

---

# Waar gaan we met de verwarde persoon naar toe?

De zorg voor verwarde personen in de maatschappij

---



*Auteurs zijn beiden SPV i.o.*

Otie Reitsma  
Kim Sprenkeling

---

Stel je woont in een appartement in een drukke stad. Naast je woont buurman Piet, die in het kader van ambulanti- sering het appartement boven je toegewezen heeft gekregen. Voorheen woonde Piet in een beschermende woonvorm waar hij 24 uren begeleiding kreeg. Piet heeft last van stemmen en waanideeën. Dit maakt dat hij met enige regelmaat 's nachts aan het schreeuwen en tieren is en urine over het balkon gooit, om de burens te reinigen van slechte geesten. Wat moet er gebeuren? Wat zou jij als buur doen? Je weet dat er hulpverlening betrokken is; zou je die aanspreken? En wat zou de hulpverlening in dit geval volgens jou moeten doen? Opname is niet aan de orde, omdat hier geen criteria voor zijn en ziekte-inzicht en -besef ontbreken bij Piet. En dus blijft deze buurman onophoudelijk doorgaan met zijn nachtelijke scheldpartijen en het gegooi met urine.

De politiek heeft met de komst van de participatiewet bedacht, dat iedere burger met psychiatrische problemen in de wijk kan wonen; geacht wordt te participeren in de maatschappij en recht heeft om zijn leven zo in te richten zoals hij of zij dat zelf wil. Is hier goed over nagedacht? Kan die buurman de prikkels wel aan? Maar ook de vraag "kan de maatschappij de buurman wel aan?" Of beter gezegd: biedt de maatschappij de ruimte om die buurman te laten participeren? De buurman te laten zijn wie hij is met periodes van verwardheid?

## Inleiding

De laatste jaren is de verwarde persoon het onderwerp van gesprek. Regelmatig komt er een nieuwsbericht voorbij dat een ernstig incident heeft plaatsgevonden, waarbij een verward persoon betrokken was. De ambulantisering en bezuinigingen in de zorg, worden (onterecht) als oorzaak aangewezen. De GGZ wordt aangekeken op het niet nakomen van zijn verantwoordelijkheid en er lijkt de verwachting te ontstaan dat de overlast veroorzakende psychiatrische patiënten weer in de instelling worden geplaatst. De psychiatrie kent een geschiedenis waarbij we het roer steeds faliekant omgooien om er vervolgens toch (deels) van terug te komen. Dit ook wat betreft de recente ambulantisering. Laten we leren van het verleden en breed kijken. Dit maakt juist dat je zorg op maat biedt.

Met dit artikel willen we beschrijven wat er nodig is om mensen met ernstig psychiatrische problemen op te nemen in een wijk en daarnaast alternatieven aan te reiken voor mensen die hier (nog) niet toe in staat zijn. Hierbij hebben we ook gekeken naar wat er al bestaat en effectief lijkt te zijn.

Zo blijkt uit onderzoek van politieregistratie dat er een stijging van verwarde personen is te zien van 66.000 in 2015 naar 75.000 in 2017. De politie schuift dit toe aan de ggz, opdat die zijn werk niet goed zou doen. Volgens B. Koekoek (2017) ligt dit wel iets genuanceerder. Zo is er niet bij iedere melding van verward gedrag sprake van psychiatrische problematiek en is er ook sprake van dubbele meldingen waardoor de cijfers een vertekend beeld geven.

## Geschiedenis

In de media en maatschappij wordt regelmatig aangehaald dat we steeds minder oog voor elkaar hebben en vooral op eigen belang gericht zijn. "De maatschappij is verhard. De aandacht die we vroeger als mensen voor elkaar hadden, is vervangen door instituten en regels" (Onno Hoes, 2018 Aanjaagteam verwarde personen). Dit impliceert dat het vroeger anders was. Dat de medemens steunend en betrokken was naar de psychisch verwarde en/of verslaafde buur en er minder instituten waren. Maar is dit ook zo?

In 1849 opende Nederlandse zijn eerste krankzinnigengesticht. Het werd gebouwd buiten de stad waar patiënten met een time-out periode van rust, regelmaat en reinheid kon genezen. Het idee was, dat krankzinnigen hoogst zelden herstelde in de maatschappij. Met de komst van de armenwet in 1954 waarin werd vastgesteld dat armen en krankzinnigen moesten worden opgevangen, groeide het aantal krankzinnigengestichten.

Dit klinkt heel liefelijk, maar naast dat het leven hier nog zwaarder was en de zorg zo min mogelijk moest kosten, werd de opvang vooral als noodzakelijk beschouwd voor de handhaving van de openbare orde. Van de eerder beoogde genezing kwam weinig terecht en in plaats van een time-out periode, was sprake van langdurige opname. Rond 1920 kwam men tot de conclusie dat opname in het gesticht zoveel mogelijk moest worden voorkomen, aangezien veel patiënten in regressie raakten, het zogenoemde hospitalisatie-effect.

Met de komst van de psychiater Querido, deed in 1931 de sociale psychiatrie en ambulante crisisinterventie zijn intrede. Dit werd vanuit de gemeenten gestimuleerd om zo dure opnames te voorkomen (Blok, G. ).

Met het vervangen van de armenwet in 1965 door de Bijstandswet en de invoering van de AWBZ brak er een gouden tijd aan voor de GGZ en gespecialiseerde zorg. De antipsychiatrie deed in de jaren 70-80 zijn intrede, waarbij wijkgericht werken, decentralisatie en beschermd wonen hoog in het vaandel stonden. Dementerende en zwakzinnigen gingen naar gespecialiseerde instituten. In de jaren 90 kregen de steden vervolgens te maken met een groeiend aantal dak- en thuislozen, ondanks dat het aantal psychiatrische bedden nauwelijks was afgebouwd.

Wel was de zorg hoogdrempelig geworden, door bijvoorbeeld de voorwaarden die gesteld werden voor verblijf en de versnippering van de zorg, waardoor je met verschillende zorgaanbieders van doen had. Daarbij was het met de komst van de Wet BOPZ in 1994 lastiger om iemand voor langere tijd gedwongen op te nemen en te behandelen. Volgens deze wet moet iemand zelf toestemming geven voor opname en behandeling. Om iemand gedwongen op te nemen, moest er een duidelijk gevaar zijn voor zichzelf of de omgeving. Eerder kon gedwongen opname plaatsvinden voor de 'eigen bestwil' van de patiënt. In 2005 werd de AWBZ onder invloed van de marktwerking overgeheveld naar de zorgverzekeringswet en verschillende zorgtaken werden overgeheveld van de overheid naar de gemeenten.

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 waardoor het hele zorgstelsel erg gecompliceerd is geworden.

## Doelgroep

Voordat we kunnen kijken wat er nodig is om de verwarde mens op te laten nemen in de wijk, moeten we eerst weten wie er met de verwarde persoon bedoeld wordt.

De politie houdt er bij de term verwarde personen een hele brede definitie op na, namelijk: "een ieder die vanwege zijn al dan niet tijdelijke verstoorde oordeelsvermogen gedrag vertoont waarmee hij zichzelf of enige ander in gevaar brengt en/of een bedreiging vormt voor de openbare orde en veiligheid." Het kan hierbij dus ook gaan om een student die een nacht teveel gedronken heeft of een dementerende oudere. Niet zozeer de doelgroep die de ggz bedient.

De terminologie is in de loop der tijden veranderd. Werd er eerder gesproken over zorgwekkende zorgmijders en daarna veelplegers, nu is het verwarde personen. In de kern komt het op hetzelfde neer; mensen die uitvallen, de grip op hun leven verliezen en het allemaal niet meer kunnen bijbenen. (Don, H.M. 2018). Mensen die tussen wal en schip vallen. Mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) op as I, die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (Delespaul et al.), 2013). Daarnaast is er bij deze doelgroep ook regelmatig sprake van verslavingsproblematiek, verstandelijke beperking of een combinatie. Multiproblematiek dus. Daarbij is er veelal sprake van beperkt ziektebesef en -inzicht, waardoor ook de motivatie voor het ontvangen van begeleiding en/of behandeling ontbreekt.

Sinds 2011 bestaan er nationale cijfers over het aantal keren dat de politie een melding krijgt over een verward persoon - en dat aantal is sinds 2011 bijna verdubbeld. Slechts bij 40 tot 50 procent is sprake van een psychiatrische aandoening. Andere cijfers over 'verwarde personen', bijvoorbeeld uit de geestelijke gezondheidszorg of maatschappelijke opvang, zijn er eigenlijk niet (Koekoek, B. 2017). Toch meldt ook het Leger des Heils al langere tijd een toename van het aantal daklozen met psychiatrische problematiek, verslaving en/of verstandelijke beperking. Volgens het CBS is tussen 2009 en 2016 het aantal daklozen in Nederland gestegen van circa 17.500 personen naar circa 30.500.

## Wat gaat er mis?

In de media lees je veel over de verwarde mens. Iedereen doet hier zijn zegje over en lijkt niet verder te kijken dan zijn eigen stuk. Politie geeft aan dat de verwarde mens alleen maar is toegenomen. Bauke Koekoek (2017) zegt hierover dat al die politiemeldingen (75.000) kunnen suggereren dat het hier alleen maar gaat over 'gevaarlijke gestoorden'

Regelmatig komt er een nieuwsbericht voorbij dat er een incident heeft plaatsgevonden, waarbij een verward persoon betrokken was. Ernstige incidenten waarbij een verward persoon anderen (dreigde) te verwonden, te doden of hun huis opbliezen. Incidenten zoals die van Anne Faber, minister Borst en laatst nog een Syrische man, die in Den Haag drie mensen op straat neerstak. Maar dit zijn incidenten. Incidenten die in de media groot worden uitgemeten en het idee geven dat we voor psychiatrische cliënten bang moeten zijn. Dat psychiatrische cliënten gevaarlijk zijn die beter vastgehouden hadden kunnen worden om zo dergelijke incidenten in de toekomst te voorkomen. Deze beeldvorming leidt tot stigmatisering, wat weer leidt tot sociale uitstoting.

Schakelteam-voorzitter Onno Hoes zei het mooi bij Humberto Tan: 'niet weggijken, maar helpen die verwarde persoon'. Maar hoe doe je dat als burger. GGZ Friesland heeft in samenwerking met Zien en Suksawat een undercoveractie gehouden, genaamd 'Tolerant Friesland', Hierbij liep een actrice als verwarde vrouw door Leeuwarden met een baby, waarbij gekeken werd of mensen te hulp schoten of niet. Hieruit bleek dat burgers wel iets willen doen, maar het lastig vinden. Uit de nabespreking kwamen de volgende vragen naar voren: "Hoe spreek ik iemand aan en wat moet of kan ik doen?"

De undercoveractie liet echter ook zien dat een grote groep mensen weinig tolerant is naar verwarde mensen en de vrouw afwimpelde of negeerde.

Bij veel mensen van de EPA doelgroep is sprake van een zeer beperkt sociaal steunsysteem.

Er wordt verwacht dat je meedraait in de maatschappij, maar het liefst binnen de lijnen. Dat is blijkbaar altijd al zo geweest als je de geschiedenis bekijkt.

Een derde van de uitkeringsgerechtigden krijgt psychische zorg. Velen willen werken, maar gemeenten of UWV beschouwen hen als onbemiddelbaar (Onstenk, A., 2018).

De politiek heeft er op zijn beurt voor gekozen om binnen afzienbare tijd verschillende bezuinigingen en zorgveranderingen aan te brengen waar onder ambulantisering, het onderbrengen van welzijn en jeugdzorg bij de gemeenten en de verdeling in Basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Deze verdeling was bedoeld om psychiatrische cliënten die minder complexe zorg nodig hadden terug te verwijzen naar lichtere vormen van zorg (B-GGZ). Dit moest leiden tot goedkopere zorg en kortere wachtlijsten. Echter een groot deel wordt hierdoor een draaideur-client "Ze krijgen toch een crisis en komen weer bij ons terecht. We zijn eigenlijk alleen maar aan het stabiliseren, kunnen niet samen met de cliënten werken aan echt herstel, waardoor de kans op terugval groot is." (Peeters, P-H, 2017).

Dit maakt het opbouwen van een goede behandelrelatie lastig, juist bij de zorgmijdende groep die steeds met verschillen-de zorgverleners en instanties van doen heeft. Er is sprake van multiproblematiek en met alle zorgspecialisaties en financieringsstromen zijn we zo aan grenzen gebonden, dat we geen zorg op maat meer kunnen bieden. Daarbij worden er vaak nog allerlei eisen en 'exclusiecriteria gesteld', waardoor mensen buiten de boot vallen. Kom je bijvoorbeeld met teveel alcohol op naar de verslavingszorg dan word je weer naar huis gestuurd. Is iemand te agressief dan komt de hulpverlener niet meer naar je toe maar moet diegene naar kantoor komen.

Een ander punt is dat er te weinig (betaalbare en/of geschikte) woningen zijn. Ook mensen die toegelaten zijn tot opvang of beschermd wonen worden geconfronteerd met wachttijden. Cliënten gaan vaak achteruit in functioneren tijdens deze wachtperiode, waardoor aanbieders cliënten binnen krijgen die langer zwaardere zorg en ondersteuning nodig hebben. Het te snel doorsluizen en verwijzen naar een vorm van zelfstandig wonen kan leiden tot terugval en daarmee tot inefficiëntie. (Blok, de C. et.al. Rekenkamer 2017). Dit zorgt namelijk voor heropnames en dus duurdere en zwaardere zorg.

Wat gaat goed?

Inmiddels zijn er al meer dan 100 praktijkprojecten gestart met het verbeteren van de hulp aan mensen (en hun omgeving ) die (soms) verward gedrag vertonen. Hierin is de samenwerking tussen de verschillende ketenpartners, preventie & vroegsignalering, een integrale persoonsgerichte aanpak, met de leefwereld én de samenleving van de "verwarde" persoon uitgangspunt.

Steeds vaker worden er samenwerkingsverbanden aangegaan die de EPA doelgroep ondersteunt op de verschillende levensgebieden. Het project Optimaal Leven in Drenthe is hier een goed voorbeeld van. Er wordt wijkgerichte, integrale zorg geleverd aan mensen met EPA en complexe problemen op meerdere levensgebieden. Hier werken o.a. gemeenten, zorgverzekeraars en instellingen zoals GGZ, verslavingszorg, sociale wijkteams, OGGZ, werk & inkomen, politie, en huisartsen samen. Daarbij worden naasten en omgeving nauw betrokken bij de zorg in de wens van de cliënt.

De Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) van de GGD is ook een mooie vorm van samenwerking met verschillende zorginstanties politie en woningbouwcorporaties.

Het richt zich op sociaal kwetsbare mensen, die een gemarginaliseerd bestaan leiden en de weg naar hulp niet weten te vinden, of de zorg juist mijden. Daarbij is er vaak sprake van meervoudige problematiek (zoals financiële problematiek, verwaarlozing, sociaal isolement).

Ook zijn er steeds meer initiatieven die gericht zijn op sociale inclusie, zoals de "buurtcirkels" in diverse provincies. Hierin ondersteunen 8 tot 12 deelnemers in een wijk elkaar in een sociaal netwerk. Essentieel is de effectieve verbinding tussen de deelnemers in de cirkel. Ze maken gebruik van elkaars talenten. Het zorgt voor meer autonomie en zelfredzaamheid bij kwetsbare burgers en in buurten en wijken. (<http://buurtcirkel.nl>)

Een ander opmerkelijk project wat aansluit bij de participatiemaatschappij en het woningtekort is WijCkWonen in Amersfoort. Hierin worden leegstaande panden omgebouwd tot studio's, waarin zowel cliënten met psychiatrische problematiek als andere burgers wonen, zoals studenten. Het is de bedoeling dat de bewoners de woongemeenschap zelf runnen, waarbij sommige bewoners een bijzondere rol kunnen vervullen, zoals assistent pandbeheerder. Iedere bewoner die een beheerdersrol heeft, is hier twee tot vier dagdelen per week mee bezig en ontvangt hier €3,50 per dagdeel voor.

Het Schakelteam Personen met Verward Gedrag wat een aantal jaren geleden opgestart is heeft zich de afgelopen jaren bezig gehouden met al deze projecten en is in gesprek gegaan met diverse organisaties en gemeentes. "Leren van elkaar én met elkaar, niet het wiel opnieuw uit hoeven vinden, met als inzet dat elke gemeente en regio voor 1 oktober 2018 een goed werkende aanpak voor mensen met verward gedrag heeft." (ZonMw, 2018) Hier is o.a. uit voortgekomen dat er in september van dit jaar (met toezegging van P. Blokhuis - Volksgezondheid), een landelijk publieksnummer komt. Mensen kunnen hier een melding doen wanneer ze zich zorgen maken over iemand die zich verward gedraagt. Dit wordt gekoppeld aan regionale meldpunten, waardoor de juiste hulp tijdig vanuit de gemeenten ingezet kan worden. Valkuil kan zijn dat in plaats van dat een buur eerst contact maakt en een helpende hand biedt, gelijk de overheid in actie wordt gezet. Het nummer werkt daarnaast stigmatisering in de hand.

Speciaal voor gemeenten is een factsheet gemaakt over de generieke module EPA. De generieke module is bedoeld voor alle professionals die met de EPA doelgroep van doen (kunnen) hebben en beschrijft wat goede zorg is vanuit het perspectief van mensen met EPA (inclusief verslavings-problemen) en hun naasten. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. (module ggz standaarden). Het probleem met standaarden is dat het niet uitgaat van zorg op maat, waardoor een deel van de groep buiten de boot valt. Daarbij is het risico van standaarden dat bureaucratie in de hand wordt gewerkt..

## Conclusie

Er zijn veel projecten opgestart die mensen met psychiatrische problematiek ondersteunen in het zelfstandig wonen en werken in de maatschappij. Diversiteit in woonvormen, preventie, samenwerking met de verschillende ketenpartners, patiënt en het systeem zijn hierin sleutelwoorden. Maar ook het betrekken van de maatschappij, ze medeverantwoordelijk maken voor inclusie van de EPA doelgroep. Dit vraagt om meer voorlichting en ondersteuning. Hierin zouden zorgverzekeraars, overheid en beleidsmakers meer 'bewegingsvrijheid' moeten geven aan hulpverleners, waardoor die ook preventief kunnen werken. Dit om te voorkomen dat cliënten steeds weer in of uit zorg komen en gaan zonder dat ze daarbij misschien de juiste behandeling hebben gekregen.

Misschien moeten we accepteren dat er altijd een groep cliënten zal zijn die niet zelfstandig kan functioneren in de maatschappij. Cliënten die de behoefte hebben om zonder al teveel prikkels, de juiste structuur en begeleiding voor handen, hun leven willen leiden.

### Aanbevelingen

Zoals al naar voren is gekomen is het van belang dat er samenwerking is met verschillende ketenpartners. Allen hebben een (vroeg)signaleringsfunctie en houden elkaar hiervan op de hoogte. De verschillende incidenten met mensen die een mogelijk risico voor zichzelf en/of de maatschappij zijn, maken duidelijk dat de informatie-uitwisseling in de zorg- en veiligheidsketen beter kan.

Privacy regels maken het vaak niet gemakkelijk om met elkaar in overleg te gaan. De ketenpartners en dus ook politie en OM moeten hierover goede afspraken maken. Deze afspraken moeten ook duidelijk worden voor de hulpverlener.

Er moet meer voorlichting komen o.a. via de media en op scholen om vooroordelen en stigmatisering tegen te gaan. Het stimuleren van buurtprojecten vanuit gemeenten helpt om cliënten makkelijker te laten integreren. Hierbij kan ook gebruik gemaakt worden van de Eigen Kracht-conferentie.

De SPV zal meer wijkgericht moeten werken door bijvoorbeeld aan te sluiten bij sociale wijkteams en buurthuizen om signalen tijdig op te pakken.

Het systeem moet meer begeleid worden in de ondersteuning van hun naasten. Zeker wanneer een sociaal steunsysteem ontbreekt, moet de zorg voor de EPA doelgroep langdurend met wisselende intensiteit kunnen worden aangeboden.

Er zullen meer (verschillende) woonvoorzieningen moeten komen, welke aansluiten bij de behoeften van de cliënt.

---

### Literatuur

- Blok, C. de, Kok, A. & Ridder, J. de (2018). Betere daklozenopvang tegen lagere kosten. Geraadpleegd 15-07-2018 via <https://link.springer.com>
- GGZstandaarden, n.d., factsheet, geraadpleegd 25-10-18 via [www.ggzstandaarden.nl](http://www.ggzstandaarden.nl)
- Hoes, O. n.d, schakelteam, geraadpleegd 15-07-2018 via <https://demonitor.kro-crv.nl/onderzoeken/verwarde-mensen>
- Hoes, O. n.d, schakelteam, geraadpleegd 27-09-2018 via <https://mailchi.mp/schakelteam/nieuwsflits-27september2018?e=7954619549>
- Höppener A. (2017). Op de bres voor kwetsbare psychiatrische patienten. geraadpleegd 12-09-2018 via <https://www.medischcontact.nl>
- Koekoek B. (2017) Verwarde man. Geraadpleegd 01-07-2018 via: <https://www.trouw.nl/samenleving/de-ene-verwarde-man-is-de-andere-niet--~aee04b37/>
- Koekoek, B. (2017) Sociale vraagstukken. Geraadpleegd 01-07-2018 via <https://www.sociale-vraagstukken.nl/aandacht-voor-verwarde-personen-gaat-te-veel-over-incidenten/>
- Mind, n.d, Verward. Geraadpleegd 08-07-2018 via <https://mindplatform.nl/nieuws/nog-lange-weg-te-gaan-om-te-komen-tot-een-duurzame-aanpak-voor-mensen-met-verward-gedrag>
- Onstenk, A. (2018). Samenwerken levert meer op dan gescheiden zorg en arbeidsre-integratie. Uit Sociaal Bestek geraadpleegd 30-06-2018 via <https://www.zorgwelzijn.nl>
- Peeters, P-H. (2017) Waarom het aantal verwarde personen blijft stijgen. Uit Zorg en Welzijn juni 2017, nummer 6, p 24-28
- Pronk, I. (2014) Gestoord van de buurman. Geraadpleegd 15-07-2018 via <https://www.trouw.nl/home/gestoord-van-de-buurman~ad08b00e/>
- Trinks, R. n.d, parels, geraadpleegd 20-07-2018 via <http://www.ggz-forum.nl/>
- Wijckwonen, n.d, Geraadpleegd 14-07-2018 via <https://www.nieuwewegenggzopvang.nl/verslagen/een-kijkje-in-de-keuken-van-wonen-light-kwintes/ZonMw,n.d, subsidie, verward, project, geraadpleegd 01-07-2018 via https://www.zonmw.nl/nl>