

SINDS DE TRANSITIE VALLEN OVERLAST GEVENDE PATIËNTEN BUITEN DE BOOT

Op de bres voor kwetsbare psychiatrische patiënten

Het aantal 'overlastgevers' stijgt. Dat komt mede doordat de psychiatrie deze kwetsbare mensen uit het oog is verloren. Om het tij te keren moet de zorg voor deze patiënten weer worden opgetuigd, zegt voormalig psychiater Armand Höppener.

Overheid en psychiatrie richten zich steeds minder op een van oudsher essentieel ijkpunt van onze zorg en beschaving: de bescherming van patiënten en burgers. Tegenwoordig staan 'eigen kracht en meedoen aan de samenleving' centraal. Mensen die vanwege psychisch lijden afhaken, dreigen gemarginaliseerd te worden. Verpaupering komt in de plaats van 'mensen helpen' en de cel wordt een alternatief voor goede zorg. De ernstig en langdurig zieke psychiatrische patiënten, die altijd al onder aan de sociale ladder bungelen, dreigen zodoende verwaarloosd en verpulverd te worden in het huidige gezondheidssysteem. Het is niet ondenkbeeldig dat deze groep zich niet alleen verder terugtrekt in een sociaal isolement, maar ook toenemend de aandacht trekt door explosief gedrag zoals brandstichting, moord of zelfdoding. De samenleving weet zich met deze groep geen raad en de psychiatrie lijkt niet meer in de positie om hiertegen effectief stelling te nemen.

Armenwet

Tussen 1850 en het begin van deze eeuw beschermde de overheid deze groep door het oprichten en in stand houden van zorginstellingen voor langdurig verblijf. In de Armenwet van 1854 werd bepaald dat de opvang van 'armlastige besmettelijk zieken en krankzinnigen' een taak van de overheid was. Hun verpleging werd beschouwd als 'noodzakelijk voor de openbare orde' en werd uit publieke middelen bekostigd. Ook toen was

de dominantie van geld al de rode draad: inhoudelijk was het woekeren binnen de grenzen van de armenzorg. Gemeenten gingen met elkaar de strijd aan wie de zorg tegen zo laag mogelijke kosten kon leveren. In 1965 werd de Armenwet vervangen door de Bijstandswet en in 1968 werd met de invoering van de AWBZ het recht op zorg wettelijk verankerd. Er brak een langdurige bloeiperiode aan voor de geestelijke gezondheidszorg. De ggz ontwikkelde een volwaardig professioneel aanbod op basis van beleidsnotities van de overheid, die vanuit maatschappelijke sturing prioriteiten stelde. Voorbeelden daarvan zijn: nadruk op preventie en ambulante zorg, decentralisatie, kleinschalige nieuwbouw, de invoering van beschermd wonen gekoppeld aan vermaatschappelijking en dagbesteding. De zorg moest evidencebased zijn met als gevolg meer specialisaties en 'topzorg'. Midden jaren negentig was de gehele sector ondergebracht in de AWBZ en leek een einddoel bereikt: sturing op een samenhangend veld. Vervolgens werd het gehele verzekeringsstelsel onder invloed van de marktwerking voor de zorg herzien. In deze tijd werd 'De markt van welzijn en geluk' een wenkend perspectief voor de ggz. Veel mensen zochten voor het ongeluk en zorg die tot het leven behoorden, hun toevlucht binnen de ggz. In 2005 is de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg vanuit de AWBZ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Daar gaat het over individuele aanspraken die te verzekeren zijn. Veiligheid is geen te verzekeren product. Inmiddels waren het volume van en het budget voor de ggz in enkele

De sector is nu een jungle van compartimenten



Er is een passende vorm van bescherming nodig voor ernstig zieke psychiatrische patiënten.

tientallen jaren vele malen verdubbeld. Daarop volgde een bezuiniging, een botte-bijlbenadering was onvermijdelijk. In diezelfde jaren besloot de overheid omvangrijke zorgtaken naar de gemeente over te hevelen. De jeugdpsychiatrie, beschermd wonen, dagbesteding en preventie werden opgenomen in de Jeugdwet, de WMO en de Participatiewet. De sector is nu opgedeeld in diverse financieringscompartimenten. Binnen deze jungle van compartimenten is de complexe taak voor zorg en veiligheid niet als herkenbare verantwoordelijkheid van overheid en psychiatrie benoemd.

Risicofactoren

Vanaf 2011 is het aantal geregistreerde overlastincidenten meer dan verdubbeld: van circa 35.000 in 2011 tot bijna 75.000 in 2016. Bij de 'verwarde overlastgevers' gaat het overigens om allerlei categorieën: van psychiatrische patiënten, dementerenden en alcoholisten tot een boze ex die schreeuwend op de stoep staat. Uit de cijfers valt niet op te maken hoeveel personen met verward gedrag voor overlast zorgen. Eenzelfde persoon kan bij meerdere incidenten betrokken zijn en bij één melding kunnen meerdere verwarde personen betrokken zijn. Het

Trimbos-instituut benoemt een aantal risicofactoren voor deze acute zorgnood, waarbij de ggz zelf ook niet vrijuit gaat. Zo is onduidelijk wie moet worden ingeschakeld bij een crisis en is er sprake van discontinuïteit en fragmentatie in ondersteuning. De groep kenmerkt zich verder door al lang bekende gegevens zoals armoede, werkloosheid, zorgvershraling et cetera.

We zien ook veel berichten over verwarde personen in de landelijke dagbladen. Deze stijgen van vierhonderd in 2003 tot meer dan duizend per jaar in deze tijd. Het gaat daarbij om een scala aan gebeurtenissen waarvan de bekendste zijn: de moordenaar van mevrouw Borst, de schietpartij in Alphen aan de Rijn en de aanslag op Koninkinnedag. Bijna dagelijks verschijnen er berichten als een explosie in een wooncomplex, een verwarde man die van een dak springt, de moord op de buurman van een geluidoverlast gevende man en daarna zijn zelfmoord, een borderlinepatiënte die zichzelf in brand steekt en veel meer.

Veiligheid

Het financiële en maatschappelijke klimaat is ongunstig voor mensen met weinig 'eigen kracht'. De terugtrekkende

overheid ziet het veiligheidsvraagstuk voor psychiatrische patiënten niet meer als haar verantwoordelijkheid.

Symptomatisch is een recent besluit van staatssecretaris Van Rijn om 12 tot 16 duizend langdurig zieke psychiatrische patiënten nog niet toe te laten tot de Wet langdurige zorg. Daarmee zijn hun uitzicht op goede zorg en meer veiligheid voor de samenleving op de lange baan geschoven, ondanks de bevindingen uit deugdelijk onderzoek. Onduidelijk is wie er verantwoordelijkheid zal nemen. Wegkijken is vooralsnog het antwoord: de politie herijkt haar taken, de ggz-sector moet bedden voor langdurige zorg afbouwen en de verzekeraar mag alleen nog geneeskundige zorg contracteren. Maar met deze maatregelen verdwijnt de kwetsbare en potentieel gevaarlijke groep psychiatrische patiënten niet. Natuurlijk zijn er lokaal initiatieven om deze mensen te helpen, maar deze zijn onvoldoende. Deze patiënten vallen in het huidige systeem buiten de boot. De oude kerntaak van de ggz, zorg voor veiligheid van patiënten en burgers, is haar plaats in de samenleving verloren.

De kerntaak van de ggz is haar plaats in de samenleving verloren

Irrealistisch mensbeeld

Er is een passende vorm van bescherming nodig voor ernstig zieke psychiatrische patiënten en voor mensen met een verstandelijke beperking met ernstige gedragsstoornissen die een gevaar voor zichzelf of voor hun omgeving vormen. Dit is zowel in hun eigen belang als dat van de samenleving. Laten we deze kwetsbare mensen niet met een irrealistisch mensbeeld benaderen. Het idee dat iedereen kan worden aangesproken op 'eigen kracht en verantwoordelijkheid' is fataal. Het is hun ziekte die hun 'vrije wil' beheerst en beteugelt. Er is aandacht nodig voor hun begrensde rationaliteit en begrensde cognitieve en mentale capaciteiten. Alleen op burgerkracht vertrouwen laat hen verder afdrijven. Een humane benadering voor deze zieke medemensen is nodig waarbij individuele oplossingen, mededogen en compassie voorgaan boven vergelding met schuld en boete. Laten we voorkomen dat zij die al niets hebben, nog meer wordt ontnomen en hun leven eenzaam, armoedig of in een cel moeten doorbrengen. Professionals weten als geen ander dat behandelen en beschermen van deze ernstig zieke mensen niet te van-

gen is in simpele protocollen met een voorspelbare uitkomst. Er is vaak levenslange aandacht nodig. En dat kost véél tijd en véél geld.

Regiecentrum

Er zijn (particuliere) initiatieven nodig die specifiek op deze doelgroep zijn gericht. Deze mogen niet gehinderd worden door regels die voor gezonde en volop in het leven staande mensen noodzakelijk zijn. Juist voor maatschappelijk herstel is meer maatwerk en dus regelvrijheid nodig. Zo kunnen zorg, scholing, werk, dagbesteding en huisvesting naadloos aansluiten bij de mogelijkheden die bij deze doelgroep passen. Iedereen die deze uitdaging oppakt, is welkom: ggz-instellingen, bedrijven, buurtcentra, sportverenigingen, religieuze instellingen, belangengroepen et cetera. Zij hebben dan soevereiniteit binnen hun eigen gemeenschap nodig. Hier kunnen regels op maat gemaakt worden. Het gaat om lokale initiatieven die zichtbaar zijn in de gemeente en daar gedragen worden.

Zo kunnen nieuwe samenwerkingsvormen met de gemeentes ontstaan die essentieel zijn voor herstel. De gemeente heeft door de transitie wetten, eigen diensten en allerlei mogelijkheden om lokaal passend te werken. Net zoals in de jaren dertig, toen Querido in Amsterdam het initiatief nam voor een gemeentelijke aanpak voor psychiatrische patiënten is deze nu weer nodig. Op gemeentelijk niveau is – naast het wijkteam – een hoogwaardig klein regiecentrum sociale psychiatrie nodig. De belangrijkste taak is erop toezien dat scholing, werk, dagbesteding, sociaal verkeer en huisvesting in regie met zorg geregeld worden.

We moeten dus inzetten op voorzieningen voor de meest kwetsbare patiënten, op gesteunde deelname aan de samenleving, op het bestrijden van stigmatisering, op het waarborgen van veiligheid voor patiënten en burgers. Stop met de afbraak van de voorzieningen voor chronisch zieke en verwarde patiënten. Bouw ze weer op in stad en platteland. ■

contact

armandhoppener@gmail.com
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.