



POSITION PAPER t.b.v. Rondetafelgesprek 23 september 2019

Algemene opmerkingen:

“Zonder gemeenschappelijk narratief geen gemeenschappelijke oplossing”.

In de geestelijke gezondheidszorg is de term “mensen met verward gedrag” geen diagnostische categorie die vervolgens een patiënt of een groep patiënten definieert. De term is afkomstig van een poging om vanuit turven met een lekeninsteek (politie) het “niet snappen” van gedrag te benoemen en zo te benadrukken dat iemand niet in een politiecel thuishoort maar elders, liefst op een zorgafdeling. En dat heeft vooral te maken met een poging tot herdefiniëring van politietaken (en de financiering daarvan).

Onderzoek naar deze registratie in de regio IJsselland laat een beeld zien dat overeenkomt met het landelijke beeld. Het blijkt dat bij ongeveer 30% van de meldingen sprake is van een psychiatrisch beeld en bij 3% is er grond voor een BOPZ-maatregel.

Het gevaarlijke van deze insteek is dat de neiging ontstaat om de groepering van mensen (in dit geval E33, maar dat geldt grosso modo ook voor civielrechtelijke of strafrechtelijke titels) tot diagnose te verheffen en de groep die daar dan in valt als onverdeeld te beschouwen en vervolgens met een “one size fits all” oplossing te willen benaderen. Dit is niet de benadering die een gezondheidszorgsysteem hanteert, het is een heilloze weg omdat nuancering gevraagd wordt (diagnose, problemen, context, veranderbaarheid, inzicht, motivatie, enz) voor de juiste benadering vanuit zorgperspectief. Ook het antwoord in termen van veiligheid voor de maatschappij is hiervan afhankelijk.

Een gezondheidssysteem niet beschouwen vanuit het individuele patiëntperspectief maar vanuit het veiligheidsperspectief is per definitie lastig (en gevaarlijk). Vrijheidsbenaming vanuit enerzijds de civielrechtelijke kant via de BOPZ nu (en straks WVGZ) en de strafrechtelijke kant (justitietitels) geeft soms spanning. Met duidelijke criteria voor BOPZ nu (en WVGZ straks) of justitie is er nog niet veel aan de hand, pas als beide wegen qua vrijheidsbenaming niet mogelijk zijn ontstaat er wrijving. Dan leidt de opportunistische neiging maatschappelijk uit te stoten bij (herhaald) grensoverschrijdend gedrag vaak tot “tussen wal en schip vallen” dan wel (via E33) tot medicalisering c.q. psychiatrisering met het bijbehorend wijzen naar elkaar om de oplossing te bieden.

De geestelijke gezondheidszorg is een systeem voor gezondheidszorg: dat betekent dat daarin de overheersende attitude is om opname op grond van symptomen of gedrag dat klinische behandeling behoeft te regelen en ontslag te verlenen op het moment dat die symptomen of dat gedrag behandeld zijn. In het laatste decennium zien we in de praktijk de ontwikkeling dat een opname op grond van symptomen minder vaak aan de orde is (omdat thuis ook goed behandeld kan worden) en op grond van gevaar voor zichzelf of de maatschappij dus (relatief) toeneemt. Afwenden van gevaar wordt een duidelijker doel (dat kan vrijwillig of verplicht) waarna ontslag kan volgen. Dit gevaar dient dan wel aan de psychiatrische diagnose c.q. het tijdelijke toestandsbeeld verbonden te zijn (GGZ) dan wel direct met het (dreigende) strafbare feit (forensisch). De interpretatie van wat precies valt onder psychiatrische stoornis wil dan wel eens verschuiven. Ook is in dit denken het effect van de behandeling c.q. de inspanningen medebepalend: inzet om duidelijke verbetering te bewerkstelligen en vervolgens door gaan met het leven is een drive voor iedere hulpverlener. Als stabilisatie op het oude niveau lukt is dat mooi, als er verlaagd niveau van functioneren uitkomt kan er ook een boel maar als voorgaand (dis)functioneren via medicaliseren of psychiatriseren voortgang hindert wordt het lastig. Dat was immers daarvoor ook geen probleem.

Vanuit deze opmerkingen lijkt mij dat ander criteria voor definiëring van de doelgroep die tussen wal en schip valt moet gebeuren om over hetzelfde te kunnen spreken, vervolgens het individualiseren van probleemgevallen, uitwisseling van die casus waar de systemen geen antwoord op hebben met gezamenlijke regie en verantwoordelijkheid van alle actoren c.q. systemen. Vanuit het landelijke project “continuïteit van zorg” en de daaruit volgende zogenaamde “proeftuinen” zijn daar goede ervaringen mee.



Centrale vraagstelling:

- Wanneer kunnen mensen met verward gedrag wel thuis wonen en wanneer is wonen in een instelling een betere optie?

In deze vraag zit het narratieve betekenisverschil ingebakken. Het begrip "mensen met verward gedrag" is geen entiteit, geen omschreven groep noch een diagnose. Ik verwijs hiervoor naar eerdere opmerkingen. Voor de beantwoording van deze vraag zijn dus vele (bovengenoemde) variabelen nodig die per individuele patiënt verschillen en zijn er geen objectieve criteria voorhanden die afkappunten aangeven voor wel of niet wonen in een instelling. In de praktijk is het ook niet zo dat het verwarde gedrag constant in dezelfde mate aan de orde is, via vele aanleidende factoren kan dat zeer wisselend zijn. Slechts als "proefondervindelijk" blijkt dat iemand zich niet kan handhaven in de maatschappij omdat symptomatologie de patiënt hindert in zelfstandigheid dan wel gedrag als gevolg daarvan de maatschappij te veel hindert (en ambulante ondersteuning ontstaat een indicatie voor beschermd wonen. Afhankelijk van de mate van benodigde ondersteuning, maar ook de mate van overlast, de mate van dreiging van de patiënt of angst van de omgeving of het risico op grensoverschrijdend of strafbaar gedrag speelt dan mee in hoe dat wonen eruitziet.

Voor een beperkte groep mensen geldt dat zij zich ook niet kunnen handhaven in een woonsetting.

Deelvragen:

- Is er voldoende zorg en steun vanuit de ambulante GGZ of reclassering/forensische GGZ voor de persoon met verward gedrag en zijn omgeving zoals familieleden, burens en politie? *Dit zal per regio anders zijn maar over het algemeen zijn er voldoende mogelijkheden om dit in te regelen.*

- Wordt in de afweging om iemand wel of niet thuis te laten wonen de maatschappelijke veiligheid meegenomen?

Dit zal verschillend zijn vanuit het perspectief van welzijn, basis ggz, ggz of forensische ggz. De forensische ggz stuurt daarbij ook expliciet op recidiverisico. Hierbij is wel de discussie dat ook een instelling onderdeel is van de maatschappij, als onbetamelijk of grensoverschrijdend gedrag (vaak geweld tegen hulpverleners) regelmatig aan de orde is wordt dit meegenomen in de beslissing tot ontslag. Zeker als na aangifte geen consequenties volgen.

- Wanneer is iemand met verward gedrag beter af in de thuissituatie en wanneer is iemand erbij gebaat om in een instelling te verblijven, waarbij de status van een patiënt (gedwongen of vrijwillige GGZ-opname, forensische opname) en de medisch/psychiatrische situatie relevant is. *Hiervoor zijn geen criteria te verschaffen op grond van status. Ik verwijs hiervoor naar de inleiding. Het is een professionele inschatting met gebruikmaking van meetinstrumenten en klinische blik om enige voorspelling te kunnen doen over het functioneren in de maatschappij waarbij genoemde factoren als diagnose, context, enz.) onderscheidend zijn.*

- Wordt er met woningbouwcoöperaties, gemeenten etc. overlegd of er adequate hulp/begeleiding beschikbaar is?

Indien nodig wel, woningbouwvereniging is lastiger in verband met hun eigen beleid, via de veiligheidshuizen van de gemeente kan dit beter.

- Wij horen uit het veld dat er veel ruis is met betrekking tot E33-meldingen: wie vallen eronder? Kunt u reflecteren op de helderheid met betrekking tot registratie/categorie-indeling? *Ook hiervoor verwijs ik naar de inleiding. De ruis ontstaat als op grond van onduidelijke criteria (en in ieder geval andere dan de hulpverlening) een druk opgelegd wordt daar "iets" aan te doen. Met dit iets wordt meestal langdurige opname bedoeld. De gedachte bestaat dat na opname alles beter is omdat iemand niet in de maatschappij is.*