

‘VERWARDE PERSONEN’



Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

POSITION PAPER

Inleiding

Verwarde mensen houden de gemoederen in Nederland volop bezig. Verward gedrag in de publieke ruimte is echter niet nieuw. De dronkaard, de dorpsgek, de verslaafde, de dakloze, maar ook de boze net ontslagen werknemer, de verdwaalde dementerende oma, de toerist die zich verslikt heeft in een verkeerd pilletje, de lallende student, de bedrogen wraakzuchtige echtgenote, de waxinelichthoudergooier, de schreeuwer op de Dam en de zich toch wat markant gedragende buurman, allemaal kunnen we ze van tijd tot tijd onder de categorie ‘verwarde personen’ scharen.

De toegenomen aandacht voor de verwarde mens bij politie, politiek en media is wel nieuw. Die trend begint bij de politie wanneer zij in 2015 aandacht vraagt voor de stijging van zogenaamde E33-meldingen: “overlast door verwarde of overspannen personen” (Trimbos 2016, pag. 9). Inmiddels is het vraagstuk van “verwarde personen” een op zichzelf verwarrende kluwen geworden waarin een veelheid van sociaal-maatschappelijke problemen in de sfeer van overlast, openbare orde en veiligheid verknoopt zijn aan het vóórkomen van psychische aandoeningen en de actuele staat van de geestelijke gezondheidszorg. Hierin verstopt ligt de vraag naar verantwoordelijkheidsverdeling in de openbare ruimte met het oog op orde en veiligheid.

Door het gebruik van de term “verwarde personen” wordt een associatie met de geestelijke gezondheidszorg (GGz) opgeroepen en wordt een maatschappelijk probleem als een probleem van de zorg neergezet. In zekere zin is dit begrijpelijk. De GGz is immers naast de politie een van de weinige actoren in het sociale domein die 24/7 bereikbaar is. Gemeenten, woningcorporaties, uitkeringsinstanties etc. zijn buiten kantooruren meestal niet beschikbaar. Dit betekent dat wanneer mensen om welke reden dan ook in de openbare ruimte gaan schreeuwen, op straat gaan liggen, gaan dwalen, gaan dreigen of zich anderszins vreemd gedragen of overlast veroorzaken, men al snel bij politie en GGz uitkomt met de vraag de situatie op te lossen. In veel gevallen lukt dat heel goed en werken verantwoordelijke instanties prima samen om mensen snel naar de juiste zorg te leiden. Soms, maar zeker niet altijd, gaat het daar om hulp bij psychische problemen, heel vaak gaat het om sociale of maatschappelijke ondersteuning.

De aandacht van politiek en media wijst echter ook op een algemeen afnemende tolerantie van de samenleving voor afwijkend gedrag, op toegenomen gevoelens van angst en onveiligheid en op hooggespannen verwachtingen die de burger heeft van de overheid, politie en (geestelijke) gezondheidszorg om verwardheid van de straat en uit de samenleving te halen. Het stigma rust daarbij onevenredig zwaar op de toch al kwetsbare burger met psychische problemen. In alle discussies rondom incidenten zien we tot slot ook vaak de behoefte om een schuldige hiervoor aan te wijzen. Een maakbare en risicoloze samenleving is echter een illusie.

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) is de wetenschappelijke beroepsvereniging van ruim 3500 psychiaters. Zij zet zich in voor goede psychiatrische zorg in Nederland. Vanuit deze missie en vanuit de specifieke medische kennis die haar leden verbindt, namelijk de kennis van de diagnostiek en behandeling van (complexe) psychische aandoeningen, geeft zij in dit document haar positie aan in het debat over “verwarde personen”. Het is niet mogelijk om daarbij alle aspecten van het onderwerp in al haar diepte te behandelen. We beperken ons tot enkele punten die we juist van belang vinden vanuit onze inhoudelijke en professionele betrokkenheid bij onze patiënten.



Geen verwarde personen, wel mensen met verward gedrag.

De term 'verwarde personen' of 'verwarde mensen' is om meerdere redenen problematisch. Om te beginnen is het erg stigmatiserend om mensen te reduceren tot hun gedrag. Verwardheid is geen eigenschap van een persoon, maar het is een aanduiding, een oordeel van de omgeving over het gedrag of de gedachten van een ander ([van Hoof, 2016](#)). En een subjectief oordeel. Iets is verwarrend omdat wij het niet begrijpen, niet in de juiste context kunnen plaatsen. Wat voor een leek als verward overkomt, kan voor de betrokkene of iemand die de context begrijpt heel logisch en begrijpelijk zijn. De term 'verwarde personen' is daarnaast een containerbegrip dat naar een veelheid van doelgroepen en maatschappelijke problemen kan verwijzen. Meestal wordt daarbij de relatie gelegd met psychiatrische patiënten. Echter, slechts bij een deel van de problematiek waarnaar verwezen wordt met 'verwarde personen' is de aanleiding van het verward gedrag ook gelegen in (ontsporing van) psychische aandoeningen¹. Zo wijst het Trimbos (2016) erop dat juist ook maatschappelijke problemen als werkloosheid, armoede en schuldenproblematiek een grote bron van stress zijn en kunnen escaleren in verward gedrag of bestaande psychische aandoeningen kunnen verergeren. De psychiater heeft een belangrijke rol in de beoordeling van verward gedrag. Vanuit zijn gecombineerde medische en psychotherapeutische achtergrond kan de psychiater goed onderscheid maken tussen sociaal-maatschappelijke, somatische en psychische problemen die van invloed kunnen zijn op het verwarde gedrag. Om die kennis ten volle te benutten is het van belang dat de psychiater vooraan in de keten, in de frontlinie beschikbaar is.

Toegankelijke maatschappelijke ondersteuning én (psychische) gezondheidszorg zijn essentieel voor een gezonde en veilige samenleving voor iedereen.

Verward gedrag van mensen kan een signaal zijn van psychische nood en een behoefte aan hulp. In dat geval moet die hulp ook snel toegankelijk en beschikbaar zijn, voor zowel acute als minder urgente situaties. Dit verhoudt zich slecht met de actualiteit van oplopende wachtlijsten in de GGz. Tegelijkertijd is psychiatrische behandeling niet het juiste antwoord op alle maatschappelijke vragen. Zo is psychiatrische zorg niet primair bedoeld om de samenleving te beveiligen tegen gevaar of te vrijwaren van overlast. Psychiatrie is een medisch specialisme voor diagnostiek en behandeling van psychische aandoeningen en psychiaters zijn artsen die vanuit hun beroepsethiek het belang van de patiënt voorop stellen. Maar er zijn wel raakvlakken met het maatschappelijke belang van een veilige samenleving. Psychische aandoeningen kunnen er toe leiden dat sommige patiënten overlast veroorzaken of op enig moment een gevaar vormen voor zichzelf of anderen. Toegankelijke en adequate psychiatrische behandeling draagt in dat geval bij aan een veilige samenleving. De samenleving wordt steeds complexer. Dit betekent dat het voor meer mensen dan vroeger moeilijk is om zich op alle levensgebieden zelfstandig te redden. Vaak gaat het dan om mensen voor wie de veerkracht om tegenslagen adequaat op te vangen niet toereikend is. Denk hierbij aan het hebben van financiële reserves, een sociaal netwerk, vaardigheden en ook toereikende verstandelijke vermogens om de weg te vinden in het bureaucratische landschap. De landelijke overheid zet tegelijkertijd in op decentralisatie van de overheidsinvloed op het sociale domein en op het bevorderen van eigen kracht en zelfredzaamheid van de burger. Wanneer verwardheid ontstaat als reactie op een maatschappelijke noodsituatie (bijvoorbeeld een

¹ Onderzoeken waarbij de E33 meldingen zijn geanalyseerd komen uit op zo'n 40 tot 60% van meldingen waarbij de aanwezigheid of een sterk vermoeden van psychiatrische problematiek in het heden of verleden (bekendheid met GGz) een rol speelde. Zie b.v. Kuppens et. al (2016) *Stijging meldingen verwarde personen in regio Rotterdam*, 't Hoff en Zeegers (2016) *Een verward persoon of verward gedrag?* [regio Oost-Nederland] en Kuppens et. al (2015) *Met een fluwelen handschoen. Politie en de omgang met verwarde personen in Amsterdam*.



aangekondigde huisuitzetting) zijn noch politie noch de GGz de aangewezen instantie om het onderliggende probleem op te lossen. In dat geval moet het sociale domein een duurzaam handelingsperspectief bieden.

Beter worden doe je thuis: pleidooi voor ambulantisering van GGz.

De vermeende toename van verward gedrag in de publieke ruimte wordt vaak toegeschreven aan de ambulantisering van de GGz. Dit suggereert om te beginnen ten onrechte dat het bij verward gedrag meestal gaat om psychiatrische patiënten en vervolgens, ook ten onrechte, dat er grote aantallen patiënten van binnen de muren van de GGz plotseling richting de samenleving zijn verhuisd (Trimbos 2016, pag. 25). In 2012 maakten professionals en aanbieders in de GGz, zorgverzekeraars en VWS de afspraak om het aantal bedden in de GGz drastisch te verminderen. De reden was dat Nederland in vergelijking met andere landen een relatief omvangrijke 'beddenpsychiatrie' kent. Dit is historisch zo gegroeid naast een sterke ambulante georganiseerde eerste en tweedelijns ggz². Klinische behandeling, dus opname in een instelling, is echter niet alleen een dure vorm van zorg maar de omgeving waar mensen verblijven biedt voor patiënten meestal niet de beste context voor herstel. Zeker niet als die opname langer duurt, waardoor bijvoorbeeld het contact met de gewone omgeving van thuis dreigt te gaan. Ambulantisering van het zorgaanbod van de GGz leidt niet tot meer mensen met verward gedrag. Het betekent wel dat mensen die te maken krijgen met een psychische aandoening langer thuis (kunnen) blijven wonen tijdens de behandeling. Als gevolg hiervan zal het voor meer mensen in de samenleving zichtbaar zijn wat het hebben van een psychische aandoening met mensen kan doen. Dit vraagt om begrip en tolerantie van alle burgers. Maar ook om inzet van de bij de behandeling betrokken professionals om indien nodig de omgeving van de patiënt voor te lichten over psychische aandoeningen en hen te helpen bij de sociale ondersteuning die zij kunnen bieden. De NVvP onderschrijft de ambulantisering van de GGz vanuit het oogpunt van humane, herstelgericht, doelmatige en effectieve psychiatrische zorg. Hiervoor is het nodig dat alles wordt ingezet op het organiseren van voldoende en toegankelijke psychiatrische zorg dichtbij de patiënt, ook buiten kantooruren en met erkenning van en oog voor de directe omgeving van de patiënt.

Verplichte zorg: wat kan wel en wat kan niet?

Gezondheidszorg wordt in principe op vrijwillige basis en met instemming van de betrokkene verleend. Steeds meer wordt daarbij nadruk gelegd op *matched care* en gezamenlijke besluitvorming. Kortom, de noden en behoeften van de patiënt staan centraal. Zie ook de "agenda GGZ voor gepast gebruik en transparantie" waarvan deze thema's de kern vormen. Deze principes zijn onverminderd van toepassing wanneer het gaat om mensen met een psychische aandoening en verward gedrag. De meeste mensen met psychische aandoeningen vormen nooit een gevaar voor zichzelf of anderen³. Sterker nog, zij zijn vaker zelf slachtoffer van geweld. Maar wanneer een psychische aandoening er wel toe leidt dat de betrokkene een gevaar vormt voor zichzelf of de omgeving en desondanks niet vrijwillig meewerkt aan behandeling biedt de wet (Bopz) de mogelijkheid om iemand gedwongen op te nemen, of, als het gevaar binnen de kliniek voortduurt, gedwongen te behandelen (bijvoorbeeld met medicatie). Een gedwongen opname of behandeling is een vorm van vrijheidsontneming en een erg ingrijpende ervaring voor de betrokkene. Om die reden is een dwangopname altijd een ultimum remedium en is de toepassing ervan wettelijk streng ingekaderd en omkleed met zorgvuldigheidseisen.

In de discussie over verward gedrag in de openbare ruimte zorgt een verschil tussen de verwachtingen van de samenleving en de (on)mogelijkheden van de geestelijke gezondheidszorg voor een spanningsveld. In

² De voormalige RIAGG's. Zie ook de Agenda voor transparantie en gepast gebruik van zorg GGZ, achtergrondnotitie.

³ <http://www.nwo.nl/actueel/nieuws/2012/Psychiatrische+pati%C3%ABnten+zijn+vaker+slachtoffer+dan+dader+van+geweld.html> en De Vries et al (2011) Geweld tegen psychiatrische patiënten in Nederland. MGv, 66:8-19



situaties, waarin mensen met een psychische aandoening zorgen voor overlast of agressie, is het voor de omgeving niet altijd te begrijpen waarom de GGZ niet kiest voor een gedwongen opname of behandeling en overheerst het gevoel dat “De GGZ niets doet”. Maar, het feit dat iemand verward gedrag vertoont, overlast veroorzaakt of zelfs potentieel gevaarlijk is, betekent niet dat een gedwongen opname in een psychiatrische kliniek de meest wenselijke, of juridisch mogelijke oplossing is. Niet altijd is er sprake van een directe causale relatie tussen de stoornis en het gevaar in die zin dat de stoornis (het gedrag van) de patiënt als het ware “overneemt” zodanig dat de wet BOPZ van toepassing is. Dit criterium vraagt om een professionele afweging en is moeilijk te hanteren voor naasten of betrokkenen uit de directe omgeving van de patiënt. Het behoort tot de expertise van de psychiater om dit wel op een voor leken begrijpelijke wijze uit te kunnen leggen, met inachtneming van het medisch beroepsgeheim.

Het hebben van een psychische aandoening is geen vrijbrief voor crimineel gedrag. Ook mensen met een psychische aandoening kunnen lastig en overlastgevend gedrag vertonen dat hen volledig is toe te rekenen. Een goede samenwerking tussen justitie en ggz is dan van belang om te bepalen wat de juiste interventie is en op welk moment. Hierbij heeft ieder zijn eigen rol en bevoegdheid. Psychiaters zijn bij uitstek in staat om te beoordelen of er sprake is van een situatie waarbij ingrijpen middels een gedwongen opname proportioneel, subsidiair en doelmatig is.

Psychiatrische klinieken zijn niet bedoeld voor het vasthouden van ‘lastige mensen’. Het doel van de klinische zorg is het tijdelijk bieden van een veilige omgeving en behandeling voor mensen met een psychische aandoening. Psychiatrische ziekenhuizen zijn onderdeel van de samenleving. In de kliniek werken en verblijven burgers, die ook recht op veiligheid en bescherming hebben. De wettelijke en feitelijke mogelijkheden van de ggz om gevaarlijk of crimineel gedrag te beheersen worden naar onze ervaring door politie en justitie vaak overschat. Het afwenden van gevaar in de publieke ruimte middels een opname in een psychiatrische kliniek verplaatst het probleem, maar lost het niet op en maakt het gevaar in sommige gevallen zelfs groter.

Patiënten en samenleving mogen de geneesheer-directeur aanspreken op een juiste toepassing van de Wet Bopz. Dat betekent dat gedwongen opnames niet onnodig of ondoelmatig mogen zijn en ook niet langer mogen duren dan strikt noodzakelijk is. Maar het betekent ook dat de psychiatrie zich rekenschap geeft van haar maatschappelijke verantwoordelijkheid. De psychiatrie manoeuvreert tussen enerzijds de maatschappelijke roep om veiligheid en anderzijds de maatschappelijke druk en het terechte appèl van patiënten om dwang in de psychiatrische behandeling zoveel als mogelijk te verminderen.

Samenwerking in het sociale domein: gescheiden verantwoordelijkheden, gezamenlijk belang.

Psychische aandoeningen hebben vaak consequenties op verschillende leefgebieden en vice versa. Problemen op het gebied van wonen, werken/studie en financiën zorgen voor stress en gaan veelal samen met psychische problemen. Hulpverlening op deze domeinen is primair de verantwoordelijkheid van gemeenten, waarbij samenwerking met de (gespecialiseerde) ggz op casus niveau van essentieel belang is. Dit is des te meer het geval na de decentralisatie van de langdurige woonbegeleiding voor mensen met een psychische kwetsbaarheid en de overheveling van de jeugdhulp naar het gemeentelijke domein. Vanwege de transitie vormen sociale wijkteams en centra voor jeugd en gezin belangrijke samenwerkingspartners bij het organiseren van zorg voor kwetsbare burgers. (Agenda GGZ-achtergrondnotitie, 2015, pag.12)

Ook het vóórkomen van verward gedrag in de openbare ruimte is in beginsel een maatschappelijk fenomeen, waarbij diverse actoren die behoren tot het sociale domein een verantwoordelijkheid hebben. De GGZ is hierin niet dé probleemeigenaar, maar heeft een belangrijke rol in de diagnostiek en behandeling van psychische aandoeningen, maar ook in de voorlichting hierover naar de samenwerkingspartners in het sociale domein. Psychiaters zijn dus partners in een netwerk van verschillende actoren met ieder een eigen



taak. Voor een goede samenwerking is het essentieel dat alle partijen goed op de hoogte zijn van elkaars expertise, bevoegdheden en verantwoordelijkheden, elkaars mogelijkheden en onmogelijkheden om die taak te vervullen. En dat deze partijen hierin rolvast zijn. Samenwerking rondom complexe sociaal-maatschappelijke en psychiatrische problematiek vergt voorts dat alle betrokkenen ernaar streven de andere partner zo goed mogelijk te helpen om zijn of haar taak te vervullen. Met als gezamenlijk belang de beste ondersteuning te bieden aan de burger in kwestie. Vermeden moet worden dat problemen –lees de ‘verwarde persoon’- uit onmacht of handelingsverlegenheid bij elkaar over de schutting worden geworpen. In de samenwerking in het sociale domein rondom mensen met een psychische aandoening, bijvoorbeeld in veiligheidshuizen of sociale wijkteams, zorgt het medisch beroepsgeheim nogal eens voor misverstanden. Het beroepsgeheim dient niet alleen de privacy van de individuele patiënt, maar juist ook het maatschappelijke belang van vrije toegang en vertrouwelijkheid van de gezondheidszorg voor alle burgers. Het beroepsgeheim is echter niet absoluut. Er zijn situaties waarin het beroepsgeheim doorbroken mag en kan worden, zoals bij een conflict van plichten. Ook kan veel informatie wel gedeeld worden, zonder dat daarvoor het beroepsgeheim doorbroken wordt, bijvoorbeeld door toestemming van de patiënt te verkrijgen of door in algemene termen informatie te delen.⁴

10 handvatten voor de psychiater met de voeten in de klei.

1. Stop met het gebruik van de term ‘verwarde personen’. Neem deze in gesprekken niet over van anderen maar paraphraseer dat naar personen met verward/onbegrepen/ moeilijk te hanteren gedrag.
2. Maak van elk contact gebruik om uitleg te geven over ons werk. Wees promotor van wat de GGz kan bieden en ga niet klakkeloos mee in de suggestie dat een incident ook altijd wijst op het falen van iets of iemand.
3. Houd rekening met vooroordelen jegens mensen met psychische aandoeningen, maar ook gevoelens van angst, onveiligheid of bezorgdheid van de samenleving. Hoor en wederhoor zijn belangrijke principes voor elke psychiater.
4. Wees van begin af aan helder jegens samenwerkingspartners (politie, wijkteam, woningcorporaties) over de wederzijdse verwachtingen en wees hierbij helder over de grenzen van ons vak.
5. Wees –met inachtneming van het beroepsgeheim- open en transparant naar de directe omgeving van de patiënt over wat je wel en niet doet of kan/mag doen. Zet in op een gezamenlijke oplossing waarbij je je met alle betrokkenen richt op wat er wél gedaan kan worden in plaats van benadrukken wat niet kan.
6. Betrek bij het beoordelen van een situatie niet alleen de informatie van behandelaren en ketenpartners maar sta ook open voor de ervaringen en visie van naastbetrokkenen. Leg geduldig en bij herhaling uit dat een gedwongen opname niet voor alles de oplossing is. Houdt rekening met het perspectief van de omgeving die zich vaak al lange tijd zorgen maken over overlast ervaren.
7. Leg uit wat er wél aan zorg geboden wordt, ook als er geen gedwongen opname of behandeling volgt. Maak duidelijk dat dit niet betekent dat de GGz de handen er vanaf trekt. Bedenk dat contacten vanuit FACT of bemoeizorg vaak niet zichtbaar zijn voor de omgeving.
8. Draag zorg voor een laagdrempelige bereikbaarheid van professionals met voldoende mandaat om te handelen, in ieder geval voor het steunsysteem van de patiënt.
9. Zorg dat binnen de organisatie sleutelfiguren (bijvoorbeeld de geneesheer-directeur) beschikbaar en bereikbaar zijn om in conflict- of crisissituaties snel in overleg te kunnen treden met sleutelfiguren

⁴ Zie o.a. KNMG, NVvP et al (2014) *Het beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden*. En NVvP (2013) *Handreiking beroepsgeheim & conflict van plichten*. En KNMG et al (2014) *Handreiking gegevensuitwisseling in de bemoeizorg*.



van politie, OM, gemeente en woningcorporaties. De ervaring leert dat persoonlijke contact makkelijker leidt tot een gezamenlijke oplossing met begrip voor elkaars (on)mogelijkheden.

10. Ga bij verzoeken om informatie uit van wat wel gedeeld kan en mag worden. Vraag toestemming van de patiënt. Vaak begrijpen zij goed dat samenwerking en het geven van een uitleg over hun situatie ook in hun belang kan zijn. Ook zonder in te gaan op een individuele casus kan veel informatie ten algemene worden gedeeld. Neem kennis van de relevante handreikingen op dit gebied.

Versie 1.0 dd. 27-9-2016