang was eerder wel een legitiem criterium, nu minder.

Bv patiënte sinds '86 met recidiverende psychoses met aantal keren verlies van huis. Nu recent opgenomen met CM (al meer dan 10 keer). Patiënte zei zelf dat ze medicatie blijft innemen en dat heeft de rechter geaccepteerd. Die gaf geen ZM ter

preventie van wederom huis verliezen. Patiënte is inderdaad opnieuw zorgmijndend geworden. Dit vindt het team geen goede ontwikkeling. Bijzonder genoeg heeft deze patiënte veel geld, waardoor het niet echt tot teloorgang leidt.

CM komen beperkt voor, schatting 3-4 per jaar (ook altijd al weinig IBS-en). Het team kan goed sturen op het voorkomen van acute crisissen. Op- en afschalen van zorg gaat ook goed: b.v. opschalen naar 5 keer per week gaat makkelijk (soms telefonisch extra, of evt mbv de crisisdienst). Er is wel IHT, die worden echter ivm afstand minder toegepast, behalve in het weekend. Veel winst zit in dagstructuur en planning en inschakelen van het netwerk. Soms ook mogen eten op de BW.

In veel gevallen kan het ook inderdaad wel zonder een "stok achter de deur ZM". In gesprekken in het team wordt geanticipeerd op het oordeel vd rechter die dit soort ZM minder accepteert.

Het team wil uiteindelijk wel minder patiënten met een ZM (dit is ook onderwerp tijdens de intervisie), door nog meer herstelgericht te werken, door bv meer in te zetten op eigen krachten profielen en patiënten meer eigenaar te maken van hun eigen BHP, oa via minddistrict. En ook zoveel mogelijk toepassen van de crisiskaart, en dat gemaakte afspraken met derden ook met hen gecommuniceerd zijn. Een verdere uitwerking van het CSP is een crisisbox, waar tastbare zaken in zitten (b.v. geboortekaartjes) die helpend zijn igv een daadwerkelijke crisis (wanneer bv lezen niet meer goed gaat).

Via EPD naar minddistrict, deze module klaarzetten en cliënten kunnen dan zelf hun BHP maken, bv door zelf actief te zoeken met wie ze hun BHP willen maken (9 stappen). Via minddistrict kunnen ook naasten aanhaken.

Het team vraagt zich wel af of het lukt om minder ZM te krijgen. Soms is dwangopname een uiterste redmiddel. Het is steeds een gesprek met patiënten. Steeds actiever betrekken bij de behandeling en te proberen de cliënt zoveel mogelijk de regie te geven; als hulpverlener ben je niet "de messias".

Bemoeizorg wordt ook uitgevoerd wanneer het nodig is. Ook nemen medewerkers van het team deel aan het OGGz overleg van de gemeentes om lijntjes kort te houden met bv wijkagent. Zo ook wel eens nieuwe cliënten, bij voorkeur na aanmelding via HA.

Binnen Emergis is er ook een welkomstmodule (ook vanuit minddistrict). Dit begint al bij start op een wachtlijst.

Naomi heeft ook herstelgroep opgericht met oa lotgenotencontact, PE, aan de slag met wensen. Zelf zoeken van oplossingen en praktisch maken van wensen. Kunnen ook mensen aan meedoen met een ZM.

NB. FACT Emergis heeft geen wachtlijst.