
Wie beoordeelt de verwardheid van de verwarde persoon?

De GGZ, de politie, de maatschappij of de media?



Kim Ledeboer
Willy Rypma

Beiden auteurs zijn SPV i.o.

Inleiding

In het begin van de ochtend loopt een vrouw bij het spoor en roept dat ze niet meer wil leven. Omstanders maken zich ernstig zorgen en blijven bij de vrouw terwijl ze de politie bellen. Als de politie arriveert, herkennen ze de verwarde persoon. Het is een vrouw die zij deze week al meerdere malen bij het spoor hebben weggehaald en naar de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) gebracht. Ook nu weer wordt de vrouw voor beoordeling naar de crisisdienst van de GGZ gebracht.

Een man die na het verbreken van zijn relatie is ingetrokken bij zijn autistisch neefje, belt met regelmaat 112 voor hulp. Politie en gemeente zoeken contact met de crisisdienst omdat de man zich suïcidaal uit en om opname verzoekt. De man is daarvoor een paar dagen eerder beoordeeld omdat hij zich suïcidaal uitte en werd kort opgenomen. Deze ochtend is hij met ontslag gegaan. Behalve persoonlijkheidsproblematiek en woonproblemen is er tijdens opname geen psychiatrisch toestandsbeeld geconstateerd.

Er is een melding van ernstige geluidsoverlast. De wijkagent komt niet binnen bij een man die volgens omstanders verward overkomt. De man is bekend bij de agent omdat er meerdere meldingen zijn gemaakt dat hij overdag naakt in zijn tuin loopt. De wijkagent belt met de crisisdienst om een beoordeling te komen doen.

Er wordt een man gearresteerd, omdat zijn woning als drugspand fungeert en er een ruzie in de woning gaande is. De man verzet zich hevig, bedreigt de politie en is vermoedelijk onder invloed van drugs. In het arrestantenverblijf doet de man suïcidale uitspraken en vraagt zelf om een beoordeling van de GGZ.

Bovenstaande casussen zijn casussen die op een willekeurige dag in de dagelijkse praktijk kunnen voorkomen. Het roept bij zowel de GGZ als de politie vragen op over welke interventies er gedaan zouden moeten worden. De politie maakt bij alle vier de casussen een code E33 aan; de code die zij gebruiken voor een verward persoon. De afgelopen jaren is er in het nieuws veelvuldig gesproken over verwarde personen.

De politie geeft met regelmaat in de pers aan dat zij hun handen vol hebben aan deze verwarde personen en kijken richting de GGZ om in actie te komen die in hun ogen tekort schiet. Toch geeft de enorme stijging van verwarde personen te denken. Wie is die verwarde persoon precies in de ogen van de politie en zijn er inderdaad meer verwarde personen dan voorheen? Gaat het bij de verwarde persoon inderdaad om psychische problematiek en schiet de GGZ tekort?

In het artikel willen we ingaan op deze vragen om van daaruit een antwoord te vinden op de hoofdvraag: welke rol en verantwoordelijkheid hebben de GGZ, politie, gemeente, andere instellingen en de maatschappij ten opzichte van elkaar hebben met betrekking tot de verwarde persoon.

Verwarde Personen

Als eerste staan we stil bij het aantal meldingen van verwarde personen, dit geeft ons een beeld van de omvang van deze kwestie. In 2017 stond het aantal incidenten met verwarde personen op 83.500, een recordaantal meldingen en een forse stijging van 12 procent ten opzichte van het jaar ervoor (RTL Nieuws, 2018.)

Deze verwarde personen, de zogenaamde E33 meldingen, komen bij de politie binnen, die de verwarde persoon in kaart brengt en vervolgacties uitzet.

Tot voor kort werd door velen ten onrechte gedacht dat het bij verwarde personen altijd om mensen met psychische klachten ging en werden de jaarlijkse stijgingen gekoppeld aan de bezuinigingen en beddenafbouw in de psychiatrie. Onderzoek toont aan dat slechts in 30% van de gevallen daadwerkelijk sprake is van een psychiatrische stoornis. (Spies e.a. 2016).

Soms is het overduidelijk dat het verwarde gedrag voortkomt uit een acuut psychiatrisch toestandsbeeld, waarvoor opname noodzakelijk is en overlast gevend gedrag stopt. 'Echter bij een groter deel van de E33 meldingen is het niet zo overduidelijk en kan het gaan om een student die onder invloed is van alcohol of drugs, een dementerende oudere of iemand met een somatisch probleem, zoals een verhoogde bloedsuikerspiegel.' (Spies e.a. 2016).

De GGZ is de specialist om te bepalen of sprake is van een psychiatrisch toestandsbeeld, maar als 70% van de meldingen hier niet onder vallen, is dit dan niet een teken dat de verwarde persoon te snel naar de GGZ wordt verwezen?

De term verwarde personen is als het ware een containerbegrip geworden voor mensen met dementie, verslaving, verstandelijk beperking, psychose, terroristische ideologie en mensen die door het lint gaan na een hevige tegenslag in hun leven. Maar dit is niet wat er binnen de GGZ verstaan wordt onder verwarde personen.

'Onder een verward persoon wordt een persoon verstaan waarbij een 'redelijk vermoeden bestaat van een ernstige stoornis van het oordeelsvermogen die voortkomt uit een geestesstoornis, namelijk een psychotische toestand waarbij het handelen voortkomt uit bijvoorbeeld hallucinaties of waanvoorstellingen, acute dreiging van suicide en organische hersenaandoeningen' (GGZ Nederland, 2012)

Nadat in 2015 door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, het Ministerie van Veiligheid en Justitie, en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, het landelijke Aanjaag-team Verwarde Personen was ingesteld, is vervolgens in 2016 het Schakelteam Verwarde Personen gevormd. Zij hanteert een brede definitie van verwardheid: "het gaat om mensen die grip op hun leven (dreigen te) verliezen, waardoor het risico aanwezig is dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen. Dit verlies kan eenmalig of chronisch zijn". Hierbinnen onderscheidt het Schakelteam vier categorieën.

Dit zijn geen statische categorieën, mensen kunnen op verschillende momenten tot verschillende categorieën behoren:"

- a. Mensen met verward gedrag die geen overlast bezorgen maar wel persoonlijk leed kennen;
- b. Mensen die hulp of zorg nodig hebben, overlast veroorzaken, maar niet gevaarlijk zijn;
- c. Mensen die eerder in aanraking zijn geweest met strafrecht of (specialistische) gedwongen zorg.;
- d. Mensen met nu een strafrechtelijke titel die forensische zorg nodig hebben."

Wij denken dat deze categorieën niets zeggen over de problematiek van deze mensen, het gaat meer uit van het risico op agressie of het gevaar voor anderen. Het probleem met de openbare orde zou vanuit de GGZ niet de boventoon moeten voeren, want dan loop je al snel het risico dat je mensen weer gaat opsluiten en tegen hun wil gaat behandelen. Dat is wel de rol die de GGZ altijd heeft gehad, terwijl de GGZ juist de omslag wil maken om meer ambulante te behandelen met bijbehorende regie en verantwoordelijkheid voor de cliënt en zijn sociale context .

De rol van de politie

Aangezien er 70% van de verwarde personen geen psychiatrisch toestandsbeeld blijkt te hebben, willen we graag onderzoeken hoe de politie tegen de verwarde persoon aankijkt en hoe zij komen tot het besluit om door te verwijzen naar de GGZ.

Van Hoof (2017) stelt dat 'een politieagent niet de taak heeft om iemand te begrijpen. De politie moet de openbare orde bewaken of als deze verstoord is, zo snel mogelijk herstellen. Dit verklaart waarom de politie veel in situaties komt waarin zij tot het oordeel komen met een verwarde persoon te maken te hebben. Waaróm iemand iets doet is geen zaak van de politie.' Dit is volgens ons een juiste bewering, de hoofdtaak van de politie is handhaving, en geen diagnostiek. Dit betekent echter niet dat de politie ontheven is van de taak om door middel van begrip betrokkenheid te tonen. Want begrip kunnen tonen betekent in deze dat de politie luistert naar de verwarde persoon en zich in kan leven in diens situatie. Wanneer de politie de verwarde persoon (voortkomend uit een psychiatrisch toestandsbeeld) benadert vanuit een visie van handhaving en niet vanuit betrokkenheid om die persoon te begrijpen, kan dit in crisissituaties angst en agressie alleen maar vergroten.

In een onderzoek uitgevoerd door bureau Beke (2015) blijkt dat de politie Amsterdam bij de melding verwarde personen (E33) een onderscheid maakt in:

1. Zorgmijders in of zonder woning; Hierbij gaat het veelal om mannen, boven de 40 jaar, die zichzelf slecht verzorgen. Dit is een groep mensen die verward of psychotisch kan zijn, overlast geeft en geen hulp accepteert.
2. Suïcid dreigers/depressieve personen; Onder deze groep bevinden zich de meeste vrouwen. Ook de meldingen 'geen gehoor bewoner' zijn aan deze subgroep gelinkt. Als agenten naar het huis van een dergelijk persoon gaan, houden ze automatisch rekening met een suïcide poging. Andere opties zijn een acute verwarring of een psychose, maar ook somatische klachten.
3. Problematische middelengebruikers; Het betreft zowel harddrugs- als softdrugsgebruikers. In deze groep speelt regelmatig psychiatrische problematiek, zoals psychoses en wanen, waardoor mensen slecht aanspreekbaar zijn. Daarnaast gaat het om chronische alcoholgebruikers. Deze subgroep is eveneens slecht aanspreekbaar vanwege de staat van dronkenschap. Verder betreft het ook mensen die op bezoek zijn in Amsterdam en vooral crack, GHB, pado's of triptruffels gebruiken. Een combinatie met een psychose komt dan voor.

Dan zijn er nog 2 groepen die niet worden geschaard onder de psychiatrie namelijk: dementerende mensen en mensen met een lichte verstandelijke handicap.

Wij denken dat de eerste groep van 'de zorgmijders' en de tweede groep 'suicidedreigers' onder de verantwoordelijkheid van de GGZ vallen. Psychiatrisch onderzoek zal moeten uitwijzen of er met name in de tweede en derde groep ook daadwerkelijk sprake is van een psychiatrisch toestandsbeeld. Bij de derde groep lijkt vooral de verslaving op de voorgrond te staan en lijkt het meer voor de hand liggend dat de verslavingszorg deze behandeling uitvoert. Verslaving en psychische problemen gaan vaak hand in hand samen in de praktijk. Er wordt een inschatting gemaakt wat de primaire stoornis is; de verslaving of de psychische problematiek. Dit is hoe het huidige gespecialiseerde zorgstelsel werkt, waarbij je of de ene of de andere stoornis behandelt. Echter een groot deel van deze groep zou gebaat zijn bij een langdurende begeleiding die beide stoornissen en bijkomende problematiek behandelt. De SPV zou hier de aangewezen persoon voor zijn als casemanager, gezien haar brede georiënteerdheid en dus integrale benadering op alle vier de niveaus van functioneren (lichamelijk, psychisch, sociaal en maatschappelijk). Maar of deze doelgroep binnen de muren van de psychiatrie thuis hoort is een tweede.

De rol van de media

We vragen ons af hoe het nu komt dat de verwarde personen zo vaak het nieuws halen. Daarvoor doken we in de wereld van de journalistiek. Veel nieuwsberichten worden geschreven door journalisten en zij bepalen met hun redacties wat nieuwswaarde heeft. Journalisten gebruiken voor een nieuwsbericht vaak 6 criteria, het zogeheten CABABA, deze staat ook beschreven in het basisboek journalistiek (Kussendrager et al(2018):

1. Conflict (Wie heeft ruzie met wie? Strijd is interessant)
2. Actualiteit (Wanneer is het gebeurd? Een verslag van maanden terug is niet erg interessant, hoe verser hoe beter)
3. Belang voor de lezer (Heeft de lezer er wat aan om dit te weten? Persoonlijk of maatschappelijk belang)
4. Afstand (Waar speelt het zich af? Hoe dichterbij het nieuws, hoe belangrijker het wordt)
5. Bekendheid (Wie is het? Wie kennen hem/haar, zijn er veel die hem/haar kennen? Zijn er beelden van?)
6. Afwijking (gebeurt het vaak of is het een uitzondering? Wat afwijkt van het alledaagse trekt de aandacht)

Als er vanochtend in Amsterdam een verwarde persoon op een grote toeristische locatie onbegrepen gedrag laat zien, wat veel consternatie met zich meebracht en waarbij omstanders in moesten grijpen, is er een grote kans dat dit in het nieuws komt. Dit nieuws is actueel, dichtbij, het past goed in het maatschappelijk vraagstuk over verwarde personen, er is sprake van een conflict, zowel op persoonlijk als op maatschappelijk vlak en er zijn vast beelden van dit uitzonderlijke tafereel. Hiermee wordt aan alle 6 de criteria voldaan. In het algemeen geldt dat situaties met verwarde personen regelmatig voldoet aan de 4-6 criteria en daardoor nieuwswaarde heeft. We vragen ons af of de politie in 2018 in de tijd van de CAO onderhandelingen het onderwerp verwarde persoon in de media aangreep om te benadrukken hoeveel tijd zij kwijt zijn aan deze categorie. Aan de kant van de GGZ werden namelijk minder hoge cijfers berekend. Het belang voor de politie was op dat moment meer salaris, terwijl de GGZ juist weer meer bezig is om te de-stigmatiseren.

Op 1 november 2018 is een nieuw arbeidsvoorwaardenakkoord voor de politie getekend en sinds die tijd lijkt het onderwerp over de verwarde persoon steeds minder in het nieuws te zijn. Dit kan natuurlijk toeval zijn. Uitgaande van bovenstaande zes punten zou je er namelijk vanuit kunnen gaan dat er nog steeds nieuws waarde is.

De rol van de beoordeling

Als er gesproken wordt van verwardheid, moet er volgens de richtlijn psychiatrische diagnostiek van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) sprake zijn van een psychiatrisch toestandsbeeld. (Richtlijndatabase, 2018)

Voor het vaststellen van een eventueel psychiatrisch toestandsbeeld doet de SPV een psychiatrisch onderzoek, gaat de psychiatrische voorgeschiedenis na en onderzoekt welke sociale, psychologische en biologische factoren een bijdrage hebben geleverd in het ontstaan van de crisis.

"Dat iemand een classificatie van een bepaalde psychische stoornis krijgt toegekend, hoeft echter niet automatisch te betekenen dat behandeling noodzakelijk is. Dit is een ingewikkelde klinische beslissing waarin rekening wordt gehouden met de ernst van de symptomen, de mate waarin deze opvallend aanwezig zijn, de mate waarin de patiënt lijdt onder het symptoom of de symptomen, de mate waarin de symptomen de patiënt belemmeren in zijn of haar functioneren, de risico's en positieve effecten van de beschikbare behandelingen, en andere factoren" (Hengeveld, M. W. 2018) In geval van een "toestandsbeeld", bepalen dus de symptomen en klachten het handelen, niet de diagnose zeggen In 't Veld & Draijer (2014).

Wanneer iemand onder invloed van middelen is, is een gedegen psychiatrisch onderzoek niet goed mogelijk. We moeten ons realiseren dat het hier ook gaat om een classificatie van een psychiatrische stoornis (verslaving is opgenomen in de DSMV) en dat voor de diagnostiek en behandeling van individuele patiënten met verslaving veel meer nodig is. Het eventuele overlastgevende gedrag wat een persoon met verslaving in dit geval veroorzaakt is wel een openbaar ordeprobleem. Een taak van de politie dus. Lastiger wordt het wanneer iemand vanwege sociaal-economische problemen en onder invloed van middelen suicidale uitspraken doet, ook al is er geen sprake is van een psychiatrisch toestandsbeeld. Wie is er dan verantwoordelijk? En hoe zit het met de verslaafde, met een voor de zoveelste keer door psychedelische drug uitgelokte psychose?

Vanuit onderzoek van Van Andel e.a. (2001) zou de politie meer te maken hebben met crimineel verslaafden en psychisch gestoorden door veranderd drugsgebruik en minder gesloten bedden (Kuppens, J. et al 2015).

De rol van de locatie van de beoordeling

In Noord Nederland zijn de afgelopen 2 jaar zogenoemde Crisisbeoordelingslocaties (CBL) op een GGZ terrein geopend en is bedoeld voor personen met verward gedrag. In samenwerking met verschillende instanties, verschillende gemeenten in en partners van de keten acute psychiatrie, wordt zo de opvang voor personen met verward gedrag in crisissituaties verbeterd. Hiermee wordt voorkomen dat mensen met verward gedrag in een politiecel terecht komen, terwijl ze daar niet thuis horen. Deze nieuwe werkwijze is een onderdeel van de landelijke en provinciale aanpak van personen met verward gedrag. Binnen Nederland wordt er verschillend invulling aangegeven. Zo werken de politie en de GGZ in Den Haag samen vanuit twee aan elkaar grenzende gebouwen en wordt op de beoordelingslocatie gekeken waar de verwarde persoon naar toe moet worden overgedragen. In Doetinchem wordt de verwarde persoon thuis of op het politiebureau beoordeeld, afhankelijk van het gevaarscriterium. In Rijswijk en Seggebroek zit standaard een SPV op het politiebureau, die bij iedere arrestant direct het dossier kan checken en een verward persoon vrijwel nooit in een politiecel verblijft. (Kuppens, J. et al 2015).

Je kunt je afvragen of het gebruik van een CBL binnen de muren van een GGZ instelling moet plaatsvinden. Dit kan de verwarde persoon misschien wel heel gemakkelijk de instelling binnen leiden zonder dat je dat als SPV wil. Een beoordelingslocatie welke niet direct in de organisatie zelf is aangesloten kan misschien wel gezonder gedrag uitlokken waardoor opname kan worden voorkomen. Verblijf in een politiecel wanneer iemand psychisch in de war is verdient geen aanbeveling. Als je echter bedenkt dat 70% van de verwarde personen geen psychiatrische stoornis heeft, verdient een beoordeling binnen de GGZ-muren ook niet de voorkeur. Op locatie zelf zou dan het beste aansluiten bij het ingezette ambulantiseringbeleid. Hierdoor kun je een volledig beeld krijgen van de verwarde persoon. Hierbij moet wel extra aandacht zijn voor de eigen veiligheid en makkelijk gebruik gemaakt kunnen worden van de politie. Het eventueel samen optrekken kan ook de samenwerking en begrip voor elkaars visie vergroten.

De rol van de verslavingszorg

Er wordt verschillend gedacht over verslaving. Sommigen zien het als een ziekte, waarvoor (verplichte) behandeling noodzakelijk is, anderen zien het als een vrije keuze waarbij iemand zelf gemotiveerd moet zijn om te stoppen. Dit laatste is het algemene uitgangspunt in de verslavingszorg, terwijl binnen de muren van de GGZ het medisch model nog vaak de boventoon voert. Een gelijke beweging ziet men bijvoorbeeld in de visie vanuit het strafrecht op drugsgebruik: drugsgebruik als "ziekte" en een sociaal probleem dat voorkomen en behandeld kan worden versus drugsgebruik als strafbare handeling waarop sancties moeten volgen.

Zoals eerder al aan bod is gekomen kan er pas een psychiatrisch onderzoek en eventuele behandeling plaatsvinden wanneer iemand vrij is van middelen. Het kan dus voorkomen dat iemand die steeds psychotisch wordt ten gevolge van drugsgebruik, wordt opgenomen in de GGZ en weer ontslagen als de psychose in remissie is. We vragen ons af of je deze patiëntencategorie daarmee wel goed behandelt.

In geval van een psychose is er namelijk sprake van een gestoorde realiteitszin en met regelmaat ook sprake van (gedeeltelijk) wilsonbekwaamheid. Dit valt onder de verantwoordelijkheid van de GGZ. Van (langdurende) behandeling is echter weinig sprake en voor je het weet is men bezig met ordehandhaving binnen de GGZ vanwege de bijkomende agressie. Hetzelfde doet zich momenteel voor in de ziekenhuizen ten aanzien van de momenteel populaire drug GHB. In een recente documentaire hierover op NPO3 "Tygo in de GHB" (2018) kwam naar voren dat er met regelmaat GHB verslaafden op de spoedeisende hulp komen. Het komt voor dat deze verslaafden soms met wel acht man bedwongen worden, om vervolgens met ontslag te gaan zodra de drugs zijn uitgewerkt. Het is vervolgens niet ongewoon dat deze persoon dezelfde dag nog een aantal keer op de spoedeisende hulp verschijnt om dezelfde reden.

De verslavingszorg gaat uit van interne motivatie om te stoppen met drugs. Motivatie welke voortkomt uit de eigen regie bij een wilsbekwame cliënt. Als er ook psychiatrische problematiek speelt, is er een grote kans dat de GGZ weer in beeld komt. Het risico ontstaat dat deze de taak van handhaving van de openbare orde op zich neemt.

De rol van de sociale psychiatrie

Al vanaf de 16e eeuw werden mensen opgesloten in instellingen of kerkers (Anne, 2018). "Met de komst van psychiaters als Querido, Bouman en Meijers in de 20ste eeuw, kwam de sociale psychiatrie op gang. Zij vonden dat een cliënt de middelen moest worden geboden om zich zo harmonisch mogelijk te ontwikkelen in relatie tot zijn omgeving.

Je moest een cliënt de middelen verschaffen waarmee hij zelf weerstand zou kunnen bieden aan schadelijke invloeden ("Sociale psychiatrie: aandacht voor de cliënt en zijn context", z.d.). Eind 20ste eeuw kwam met de anti-psychiatriebeweging de terugkeer van "*patiënten*" in de maatschappij pas echt op gang. Het zorgde in de jaren 90 echter ook voor een groeiend aantal dak- en thuislozen in de steden. De zorg was hoogdrempelig geworden, er was meer versnippering van zorg door bijvoorbeeld een scheiding van verslaving en ggz en met de komst van de Wet BOPZ in 1994 was het lastiger om iemand (voor langere tijd) gedwongen op te nemen en te behandelen."

Anno 2018 lijkt dit volgens ons niet anders te zijn, ondanks alle inzet en goede bedoelingen van de politie en GGZ. We hebben er niet voor niets voor gekozen om mensen terug te laten keren in de maatschappij. Hiervoor is het wel noodzakelijk om deze mensen de middelen te geven om inclusie in de maatschappij te bevorderen. Hierbij kun je denken aan het hebben van een sociaal netwerk, financiële gezondheid en vaardigheden of ondersteuning om de weg te vinden in het bureaucratische landschap.

Verwardheid kan bijvoorbeeld ontstaan als reactie op een aangekondigde uithuiszetting wegens achterstallige betalingen, maar had met de juiste hulp ook voorkomen kunnen worden. Dit vraagt vanuit de gemeenten meer ondersteuning op welzijn en maatschappelijk gebied (Prins 2018). De SPV heeft daarnaast een cruciale rol in het voorkomen en tegengaan van uitsluiting. De GGZ heeft zich vooral gericht op de medisch biologische benadering. Die benadering maakt het moeilijk anders te denken dan in termen van psychisch ziek zijn en gezond; ze maakt het moeilijk anders te denken over anders zijn. En voor de vermaatschappelijking is dat juist belangrijk. De toename aan biomedische kennis (en behandeling) heeft het integratiepotentieel in de samenleving niet verhoogd. Meer kennis leidt wel tot meer geïdentificeerde psychiatrische problematiek, maar het leidt niet tot meer begrip of tolerantie voor mensen met een psychiatrische achtergrond (Kal, D. 2011). Daarbij is wat een stoornis heet afhankelijk van de maatschappelijke context op dat moment, waarvan homoseksualiteit, tot 1973 gezien als psychiatrische stoornis in de DSM, een goed voorbeeld.

De rol van de overheid, de burgemeester en de nieuwe wet Verplichte GGZ 2020

In het GGZ-hoofdlijnenakkoord voor 2019-2022 (Ministerie van Algemene Zaken, 2018) ligt de nadruk op het sociale aspect van psychische klachten wat hopelijk gaat leiden tot een tolerantere samenleving die mensen die anders zijn niet te snel uitsluit. Uitsluiting komt voort uit angst, onbegrip en gebrek aan kennis. Hier ligt een rol weggelegd voor de SPV, de overheid en de media.

Wanneer de maatschappij meer voorlichting zou krijgen en actief betrokken wordt, maakt dit dan verschil uit? Is dat in de huidige individueel gerichte maatschappij waar autonomie hoog in het vaandel staat wel haalbaar? Misschien als mensen weten wat zij kunnen doen om overlast te voorkomen en hun buurt als een fijne veilige woonplek willen houden, dat hun houding verandert. Ze worden hierdoor mede verantwoordelijk gemaakt. Daarnaast moeten wel de mogelijkheden worden gecreëerd, waarin men elkaar tegenkomt en ziet dat de buurtbewoner meer is dan een psychiatrische stoornis. Iemand die actief is in het betrekken van de inwoners en een voorbeeldfunctie heeft, zoals de vroegere straatwerker. Maar ook televisie zoals documentaires of voorlichting op scholen, kunnen begrip kweken.

In juli 2017 zegt burgemeester Ferd Crone dat zijn gemeente Leeuwarden er van alles aan doet om het aantal incidenten omlaag te brengen, maar dat het hem simpelweg vaak ontbreekt aan de middelen.

"Iedere wethouder en burgemeester maakt vele gevallen per jaar mee waarin hij zegt: "waarom wordt deze persoon niet gedwongen zijn medicijnen te nemen of niet een tijdje in een kliniek opgenomen? (EenVandaag, 2018)

In het GGZ akkoord wordt ook gekeken naar de behandelwet Verplichte GGZ die de wet BOPZ in 2020 gaat vervangen. Het karakter van de vorming van deze Wet is echter vanaf 2016 ingrijpend veranderd. Het beveiligingsaspect is meer centraal komen te staan en gesuggereerd wordt dat de wet een hulpmiddel kan zijn bij de zogenaamde aanpak personen met verward gedrag (Prins, 2018). Burgemeesters geven aan erg uit te kijken naar de nieuwe Wet Verplichte GGZ, omdat hen dit meer handvatten zou geven om de overlastgevende mensen aan te pakken. Echter het voorstel van burgemeesters om een driedaagse observatiemaatregel in te voeren is niet in de nieuwe wet opgenomen, dit werd door verschillende politieke partijen niet gesteund. Het ging deze partijen bij het aannemen van de wet te ver om deze beheersende maatregel in te voeren.

Wij vragen ons af welke personen een burgemeester voor zich ziet die verplicht moeten worden opgenomen. De ernstig verslaafden, met bijkomende psychiatrische problematiek, maar die vooral veel overlast veroorzaken? Gaan we ook hiermee niet weer terug naar de verplichte opnames waarbij de regie en verantwoordelijkheid weer bij de GGZ komt te liggen. En wat als burgemeesters nu ingrijpen bij patiënten waarvan de crisisdienst geen opname indicatie zien? Dit vraagt dat burgemeesters meer zicht krijgen in het ontstaan van verward gedrag, vooral hoe belangrijk de sociale context hierin is. De GGZ zal hierin voorlichting moeten geven. De samenleving wordt vanuit de overheid aangestuurd op eigen regie en een participatiemaatschappij. Volgens ons is het aan de burgemeesters om dit op lokaal niveau uit te dragen en te kijken wat is er nodig is om deze mensen in de maatschappij een plek te geven. Burgemeesters zouden ook meer verantwoordelijkheid kunnen nemen voor preventieve interventies zoals bijvoorbeeld "Housing First." Dit zijn projecten voor mensen die dak- of thuisloos zijn zodat zij individueel begeleid kunnen wonen. Mensen krijgen eerst een woning aangeboden en in tweede instantie worden ze begeleid en gemotiveerd om hulp of behandeling te aanvaarden. Na verloop van tijd kan het huurcontract van de Tussenvoorziening worden overgedragen aan de bewoner. (Stichting De Tussenvoorziening, 2018). We merken nu dat mensen wel in een opvang terecht kunnen, maar dat er weinig tot geen ruimte wordt gemaakt in de woningmarkt om deze mensen op te laten nemen in de maatschappij. De GGZ zou als overlegpartner hierin ook meer regie kunnen nemen om het belang van deze voorzieningen onder de aandacht te brengen.

De rol van de verwarde persoon zelf

Ervaringsdeskundigen, mensen bekend in de psychiatrie, geven aan dat zij in crisis willen werken met een crisiskaart waarbij zij zelf hebben kunnen aangeven hoe voor hen de behandeling tijdens een crisis eruit moet komen te zien. Een crisiskaart is een klein persoonlijk document op bankpasformaat. Op de kaart staat informatie over hoe een crisis er bij de betreffende persoon uitziet en wat er moet gebeuren als er een (psychische) crisis optreedt. Zo kan een crisiskaart bij een crisis voor naasten, omstanders en hulpverleners een 'gebruiksaanwijzing' zijn. De tekst op de kaart is een samenvatting van een uitgebreide crisisplan. Daarin heeft de cliënt relevante informatie over (de aanloop naar) een crisis opgenomen en afspraken gemaakt met derden over hoe te (be)handelen. V&VN Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen heeft samen met andere partijen in de GGZ een gezamenlijke verklaring ondertekend, waarmee zij het gebruik van een crisiskaart willen bevorderen. Zij willen zelfmanagement en de eigen regie van cliënten versterken, ook in geval van crisis (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, 2013).

"Zelfmanagement sluit aan op het concept van gezondheid als 'het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven' Het gaat niet om het bereiken of handhaven van een ideale toestand, maar om een herstel van vitaliteit, functioneren en participeren van mensen. Het concept zelfmanagement benadrukt de dynamiek, de kracht en de regie van mensen. Zelfmanagement kan men dan ook zien als het beslissen en handelen van een individu op basis van persoonlijke keuzes om de effecten en gevolgen van een aandoening op het leven van het individu te reguleren. Zelfmanagement omvat zelfzorg, zelfhulp en zelfregie. Waar wenselijk gebeurt dit in samenwerking met naasten met ondersteuning van professionals. Zelfmanagement mag overigens niet verward worden met een patiënt de boodschap geven dat hij het alleen moet doen. Het blijft van groot belang dat de hulpverlener de patiënt een veilige, steunende omgeving biedt." Huber (2014).

Kenmerkend is dat juist vanuit de veilige, ondersteunende relatie van hulpverlener met patiënt samen wordt gewerkt aan meer zelfmanagement (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, 2018). Je kunt je afvragen of de samenwerking met naasten niet zoveel mogelijk moet worden ingezet, zodat mensen zo zelfstandig mogelijk kunnen functioneren zonder professionele zorg. Dit heeft onze voorkeur. Zo blijft de eigen regie op de voorgrond staan.

Volgens psycholoog D.F. Dawson kunnen patiënten zichzelf in een slachtofferrol plaatsen (incompetent, hulpeloos en niet verantwoordelijk). Overmatig reageren op deze communicatie kan deze slachtofferrol versterken en duwt de behandelaar/ behandelteam in een complementaire rol, waarbij zij wel controle hebben, competent zijn en verantwoordelijk zijn. Een mogelijkheid om een eind te maken aan zulke communicatie is het gebruik maken van wettelijke middelen waarbij de behandelaar de volledige verantwoordelijkheid van het gedrag van de patiënt op zich neemt. Een andere mogelijkheid is om een relatie met de patiënt aan te gaan vanuit het relationshipmanagement model waarbij de behandelaar "alleen" belangstellend een luisterend oor biedt en zegt dat hij het ook niet weet, of verder kan helpen. Hierdoor stelt de behandelaar de patiënt verantwoordelijk voor zijn/haar eigen gedrag (Kravits et al, 2005).

In het geval van persoonlijkheidsproblematiek en een crisis zie je dat SPV-en voor een groot deel al getraind zijn om de verantwoordelijkheid bij de cliënt te houden. Toch vraagt dit in geval van crisis lef van de SPV in de crisisdienst, omdat betrokken omstanders (zoals politie en maatschappij) druk uitvoeren om in te grijpen. En met ingrijpen wordt vaak een opname in de GGZ bedoeld, iets wat juist contra-geïndiceerd is voor deze groep.

Volgens Smilde, M. (2018) is er ook een groep die niet de eigen kracht heeft om zich staande te houden en in te voegen in de maatschappij. Dat er soms gewoon moet worden ingegrepen. "Niet door een indicatie aan te vragen, maar door een dak boven iemands hoofd te regelen. Soms moet dat dan in een instelling. Niet door een samenwerkingsprotocol te ondertekenen, maar door medicatie te geven. Soms ook onder dwang. Niet door met wetgeving te schermen, maar door de wanhopige moeder te informeren wier zoon zonder pardon op straat is gezet, ook als dat niet helemaal strookt met de privacyregelgeving."

Conclusie

De term verwarde persoon is een begrip dat heel breed wordt gebruikt. Doordat deze groep aan meerdere journalistieke criteria voldoet, zullen we er niet aan ontkomen dat er nieuwsberichten over geschreven worden.

Er wordt vaak ten onrechte gedacht dat het hier om psychiatrische problematiek gaat, maar in slechts 30% is er sprake van een psychiatrisch toestandsbeeld. Dit betekent dat er bij 70% van de "verwarde personen" geen sprake is van psychiatrie. Juist binnen deze 70% zit een groep die overlast veroorzaakt en/of zorgen in de omgeving oproept. Dat de GGZ deze groep niet opneemt roept onbegrip en verontwaardiging op. Dat is ook niet vreemd als je bedenkt dat van oudsher mensen, die niet binnen de maatschappij pasten of de openbare orde verstoorden werden weggestopt in kerkers en instellingen.

Mensen langdurig opnemen is niet effectief gebleken. Met de komst van de sociale psychiatrie en de antipsychiatrie in de 20ste eeuw kwam hier verandering in.

De politie heeft de handhaving van de openbare orde als taak. Toch lijkt er door de E33 meldingen een verschuiving te hebben plaatsgevonden van handhaver naar eerste beoordelaar. Echter de GGZ heeft de taak om deze beoordeling in te schatten en eventuele behandeling uit te zetten, daar zijn zij voor geschoold en hebben zij al jarenlange ervaring in. De locatie van de beoordeling speelt hierbij ook een rol. Crisisbeoordelingslocaties (CBL) worden hiervoor gebruikt, de vraag is of de verwarde persoon niet op de locatie moet worden beoordeeld waar de crisis zich afspeelt.

In de top drie van wereldgeluk staan sociale contacten, zingeving en autonomie. Een opname in een psychiatrische setting lijkt daardoor haaks te staan op het verkrijgen van geluk. Voor de SPV is de taak juist weggelegd om de regie zoveel mogelijk bij de verwarde persoon te houden, opname te voorkomen en waar nodig ondersteuning te bieden in de thuissituatie en diens systeem. De SPV zal deze visie ook moeten uitdragen naar andere betrokkenen. Hiervoor is nodig dat lef getoond durft te worden om dit te bewerkstelligen.

Eigen regie betekent dat de SPV moet leren de verantwoordelijkheid bij de verwarde persoon te behouden, gesteund door zijn eigen organisatie. Van hulpverleners is bekend dat ze graag willen helpen en zorgen, en als SPV heb je daarnaast ook de zorg voor een groep mensen die vaak door de maatschappij wordt uitgestoten. De SPV loopt hierdoor al snel het risico om zich verantwoordelijk te voelen en taken naar zich toe te trekken, mensen in zorg te nemen en niet los te durven laten en de regie over te nemen. De SPV zal steeds bij zichzelf ten rade moeten gaan wie wanneer welke verantwoordelijkheid heeft en hoe de verwarde persoon ondersteund kan worden in het nemen en behouden van de eigen regie.

Psychiatrische klachten ontstaan altijd door een ontregeling in de sociale context en daardoor is het belangrijk om het systeem te betrekken. Het systeem is een breed begrip en omvat niet alleen naastbetrokkenen, maar alle betrokkenen, dus ook buurtbewoners, woningbouwverenigingen, de politie, burgemeesters en haar gemeentes. De SPV heeft een brede kijk, en is veelzijdig (denk aan crisisinterventie, rehabilitatie, praktische hulp en systeemondersteuning). Door zijn brede georiënteerdheid is de SPV de verbinding tussen de GGZ en de verschillende betrokkenen. De SPV zal zich hiervoor meer moeten verplaatsen naar het sociaal maatschappelijk terrein, systeem-ondersteuning, educatie en preventie.

Met het nieuwe GGZ-hoofdlijnenakkoord moet de nadruk meer op het sociaal-maatschappelijk gebied komen te liggen. De nieuwe wetgeving in 2020 moet ervoor zorgen dat mensen die toch psychisch ziek worden, kunnen worden behandeld. De gemeente heeft hierin nog veel te verzetten. De ambulantisering is ingezet, maar nu moet de inclusie nog volgen. De SPV die vanuit de gedachte van de sociale psychiatrie werkt, is gericht op het tegengaan van sociale uitstoting.

De maatschappij moet leren omgaan met mensen die niet helemaal binnen de lijnen kleuren en voor de SPV is hier een belangrijke taak weggelegd. Niet door te psychiatriseren, maar vooral te kijken naar wat er nodig is op de vier niveaus van functioneren (lichamelijk, psychisch, sociaal en maatschappelijk) zodat de mens een gelukkig bestaan kan opbouwen in de maatschappij.

Literatuur

- Andel, W.M. van, et al (2001) *Mensen zonder zorg een onderzoek door de Inspectie voor de politie en de Inspectie voor de gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 5 januari 2019 van <https://www.politieacademie.nl/kennisenonderzoek/kennis/mediatheek/PDF/20580.pdf>
- Anne (2018, 29 maart). *Geschiedenis van de psychiatrie : Tijdlijn - dsmmeisjes*. Geraadpleegd op 6 januari 2019, van <https://dsmmeisjes.nl/achtergrond/geschiedenis-van-de-psychiatrie-tijdlijn/>
- *Crisiskaart om zelfmanagement ggz-cliënten te versterken* > Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. (z.d.). Geraadpleegd op 6 januari 2019, van <https://www.venvn.nl/lidmaatschap/bestellen-en-downloaden/id/1620/crisiskaart-om-zelfmanagement-ggz-clienten-te-versterken>
- Dierx, G. (z.d.). *Betekenis presentiebenadering voor de sociale psychiatrie*. Geraadpleegd op 6 januari 2019, van <https://www.gerdierx.nl/wp-content/uploads/2013/02/betekenis-presentiebenadering-voor-sociale-psychiatrie.pdf>
- EenVandaag (2018, 15 juli). *Burgemeesters: eerder ingrijpen bij verwarde mensen die gevaarlijk zijn*. Geraadpleegd op 6 januari 2019, van <https://eenvandaag.avrotros.nl/item/burgemeesters-eerder-ingrijpen-bij-verwarde-mensen-die-gevaarlijk-zijn>
- Hengeveld, M. W. (2018). *DSM-5: Wat is nieuw?* (De belangrijkste veranderingen ten opzichte van de DSM-IV). Geraadpleegd van https://www.dsm-5.nl/documenten/dsm_presentatie_hengeveld.pdf
- Hoof, F. van (2017) *Waarom we moeten stoppen met de term 'verwarde personen'*. Geraadpleegd 28 juli 2018 van <https://www.socialevraagstukken.nl/waarom-we-moeten-stoppen-met-de-term-verwarde-personen/>
- Housing First " *Stichting De Tussenvoorziening*. (z.d.). Geraadpleegd op 13 januari 2019, van <https://www.tussenvoorziening.nl/hulp-nodig/wonen/housing-first/>
- In 't Veld, C. J., & Draijer, W. (2014). *Inzichten in de acute zorg: Voor de huisartspraktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kal, D. (2011). *Wees gastvrij voor psychiatrische cliënt*. Geraadpleegd 6 januari 2019 van <https://www.socialevraagstukken.nl/maak-ruimte-voor-psychiatrische-client/>
- Kravits, R. et al (2005). *Borderline persoonlijkheidsstoornissen*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds Amsterdam.
- Kuppens, J. et al Bureau Beke, Arnhem (2015) *Politie en de omgang met verwarde personen in Amsterdam*. Geraadpleegd op 23 december 2018 van <https://www.politiewetenschap.nl/cache/files/5c324591b594ePK71.pdf>
- Kussendrager, N., Bakker, P., Douma, A., Eggink, G., Van der Meer, E., & Willemars, M. (2018b). *Basisboek Journalistiek* (6e ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.
- Meije, D.M.G. et al (2016). *Generieke module zelfmanagement voor de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht. NetwerKwaliteitsontwikkeling GGZ
- Ministerie van Algemene Zaken, M. (2018, 13 juli). *Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 2019 t/m 2022*. Geraadpleegd op 6 januari 2019, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/07/11/bestuurlijk-akkoord-geestelijke-gezondheidszorg-ggz-2019-t-m-2022>
- NPO 3 Gernandt, T (2018) *Tygo-in-de-GHB EO-Documentaire*
- Prins, P. (2018). *Nieuwe wet maakt psychiater tot cipier van de maatschappij* - Blogs - Skipr. Geraadpleegd op 6 januari 2019, van <https://www.skipr.nl/blogs/id3423-nieuwe-wet-maakt-psychiater-tot-cipier-van-de-maatschappij.html>
- Psychiatrische diagnostiek - Startpagina - Richtlijn - *Richtlijndatabase*. (z.d.). Geraadpleegd op 2 januari 2019, van https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychiatrische_diagnostiek/psychiatrische_diagnostiek_-_startpagina.html
- *Recordaantal incidenten met verwarde personen*. (2018, 27 februari). Geraadpleegd op 6 januari 2019, van <https://www.rtlnieuws.nl/nederland/artikel/3875181/recordaantal-incidenten-met-verwarde-personen>
- Smilde, M. (2018, 8 maart). *Ggz wordt geteisterd door angst: 'Heb lef en neem verantwoordelijkheid'*. Geraadpleegd op 6 januari 2019, van <https://www.volkskrant.nl/columns-opinie/ggz-wordt-geteisterd-door-angst-heb-lef-en-neem-verantwoordelijkheid-%7Eb9fb524d/>
- *Sociale psychiatrie: aandacht voor de cliënt en zijn context*. (z.d.). Geraadpleegd op 6 januari 2019, van <https://mens-en-gezondheid.infonu.nl/ziekten/109701-sociale-psychiatrie-aandacht-voor-de-client-en-zijn-context.html>
- Spies, J.W.E. et al (2016) *Doorpakken! Eindrapportage aanjaagteam verwarde personen*. Geraadpleegd op 10 november 2018, van https://vng.nl/files/vng/publicaties/2016/20160930-eindrapportage-aanjaagteam-verwarde-personen-sep2016_0.pdf