

Onder de oppervlakte



FA

Inhoudsopgave

Acceptatie

Een gedicht van Gisele Vranckx

[Naar gedicht >](#)

"Met Peer kunnen we echt samenwerken"

Advertorial

[Naar advertorial >](#)

Medilex, onafhankelijke nascholing voor zorgprofessionals

Advertorial

[Naar advertorial >](#)

Onder de oppervlakte

De GGZTotaal van oktober

[Naar artikel >](#)

"Je kunt alle ruimte uit een organisatie persen, maar dan gaat zo'n organisatie kapot"

Interview met Stephan Valk, bestuursvoorzitter van de Parnassia groep

[Naar artikel >](#)

Harde lessen

Bart Vuijk over veiligheid in de GGZ

[Naar artikel >](#)

Behandeluitkomsten, bron voor kwaliteitsbeleid in de GGZ

Recensie Johan Atsma

[Naar recensie >](#)

Misdaad en straf? Of ziek en therapie?

Jeannet Appelo over forensische psychiatrie

[Naar artikel >](#)

"Ze zien in mij ook dat boefje"

Ervaringsdeskundige Danny Jacksteit streeft naar goede samenwerking met behandelaars

[Naar artikel >](#)

"Aan het einde van de dag sturen we een berichtje dat we veilig op weg naar huis zijn"

Drie verpleegkundigen in de forensische psychiatrie over hun werk

[Naar artikel >](#)

Op de stoel van de forensisch verpleegkundige

Els Kuiper over haar vak

[Naar artikel >](#)

Forensische Psychiatrie

XL

Onder de oppervlakte

De GGZTotaal van oktober

Eigenlijk wilden we dit magazine de titel 'achter de schermen' meegeven. Dat is immers wat we wilden laten zien, wat zich achter die schermen afspeelt. Wat gebeurt daar wat we niet weten, maar wat wel invloed heeft? Hoe zit dat precies in elkaar? En is het terecht dat het achter de schermen gebeurt, of hoort het eigenlijk in het openbaar te gebeuren?

Naarmate het magazine zijn voltooiing naderde, bekwam ons het gevoel dat 'achter de schermen' misplaatst was. Achter de schermen gebeuren dingen die bewust en jarenlang niet in de openbaarheid komen, zonder ooit achter de schermen vandaan te komen. Toneelspelers schminken zich achter de schermen, iedereen weet dat en het moet ook vooral zo blijven. Politici overleggen achter de schermen, ook dat weet iedereen en in de meeste gevallen is ook dat verstandig. Het zal in ieder geval niet snel veranderen.

Wat er achter de schermen gebeurt, is algemeen bekend. In ieder geval voor die mensen die zich achter die schermen bevinden.

Vandaar dat we kozen voor 'Onder de oppervlakte', in plaats van 'Achter de schermen'. Toegegeven, een nuanceverschil, maar toch. 'Onder de oppervlakte' heeft meer de suggestie van iets dat broeit, dat kan uitbarsten, of in ieder geval naar boven gaat komen. Veenbranden woeden onder de oppervlakte, conflicten spelen zich onder de oppervlakte af, onder de oppervlakte zitten dingen die voor vrijwel iederéén verborgen zitten.


Het meest duidelijk is dat in de casus in het artikel 'Harde Lessen', waar Bart Vuijk over schrijft. Een suicide, gevolgd door werknemers die massaal met ontslag gaan. Na onderzoek blijkt de teamcultuur het uiteindelijke probleem. Dat probleem speelt zich niet achter de schermen af, maar onder de oppervlakte.

Ook in de forensische psychiatrie speelt veel onder de oppervlakte. Mensen plegen delicten vaak uit eigenbelang. Maar vaak blijkt er wat anders mee te spelen: een Licht Verstandelijke Beperking, of een psychiatrische stoornis. Die zie je niet onmiddellijk, maar is er wel degelijk. Alleen, inderdaad, onder de oppervlakte.

Ons eerste artikel is een interview met de bestuursvoorzitter van de Parnassia Groep, Stephan Valk. Het is het eerste interview in een serie van negen, waarin mensen aan het woord komen, die volgens ons veel invloed in de GGZ hebben en die (nog steeds volgens ons) best iets vaker in de media hun visie mogen uitleggen.

De bureaucratie waar Stephan Valk over spreekt, en waar we in de GGZ zo'n last van hebben, is ook zo'n dingetje waarvan de oorzaak onder de oppervlakte speelt. Iedereen wil er van af, zorgverzekeraars inclusief. Tenminste, het lijkt toch onwaarschijnlijk dat betrokkenen achter de schermen iets regelen om al die administratie vooral in stand te houden. Maar welk fenomeen speelt zich dan onder de oppervlakte af waardoor al dat papierwerk blijft bestaan?

Wie het weet mag het zeggen. ●



“Je kunt alle ruimte uit een organisatie persen, maar dan gaat zo’n organisatie kapot”

Interview met Stephan Valk,
bestuursvoorzitter van de Parnassia Groep

Willem Gotink

“In die vier jaar van mijn opleiding heb ik meer geleerd dan in de rest van mijn leven. In de omgang met moeilijke mensen, wat het met jezelf doet, hoe je met je eigen angst omgaat... Dat heb ik nooit ergens anders geleerd.” Dat is het antwoord van Stephan Valk op de vraag of hij nog een boodschap heeft voor mensen die tegenwoordig beginnen met de opleiding voor Psychiatrisch Verpleegkundige. Stephan Valk volgde zelf de HEAO, werd daarna Psychiatrisch Verpleegkundige en ging toen toch verder voor registeraccountant. Tegenwoordig is hij bestuursvoorzitter van de Parnassia Groep. Desondanks vindt hij Psychiatrisch Verpleegkundige “het mooiste beroep van de wereld.”

De Parnassia-groep is de grootste GGZ-instelling van Nederland. Grote instellingen hebben voor- en nadelen: veel managementlagen, veel overleg, trage besluitvorming. Tegelijkertijd is er misschien door de grootschaligheid voordeel te behalen. Wat weegt zwaarder?

“Even de geschiedenis”. Die zinsnede zal vaker terugkomen tijdens het gesprek. “Twintig jaar geleden had je zeven instellingen in Den Haag. Die gingen samen in Parnassia. We vonden dat we dat op een andere manier moesten organiseren, met als leidmotief een betere patiëntenzorg. We zijn toen gaan specialiseren: ouderenpsychiatrie, zorg voor depressies, psychoses... We zijn middelen en mensen daar omheen gaan bundelen.

Die specialisaties waren best succesvol, maar de teams waren te klein, soms maar twee psychiaters met hun team. Als één van de specialisten zou vertrekken was er eigenlijk geen specialisatie meer.

Ook wilde we mensen meer aanspreken op hun psychiatrische probleem en de mogelijkheid tot herstel. Daarom hebben we een tweede naam geïntroduceerd: PsyQ.

We hadden meer schaalgrootte nodig. Daarom zijn we andere instellingen gaan benaderen om die programma’s met ons samen te gaan aanbieden en ervoor te zorgen dat de nieuwste inzichten ook daadwerkelijk in de behandelkamer terecht komen. We vonden drie andere instellingen die met ons PsyQ in Nederland wilde vormgeven: Lentis, Mondriaan en RIAGG-Zuid. Iets dergelijks is gebeurd met de activiteiten rondom de huisarts en de basis GGZ. Daar bundelen we de kennis binnen de organisatie Indigo. Het gaat over kennisdelen, zorgen dat nieuwe ontwikkelingen sneller bij elkaar komen en vooral sneller in de afdelingen worden doorgevoerd. Zodat patiënten altijd de beste behandelingen krijgen. Dat is het ene verhaal. Een andere beweging was dat andere instellingen in het land mee wilden doen: Brijder, Dijk en Duin, Bavo-Europoort... Wij hebben steeds gezegd: als het helpt om het specialisme te versterken, dan is het goed. Als het geen inhoudelijke meerwaarde heeft, gaan we deze aansluiting niet doen.

De economische voordelen van de schaalgrootte zijn er ook, maar dat is nooit de reden geweest om te fuseren. Het is altijd een inhoudelijke reden geweest.”

Wegen de voordelen tegen de nadelen op? Ik hoor ook mensen, die verdwalen in de instelling, die het idee hebben dat ze geen grip meer hebben op wat er gebeurt. 9000 collega's is nou eenmaal lastiger te overzien dan 500. Die ken je allemaal.

“Wat we proberen is het lokaal en regionaal kleinschalig te organiseren. We zitten in heel veel huisartsenpraktijken, in wijkteams in de stad, we hebben poliklinieken die behapbaar zijn, waar mensen in hun eigen team werken. Tegelijkertijd doen we een aantal dingen gezamenlijk: we hebben maar één contract met de banken, we hebben maar één contract met verzekeraars, we hebben maar één ICT systeem. Als we gewoon klein waren gebleven, hadden we dat acht keer moeten doen. Die schaalvoordelen zijn evident. Maar ook inhoudelijk moet je zorgen dat er voldoende schaalvoordelen zijn: specialistengroepen, opleiding, onderzoek. Als je dat verwaarloost, dan heb je niets aan die schaalvoordelen. Wij hebben daar onze Academie voor om die kennis en kunde te bundelen.”

"We zijn er nog lang niet, je hebt elke dag wat te leren, maar ik denk dat we op de goede weg zijn."

“De reden dat mensen verdwalen is dat we in een grote stelsel discussie zitten. We moeten contracten afsluiten met gemeenten, niet meer met één zorgkantoor, maar met zeven verzekeraars, met het ministerie van justitie. Die leggen allemaal hun eigen regels op. Dan krijg je vanzelf een vervreemdend effect bij hulpverleners en trouwens ook bij mezelf. Andere, kleinere, instellingen hebben dezelfde problemen.”

“Wij hebben nooit de ambitie gehad dat je iedereen moet kennen. Je moet zorgen dat het lokaal helder is. De mensen met wie je samenwerkt, die moet je kennen. Moet je bijvoorbeeld in Rotterdam je collega in Utrecht kennen? Helpt dat voor je werk? Nee? Dat hoeft dus ook niet. Maar we hebben een aantal platforms, die gaan over die sectoren heen. Dus als jij in Den Haag werkt, of in Rotterdam, kan je met die collega's via een digitaal portaal makkelijker in contact komen dan voorheen. De mogelijkheid om kennis te delen is toegenomen. Natuurlijk vraag ik me ook wel eens af bij wie ik moet zijn. Maar als ik heel eerlijk ben, wist ik dat vroeger ook niet altijd.”

“Vroeger waren er instituten, die hadden op het terrein een aantal paviljoens staan, die wisten vaak ook niks van elkaar. Ze hadden ieder hun eigen in- en exclusiecriteria, dus als de patiënt niet aan de criteria voldeed, kwam hij geen enkel paviljoen in. Ik weet ook van voormalige RIAGG's, waar drie etages waren, met verschillende afdelingen, waar mensen weigerden met elkaar samen te werken. En waar mensen niet wisten wat er bij elkaar gebeurde.”

“Ik zie natuurlijk niet alle problemen. Maar ik hoef ook niet alles op te lossen. Daarvoor zit in elke regio een directeur, die de problemen in die regio oplost. Daar moet ik me ook helemaal niet mee

bemoeien, dan gaat het helemaal verkeerd. We hebben verschillende rollen. Waar ze voor bij mij moeten zijn, is als ze vinden dat ik te weinig doe aan bijvoorbeeld de regels die de landelijke overheid en verzekeraars opleggen.”

“Wat belangrijk is, is dat ieder team zijn eigen verantwoordelijkheid en regelruimte heeft en dat dat helder is. En als dat team er niet uitkomt, moet je een directe lijn hebben naar iemand die dat team kan helpen om de problemen op te lossen waar jij als team echt niet uit kan komen, bijvoorbeeld omdat er onenigheid tussen twee teams is of omdat het op een ander niveau ligt. Dat is het idee. We zijn er nog lang niet, je hebt elke dag wat te leren, maar ik denk dat we op de goede weg zijn.”

In 2013 claimde je dat de prijs per patiënt met 24% gedaald was. Volgens Minister Schippers en het CBS krijgt de GGZ er elk jaar geld bij. Wordt het geld verkeerd gebruikt?

“Ook hiervoor moet je terug in de tijd kijken. Tot 2012 is de GGZ elk jaar aanzienlijk gegroeid. Er was veel vraag die we niet beantwoordde: er waren wachtlijsten, er waren veel zware patiënten die op straat zwierven. Iedereen is vergeten dat we met de eerste programma's die we in 2008 hadden, allemaal mensen hebben gehuisvest die toen op straat zwierven. Dat waren dure beschermde woonvormen. Dit is het grootste deel van de kostenstijging. Gelukkig hebben we ook veel meer mensen geholpen in die jaren. Daarna zijn de bestuurlijke akkoorden met de minister afgesloten en is de kostenstijging van de GGZ gigantisch begrenst. De sector mag per jaar maar 1% groeien. De somatische zorg mag 3 á 4 procent groeien. Onze kostenstijging is dus veel minder dan de rest. Het geld dat we overhielden is ook echt naar GGZ-werk gegaan. We zijn op onderdelen gekrompen, op andere gegroeid, zoals autisme en persoonlijkheidsstoornissen. De klinieken hebben we voor een belangrijk deel afgebouwd.”

Is er ook meer geld gegaan naar management?

“Nee. We hebben de afgelopen jaren ongeveer 30% op indirecte kosten bezuinigd. We waren al aan het bezuinigen op management, maar dat is de afgelopen jaren nog veel meer gedaan. We zijn platter geworden. Vroeger had je een teamleider, een afdelingshoofd, een sectormanager, een directeur. We hebben al die lagen in elkaar geschoven. Een team heeft alleen nog maar een afdelingsmanager als ze een kliniek heeft, voor de rest geven al die directeurs leiding aan 13 á 14 teams. Het zijn er echt veel minder geworden.”

“Waar we wel veel meer geld aan moeten uitgeven is het managen van al die verschillende contracten. Dat is een explosie aan administratie geweest. Vroeger hadden we per regio één persoon die de contracten met de zorgkantoren deden. We hebben er nu twaalf voor gemeenten, verzekeraars, Justitie en nog steeds de drie zorgkantoren. En dat voor minder geld dan voorheen. En dat zijn alleen nog maar de mensen die naar de buitenwereld gaan, intern is het nog veel ingewikkelder. En ondanks die explosie aan administratie zijn we in kosten gezakt.”

De administratie, de bureaucratie, er wordt ontzettend over geklaagd. Er wordt vooral gewezen naar de overheid en de verzekeraars. Is de GGZ zelf ook iets te verwijten? Teveel overlegstructuren, matige ICT-ondersteuning, dat soort dingen?

“Er is altijd ruimte in een organisatie. Dat heet adem en dat heb je nodig om te ontwikkelen en nieuwe dingen te doen. Dat kun je uitpersen, maar dan gaat zo'n organisatie kapot. In het verleden waren er multidisciplinaire overleggen, waar het hele team over alle patiënten meepraatte. Dat is al lang niet meer het geval. Er is heel vaak bilateraal overleg. Je hebt natuurlijk wel overleg nodig om te weten waar je zit. Professionals willen overal bij betrokken worden, en je moet ook feedback kunnen geven. We dromen nog over een nieuw EPD. De techniek loopt altijd harder dan je kan bijbenen. Dat is niet anders.”

“We doen al jaren effectmetingen: de effecten van ons werk zijn goed en indrukwekkend, je ziet dat de kosten per patiënt omlaag gaan, de tevredenheid van patiënten gaat omhoog, op al die parameters doen we het steeds beter. Behalve de tevredenheid van de medewerkers: die zuchten onder de administratieve lasten, onder die bureaucratie. GGZ-Nederland heeft het laten onderzoeken: in de GGZ wordt 500 miljoen uitgegeven aan onnodige administratieve lasten. Een tiende van het budget. Dat gaat over het afsluiten van contracten, eisen van de inspectie, brandweer, toezichthouders, de hele rataplan bij elkaar. Dat moet echt anders.

Dat is de crisis in de GGZ: dat je 10% van je inkomsten weggooit aan onnodige bureaucratie. Ik zeg vaak tegen verzekeraars: we hebben drie bestuurders. Als die regels er niet waren, kun je er één naar huis sturen.”



Toch stelt een organisatie als BuurtzorgT dat ze vrijwel zonder management kan werken en vrijwel geen bureaucratie heeft door geen contracten met de verzekeraars af te sluiten. Dat scheelt 20% in de kosten. De reguliere GGZ zou niet onder die contracten uitkunnen.

“Onze teams die dat soort werk leveren, functioneren op dezelfde manier, in de wijkteams, die hebben die bureaucratie ook niet. De complexe problemen liggen bij de patiënten die tussen de ene en de andere afdeling op en neer gaan. Die klinisch moeten worden opgenomen. Dan krijg je er heel veel lasten bij. Met inspectie, controle op dwangmaatregelen, registratieformulieren. Dan wordt het allemaal ingewikkelder.

Vrijgevestigden hebben datzelfde. Die hoeven niets te regelen met regiebehandelaarschap, want dat zijn ze zelf. Eigen dossier, klaar. Hun werk is wat dat betreft eenvoudiger. Als je 24-uurszorg moet leveren, of als je bij een Fact-team van crisis naar crisis moet lopen, dan wordt het allemaal veel ingewikkelder dan bij mensen die keurig op hun afspraak komen. Mensen die niet in een vakje passen, daar moeten we wel iets voor regelen. Je kan niet iemand de regio uit sturen.”

“Het contract met de verzekeraars opzeggen is geen optie. Theoretisch zou dat kunnen, maar dan kan je het stelsel in Nederland weggooien. De verzekeraars en wij zitten aan elkaar vast. Je zit sowieso al met de gedwongen zorg, dat is geen markt. En als je de ingewikkeldste patiënten niet in behandeling neemt, dan kan ik het misschien ook wel voor die 80%.

Wat het voor BuurtzorgT ook makkelijker maakt, is dat zij opnieuw zijn begonnen. Wij moeten ontwikkelen met de winkel open. Maar we moeten wel blijven kijken of we dingen van BuurtzorgT kunnen leren.”

Je bent begonnen als B-verpleegkundige, hebt de hele opleiding gedaan. Heb je nog iets aan die kennis?

“Daar heb ik heel veel aan. Mensen hoeven mij niet uit te leggen dat het soms heel griezelig is om op een opname-afdeling te werken. Dat je je niet altijd veilig voelt, dat er extra personeel moet zijn. Je kan ook niet meer de drive weghalen dat het beter kan als het systeem in Nederland een beetje helpt. Ik kom net van VWS af, ik zie dingen die beleidsmatig ingezet worden, die in de praktijk niet werken. Dat had ik niet gekund als ik alleen maar registeraccountant was geweest. Nooit met dezelfde verbindingen. Het is een combi van professionele en ervaringskennis. Het is als ervaringsdeskundigen versus professionals. Ervaringsdeskundigen weten regelmatig veel beter wat belangrijk is in de verbinding met de patient. Ik ben ervaringsdeskundige op het gebied van het beroep van verpleegkundige.

De inhoud is wel veranderd. Je moet mij niet meer direct op een opname-afdeling laten werken, dat lijkt me niet verstandig. Er is veel veranderd. Als ik zie met hoeveel kennis en kunde zo'n opnameteam de begeleiding doet van ernstig psychotische mensen, dan denk ik: 'Dat had ik wel willen weten toen ik daar rondliep'. Ze zijn veel beter in staat om de de-escaleren, om eerder in te

grijpen. Dat probeerden wij ook wel, maar we hadden er minder methodes voor. De kennis van het vak is de afgelopen 20 jaar heel erg gestegen. Dat is mooi om te zien.”

“De meeste van onze managers hebben een verpleegkundige achtergrond. Die krijgen een opleiding in bedrijfsvoering. Maar de binding met het vak is essentieel. Een klein deel van de managers komen van buiten de GGZ. Die hebben een economische of financiële opleiding. Die brengen hun nieuwe inzichten in. Ons soort organisaties moet wegblijven van alleen maar bestuurders die geen verstand hebben van de inhoud. Maar alleen verpleegkundigen of artsen zou ook niet goed zijn.

De meeste instellingen hebben een duaal leiderschap of bestuur. Ik denk dat dat echt een zegen is. Je moet het met elkaar doen.”

Ik las dat je vroeger ook fanatiek PPR-aanhanger was. Speelt dat mee in dit werk?

Diepe zucht. “Dat is wel héél lang geleden, hoor!” “Ik ben katholieke opgevoed en wij leerden dat als je het goed hebt en je de kennis en kunde hebt, dat je je dan inzet voor de zwakkeren in de samenleving. Maar of dat nou links of rechts is, dat maakt volgens mij niet uit. Als je een goede liberaal bent, loop je ook niet om de problemen in de samenleving heen. Het is meer hoe je er als mens in zit.”

Er wordt een groot personeelstekort verwacht. Hoe gaat de Parnassia Groep daar op inspelen?

“We hebben momenteel 5000 vacatures in de sector, de Parnassia Groep 300. Het gaat vooral om regiebehandelaren en verpleegkundigen. Als we dat willen oplossen, moeten er echt dingen in de arbeidsmarkt anders.

Ten eerste moet het beroep van verpleegkundige een aantrekkelijk beroep blijven. Dan hebben we het over geld, werkdruk, status. Ik las in de krant dat een gemiddelde docent 600 euro meer verdient dan een verpleegkundige. En je weet hoe die (terecht) protesteren. Maar ook schijnen veel mensen van Turkse of Marokkaanse komaf liever voor dokters- of apothekersassistent te kiezen, omdat verpleegkundige in hun ogen nog een wat onduidelijke status heeft. We zullen er alles aan moeten doen om die beelden te verbeteren. Te laten zien wat een prachtig beroep het is. Het vertrouwen in Professionals moet terug, zodat ze willen blijven en komen werken in de zorg.

Daarnaast hoop ik dat de technologie ons kansen geeft. Beeldbellen, e-health. Als we nu gemiddeld vijftien gesprekken hebben, en we kunnen er drie vervangen door e-health, dan heb je zo een besparing aan in te zetten tijd van 20%, zonder afbreuk te doen aan de

kwaliteit. Maar ook bij crisissen: mensen raken vaak buiten kantoortijden in crisis, omdat ze geen contact hebben. Als je angstig bent en de mogelijkheid hebt om te bellen, dat helpt gewoon. Dan moet er natuurlijk wel iemand komen die er ook verstand van heeft.

Een ander probleem waar ik me tegen de NZa druk over maak is dat HBO-psychologen geen tijd mogen schrijven in de DBC's. Een maatschappelijk werker mag dat wel, een HBO-psycholoog niet. We hebben 140 van die mensen aan het werk. Maar ze staan niet in de beroepentabel. En in plaats dat er gedacht wordt 'hé, personeelstekort...' Dat is nou bureaucratie.”

"Het vertrouwen in Professionals moet terug, zodat ze willen blijven en komen werken in de zorg."

“We doen veel aan scholing, we zijn een gigantische opleidingsinstituut. Er komen een paar duizend mensen per jaar een opleiding doen. Dat willen we echt boven tafel proberen te houden. Maar: een deel krijgen we vergoed, een deel is altijd door de zorgverzekeraars betaald. Dat hebben ze ook altijd gedaan. Maar gemeentes vragen zich soms af waarom ze aan wetenschappelijk onderzoek-opleidingen zouden moeten bijbetalen. De grote doen dat ook wel, maar de kleinere zien dat veel minder zitten.”

“Psychologen zijn er ruim voldoende. Maar de overheid heeft jarenlang een plafond ingesteld voor medisch specialisten. Nu is er zo'n schaarste aan psychiaters dat je zelfs ook diegenen die slecht functioneren vast moet houden bij gebrek aan beter. Bij accountants heeft de overheid dat plafond opgeheven. Het aantal accountants steeg, de prijs daalde. Gewoon een kwestie van vraag en aanbod. Ik zou er standaard 20% teveel opleiden.

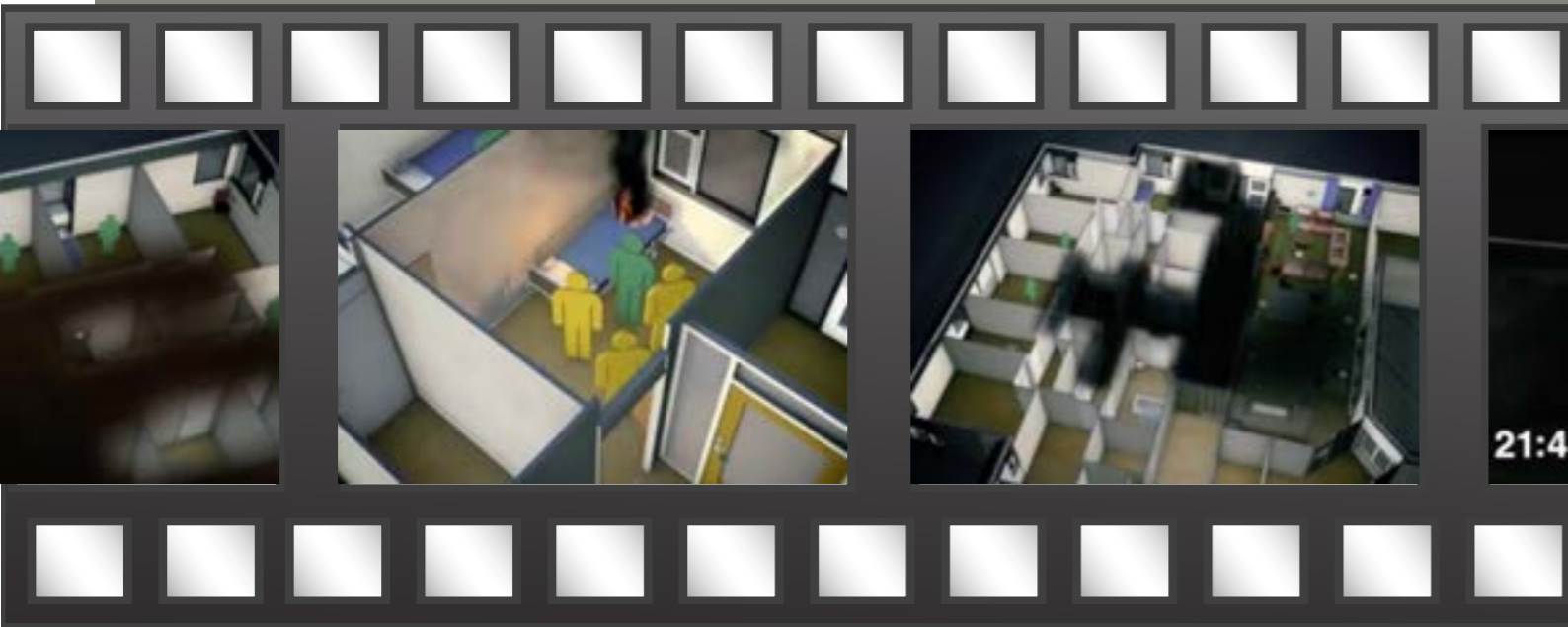
We hadden ook mensen aan het werk die net te laag waren opgeleid. We hadden ze kunnen houden en een aanvullende opleiding geven, maar ze stonden niet in de beroepentabel, dus werd het werk dat ze deden niet vergoed en moesten we ze ontslaan.”

Het is vlak na Prinsjesdag. Wat zou je willen van het nieuwe kabinet?

Ik heb maar één wens: geef vertrouwen aan de sector. Haal 5%-10% van de regels van ons af. Er zijn heel veel regels, en dat is prima, niet elke regel is onzinnig, maar geef de instellingen iets meer ruimte. Als ze 95% registreren, vertrouw dan op de professionaliteit van die instelling voor die andere 5%. Dan ben je het gros van de bureaucratie kwijt. ●

Harde lessen *over veiligheid in de GGZ*

van Bart Vuijk



Goed bewaakte protocollen in de GGZ geven geen garantie dat er nooit calamiteiten kunnen gebeuren. Die vinden plaats in of buiten een instelling, met als primaire slachtoffer meestal een cliënt, een GGZ-medewerker of een familielid. Incidenten gebeuren, en er moet steeds weer van geleerd worden om toekomstig onheil te voorkomen.

In het boek *'Veiligheid in de GGZ, leren van incidenten en calamiteiten'* van Alette Kleinsman en Nico Kaptein worden dertien incidenten en calamiteiten op een rij gezet, geanalyseerd en besproken. De lessen in het boek zijn waardevol voor de hele GGZ. Het boek is zeer toegankelijk opgeschreven, zodat niet alleen professionals in de GGZ hier wat van kunnen opsteken. Het is de hoop van de auteurs dat hun boek wordt gebruikt om de patiëntveiligheid in de hele GGZ waar mogelijk te verbeteren.

De casussen in het boek zijn allemaal gebaseerd op ware gebeurtenissen, maar wel een beetje veranderd om herkenning van de betrokkenen

te voorkomen. Op één incident na: de brand bij GGZ Rivierduinen in 2011. In een gesloten kliniek in Oegstgeest vonden drie oudere en invalide patiënten de dood als gevolg van een grote brand. Ze konden niet op tijd door de hulpverleners en de brandweer worden gered. Een gebeurtenis die zes jaar later nog traumatisch is voor menig betrokkene. Schrale troost: er zijn zoveel onderzoeksrapporten over deze brand gepubliceerd, dat er genoeg lessen uit kunnen worden getrokken voor de hele GGZ. Al die rapporten zijn overigens eensgezind over één ding: er zijn geen grote fouten gemaakt bij Rivierduinen, en alle protocollen waren netjes gevolgd. Hoe zo'n enorme ramp dan toch had kunnen gebeuren? Dat is een vraag die in het boek minder belangrijk is dan het antwoord op deze vraag: Wat kunnen we doen om de kans op herhaling van iets dergelijks zo klein mogelijk te maken?

Dit analyseren en trekken van lessen uit calamiteiten is het dagelijks werk van Nico Kaptein (1969), die als manager van de afdeling Onderzoek en Advies van het COT Instituut voor Veiligheid en Crisismanagement verantwoordelijk is voor tientallen calamiteitenonderzoeken per jaar. Regelmatig onderzoekt het COT ook gebeurtenissen in de GGZ. Alette Kleinsman (1960) is psychiater, zij werkt bij GGZ Breburg als directeur behandeling. In haar loopbaan werkte zij mee aan diverse incidenten- en calamiteitenonderzoeken. Haar interesse voor het onderwerp kwam voort uit een persoonlijke ervaring: zij was als behandelaar betrokken bij een calamiteit. Om de hele GGZ te laten profiteren van de lessen die zij beiden uit alle rampspoed hebben getrokken, hebben zij dertien ingrijpende voorvallen in de GGZ geselecteerd om aan te geven wat de belangrijkste lessen zijn geweest die bij al die ellende aan het licht is gekomen.

Dertien casussen

De dertien casussen zijn net zo verschillend als ingrijpend. Patiënten die een moord plegen. Patiënten die zelfmoord plegen. GGZ-hulpverleners die soms wel, en soms net niet op tijd zijn om onheil te voorkomen. Mishandeling, seksueel grensoverschrijdend gedrag. En de achtergrond daarvan. Het boek gaat over betrokken hulpverleners die soms last hebben van een cultuur op de werkvloer die hen verhindert om zich uit te spreken over misstanden, waardoor ongelukken sneller kunnen gebeuren. Maar ook over net zulke betrokken

hulpverleners die hun 'niet pluis-gevoel' volgen, en dwars door alle protocollen heen een risico durven te nemen om een ramp te voorkomen.

De casussen in het boek zijn vanuit allemaal verschillende gezichtspunten beschreven. Soms vanuit een patiënt of een hulpverlener, soms vanuit het gezichtspunt van een voorzitter van een raad van bestuur, een familielid en eenmaal zelfs een wethouder. Door die vertelwijze wordt ook duidelijk hoe de verschillende betrokkenen bij een incident het gebeurde hebben ervaren.

Zo ontstaat tevens als vanzelf aandacht voor de zogeheten 'second victims', een vaak vergeten groep betrokkenen die ongezien en ongemerkt ook slachtoffer zijn van een incident. Zoals een hulpverlener die net te laat was, een familielid die een naaste heeft verloren tijdens een incident, of een Raad van Bestuur-voorzitter die na jaren nog wordt gezien als 'de bestuurder van de ramp'.

Casus : een ramp na een ramp

Casus: Een ramp na een ramp

Een van de voorbeelden gaat over Monique, die de GGZ na een ernstig incident heeft verlaten en nu in een kledingwinkel werkt. Ze kreeg de schuld van dat incident: een suïcidale patiënt had zichzelf voor de trein gegooid. Net voordat ze strafontslag zou krijgen, vertrok ze zelf.

De Raad van Bestuur van de betreffende instelling was op zoek naar een schuldige. Die vonden ze snel: een verpleegkundige die zich niet aan een protocol had gehouden. Wat de Raad van Bestuur verzuimde te onderkennen, was dat er sprake was van een scheefgegroeide cultuur op de afdeling. Er was een psychiater met wie de verpleging het niet goed kon vinden, die ook duidelijk te kennen gaf niet lastig gevallen te willen worden. Daardoor namen de verpleegkundigen in toenemende mate beslissingen die eigenlijk nooit op hun bord hadden mogen belanden.

Zoals de beslissing om een suïcidale patiënt in weerwil van duidelijke signalen niet naar de psychiater te sturen. 's Nachts wierp hij zichzelf voor de trein. Iedereen in shock. Monique, die hem het laatst had gezien, had verzuimd de psychiater erbij te roepen. Zondebok gevonden. Monique hing ontslag boven het hoofd. Maar dat heeft ze niet afgewacht.

Na de eerste ramp, volgde nog een tweede. De hele afdeling voelde zich niet veilig meer in de cultuur die de Raad van Bestuur hier had laten ontstaan.

De helft van de medewerkers vertrok kort na Monique. Betrokken zorgverleners, die elke instelling graag voor de zorg had behouden.

Te weinig werd hier samen met het team het incident onderzocht, geanalyseerd en te weinig werd de focus op verbeteringen gelegd. In het onderzoek achteraf werd alleen gezocht naar een schuldige, en de cultuur op de afdeling werd naderhand niet veranderd. De Raad van Bestuur vond het imago van de instelling belangrijker dan de gang van zaken op de afdeling. Geen wonder dat de helft van de medewerkers zich er niet meer thuis voelde.

Casus: Een levensreddend stapje extra

Een patiënt is al bezig de treintijden op te zoeken om een eind aan haar leven te maken, als ze een totaal onverwacht telefoontje krijgt van een eerstelijns GZ-psycholoog waar ze eigenlijk al uitbehandeld is. Haar 750 minuten zaten erop. Het telefoontje blijkt levensreddend. Zonder het telefoontje van de GZ-psycholoog, die een duidelijk 'niet plus-gevoel' had, had de vrouw hoogstwaarschijnlijk een eind aan haar leven gemaakt.

Dit lijkt een vreemde casus in een boek dat verder vol staat met voorbeelden hoe protocollen, onderzoeksmethoden en werkculturen kunnen worden verbeterd. Hier is namelijk iemand bewust buiten alle protocollen om een patiënt gaan bellen. Die stond al een tijdlang op een wachtlijst voor gespecialiseerde GGZ, maar dat duurde domweg

Casus : een levensreddend stapje extra



te lang. Eigenlijk had de eerstelijns GZ-psycholoog deze patiënte helemaal niet in behandeling moeten nemen, maar ook daar overschreed ze een protocol: ze dacht - waarschijnlijk terecht - dat er geen moment te verliezen was. De behandeling moest zo snel mogelijk worden gestart.

Intuïtie bij een professional die een stap extra durft te zetten. Dat komt gelukkig nog voor in de zorg en in de GGZ. 'Speak up' wordt dat in het boek genoemd. De betreffende GZ-psycholoog liet de bureaucratie even voor wat die was, om een cliënte te helpen. Hoewel ze direct al inschatte dat de toegemeten uren van de basis-GGZ nooit voldoende zouden zijn, liet deze hulpverlener de patiënte toch komen. Want zij voelde aan dat de tijd drong.

Probleem was wel dat de behandelingen in de basis-GGZ een beperkte duur hebben. En toen het was afgelopen, werd de patiënte doorverwezen, waarmee alles protocollair keurig in orde was. Maar er bleef iets knagen bij deze professional. „Zij

bleef achter met een verontrust gevoel dat ze niet van zich af kon zetten. Ze besloot haar gevoel te volgen en de ongebruikelijke stap te nemen om de patiënte op te bellen. Ze gebruikte haar intuïtie en controleerde toch nog even hoe het met de patiënte was. Dat bleek levensreddend”, vermeldt het boek over deze casus.

„Elke patiënt hoopt een hulpverlener tegen te komen die zo achter hem of haar staat. Die daadwerkelijk persoonlijke betrokkenheid laat zien, boven alle richtlijnen en formele eisen uit”, vervolgt de auteurs.

Speak Up is dus een zeer belangrijk instrument, betogen ze hiermee. Ook binnen teams moeten hulpverleners zich tegenover elkaar niet inhouden, elkaar aanspreken en met elkaar de cultuur verbeteren.

"De zorg wordt niet veiliger door alleen een protocol"



„De zorg wordt niet veiliger door alleen een protocol”

Nico Kaptein en Alette Kleinsman leggen graag uit waarom ze dit boek hebben geschreven. Eigenlijk wilden ze een boek maken met vijftien calamiteiten, maar de teller bleef steken op dertien - het ongeluksgetal. Dat is toeval.

Alette Kleinsman: „Met de uitgever kwamen we overeen om vijftien casussen te behandelen. Toen wij op dertien waren, vonden we dat het gekunsteld aan zou doen om er nog twee bij te halen. Het verhaal dat wij willen vertellen, was wel verteld in deze casuïstiek.”

Nico Kaptein: „Wij halen deze casussen allebei uit onze jarenlange praktijk. Een aantal veel voorkomende incidenten is door het boek wel afgedekt. Het is overigens geen hard begrensd domein. We hebben in het boek keuzes moeten maken. De dertien casussen in het boek waren voldoende om de manier van denken die wij willen overbrengen, voor het voetlicht te brengen.”

Zijn er meer calamiteiten dan vroeger?

Alette Kleinsman: „Ik zou het niet weten. Misschien lijkt het meer, omdat ze vaker worden gemeld. Een betere veiligheidscultuur leidt ook tot meer meldingen, en dat is alleen maar goed en leidt tot een betere zorg.”

Het niet-pluis gevoel speelt in enkele casussen een belangrijke rol. Het is soms belangrijker dan verbetering van protocollen. Wat is dat niet pluis-gevoel precies?

Alette Kleinsman: „Regels zijn enerzijds bedoeld om de zorg veiliger te maken. Maar de zorg wordt niet veiliger door alleen een protocol. Dat moet je ook goed gebruiken. Anders heb je er niks aan. De achtergrond van regels moet duidelijk zijn, anders is het een loos iets. Wij betogen dat in een veiligheids-cultuur mensen zelf blijven nadenken. Dat zij het aangeven als ze iets zien wat niet klopt. Dat is de essentie van het niet-pluis gevoel.

Vervolgens blijkt meestal dat er wel degelijke rationale argumenten bij te halen zijn: intuïtie is

wel degelijk ergens op gebaseerd.”

Nico Kaptein: „In het verlengde van wat Alette zegt, is zo'n niet pluis-gevoel in ieder geval aanleiding om het er niet zomaar bij te laten. Je weet niet altijd wat je moet doen, maar spreek je in ieder geval uit. Je moet dat gevoel minstens met iemand bespreken. Er kan ook uitkomen dat je niets extra hoeft te doen. Maar mensen moeten zich er bewust van zijn.”

Het boek geeft aandacht aan een vaak vergeten groep: de second victims. Mensen die een calamiteit van nabij hebben meegemaakt, en zich er misschien schuldig over voelen.

Alette Kleinsman: „Ja, die aandacht kan beter. In de somatische gezondheidszorg is dit ook een punt dat in toenemende mate aandacht krijgt. Om die reden worden steeds meer peer support-teams opgezet. In de GGZ hebben medewerkers regelmatig met suicides te maken. Na zo'n ingrijpend incident is nu iedereen wel gewend om ook aan de medewerkers achteraf te vragen: hoe is het nou met jullie? De hulpverleners die met het incident te maken krijgen, zijn ook vaak de mensen die naderhand afhaken. Het helpt dan ook niet als een onderzoek zich focust op schuld. Ons boek gaat over iets anders: hoe maak je het nou veiliger. Het biedt hopelijk tegenwicht aan de helaas nog vaak voorkomende vraag om een schuldige aan te wijzen.”

In het boek wordt opgemerkt dat de GGZ minder dwang en drang toepast dan vroeger. Geeft dat meer veiligheidsrisico's?

Alette Kleinsman: „Ik denk zelf van niet. Op gesloten afdelingen werd in het verleden veel dwang toegepast. Dat is veel minder geworden, maar dat vraagt dat je meer nadenkt over de risico's. Het zou best kunnen dat het effect juist is dat er minder snel risico's ontstaan.”

De GGZ krijgt minder geld, minder personeel. Brengt dat meer veiligheidsrisico's met zich mee?

Nico Kaptein: „Het is moeilijk daar een algemene uitspraak over te doen. In het algemeen is een gebrek aan capaciteit of aan kwalitatief personeel bijvoorbeeld door ziektes een belemmerende factor. Maar het is zelden of nooit de enige factor die tot een calamiteit leidt. Wij kijken of bestuurders bewuste keuzes hebben gemaakt voor de inzet van financiën en middelen. Als een team niet verantwoord in staat is om zijn werk te doen, kun je dat als bestuurder niet zo laten.” ●

[Veiligheid in de GGZ, leren van incidenten en calamiteiten](#)

[Door Alette Kleinsman en Nico Kaptein
Diagnosis Uitgevers, juli 2017](#)

144 pagina's

ISBN 978-94-91969-17-1

Prijs: € 22,-

Bestellen: <http://bit.ly/VeiligheidGGZ>



Behandeluitkomsten bron voor kwaliteitsbeleid in de GGZ

Edwin de Beurs, Marko Barendregt, Lianne Warmerdam (red.)

Meten is weten, een oud gezegde dat je als naïeve beschouwer kunt scharen onder de volkswijsheden waar geen speld tussen te krijgen is. Tegenwoordig is meten vooral ook een beleidsbepaler. Albert Heijn wil graag via zijn bonuskaart ons koopgedrag in kaart brengen om zijn inkoopbeleid daar op aan te passen. In de zorg willen we graag meten om zo zicht te krijgen op succes en falen van de geboden zorg, en zo de kwaliteit te verhogen. De zorgverzekeraar wil meten om zich een onderhandelingspositie te verwerven. Zorginstellingen willen goed op een Benchmark te voorschijn komen om zich een positie te verwerven of die te behouden.

'Behandeluitkomsten' gaat over al dat meten in de zorg: "In de medisch-specialistische zorg wordt veel gemeten, maar worden nu vragen gesteld of alle indicatoren wel zinvol zijn en of het misschien een onsje minder kan. In de verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg zoekt men vooral naar andere, meer kwalitatieve methoden. Terecht, maar we moeten hier niet in doorslaan en het kind met het badwater weggoeien. Goede zorg gaat niet zonder meten. Maar anderzijds kan de zorg wel ernstig versralen als er te veel gevinkt en gemeten wordt, vooral als dat meten het primaire proces niet dient en ondersteunt."

Waarna in een 15 tal hoofdstukken omstandig wordt vastgehouden aan het adagium 'Meten is weten' en tegelijkertijd een grote hoeveelheid haken en

ogen die daar mee samenhangen, wordt uitgelegd. Voor mij als relatieve buitenstaander, duizelt het al snel in dit boek dat gaat over ROM, PROM, HKZ, LADIS, ZorgIS, WODC, ZiZo, NICE, DREAM, Delta-T, RCI, NPS, Cqi GGZ&VZ, HoNOS, en meer. Allemaal afkortingen die te maken hebben met metingen, schalen, vergelijkingsinstrumenten. Ik zal u de grote hoeveelheid afkortingen die betrekking hebben op diverse instituten, overheidsinstanties, stichtingen en dergelijke die zich daar mee bezig houden, besparen.

Toets ik via Google op de zinsnede 'Meten is Weten' dan stuit ik vrijwel direct op een recent artikel in dagblad Trouw waarin melding wordt gemaakt van de zorgen die een groeiende groep wetenschappers zich maakt over "... de groeiende dominantie van getallen op veel terreinen. Want de verhalen achter de getallen raken uit zicht." (Trouw, 13 febr. 2017, Peter Steenhuis) Ook op de website waar u deze boekbespreking momenteel leest, GGZtotaal, wordt in het maartnummer van het E-Magazine een artikel gewijd aan het breed protest binnen de Geestelijke Gezondheidszorg tegen ROM-vragenlijsten in de GGZ. Daar wordt Benchmarking aan de kaak gesteld als zijnde gekaapt door de zorgverzekeraars en als glad ijs dat wordt betreden op het gebied van privacy.

Terug naar het boek. ROM en Benchmarking zijn de sleutelbegrippen waar het in dit boek om draait. Routine Outcome Measurement zijn

Maandelijks bespreekt Johan Atsma een recent uitgegeven boek, dat betrekking heeft op de GGZ.

Johan Atsma is docent/coach MBO verpleegkunde.

metingen omtrent de behaalde resultaten in het hulpverleningsproces en een Benchmark is een schaal waarmee verschillende zorginstellingen met elkaar vergeleken kunnen worden op basis van die ROM. De vijftien hoofdstukken in het boek zijn verdeeld over 4 delen. De achtergrond van Benchmarks en het historisch perspectief van ROM wordt grondig beschreven in deel 1, vervolgens wordt de betekenis van benchmarks voor zowel patiënten, behandelaars en zorgverzekeraars onder de loep genomen. In deel 3 komen specifiek verschillende zorgdomeinen aan de orde, grondige en diepgravend, en het boek eindigt met een aantal hoofdstukken die gewijd zijn aan methodologische vraagstukken en valkuilen op het gebied van meten in de zorg.

De hoofdstukken zijn door verschillende auteurs aangeleverd. Daar waar de stof toch al taai is en precies, passend bij het onderwerp, verzeilen sommige hoofdstukken in onleesbaarheid door de grote hoeveelheid afkortingen, citaten, bronvermeldingen en gortdroge tekst. De gebezigde vaktaal is voor niet iedereen weggelegd. Kun je daar mee omgaan, of weet je je weg daarin wel te vinden dan levert 'Behandeluitkomsten' een bijzonder grondig overzicht van wat je zou moeten weten over meten en benchmarks, om er je gedachten over te vormen en het met verstand en beleid in te zetten. Tegelijkertijd bekriipt me twijfel na het lezen: in een (wetenschappelijk) veld waar zoveel mitsen,



maren en appels en peren zijn (in het boek worden ze ook consciëntieus beschreven), wordt er maar heel mondjesmaat aandacht besteedt aan de kritische kanttekeningen die je dientengevolge kunt plaatsen en die in het GGZ veld ruimschoots te horen zijn.

Edwin de Beurs, Marko Barendregt, Lianne Warmerdam (red.): Behandeluitkomsten, bron voor kwaliteitsbeleid in de GGZ.

Uitgeverij Boom, 2017

281 pagina's inclusief bijlagen

prijs € 24,50

ISBN 9789058754813

Met Peer kunnen we écht samenwerken

Astare is meer dan een gespecialiseerd uitzendbureau in de geestelijke gezondheidszorg. “Wij detacheren vanuit drie vestigingen (Utrecht, Zwolle en Tilburg, red.) zo'n 170 mensen die gespecialiseerd zijn in de GGZ, forensische psychiatrie en verslavingszorg”, vertelt Peter Dobbinga, een van de directeurs van Astare. “Het zijn hoopverleners met een positieve instelling. Daarnaast doen we nog veel meer, maar al onze activiteiten gaan uit van onze heel eigen kijk op de psychiatrie. Daarom verzorgen we trainingen en lezingen en besteden we veel aandacht aan coaching en supervisie. Daarbij richten we ons niet alleen op onze eigen medewerkers, maar ook op de organisaties waar zij zijn gedetacheerd. We zoeken altijd naar verbinding op de inhoud. We vinden dat er te veel wordt gefocust op ziekte en genezen. Wij pleiten voor meer aandacht voor herstel waarbij je de patiënten zelf de regie geeft. Je moet mensen niet uitsluiten, maar juist aandacht besteden aan wat ze wél kunnen.”

“We waren op zoek naar een bedrijf dat kwaliteit biedt”

“Dat is ook precies hoe het administratiekantoor Peer werkt en daarom passen we zo goed bij elkaar.” Op 1 januari van dit jaar hevelde Astare zijn financiële administratie definitief over naar Peer. “Vanwege onze bedrijfsontwikkeling waren we op zoek naar een kwalitatief goed bureau dat ons administratief kan ondersteunen en met onze groei mee kan. We hebben veel geleerd in de zeven jaar dat we bestaan, bij de keuze zijn we daarom niet over één nacht ijs gegaan,” vertelt Peter. “We waren op zoek naar een bedrijf dat kwaliteit biedt, en tegelijk sociaal geëngageerd is en past bij onze bedrijfsfilosofie. Toen Social Enterprise Nederland ons wees op Peer en wij ons gingen oriënteren, waren we blij verrast. Peer werkt op een manier die ons aanspreekt. Ook daar durft men realistisch te dromen.”

Bij Peer werken op het eigen kantoor hoogopgeleide mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt. Het zijn mensen die inhoudelijk heel erg goed zijn én die een omgeving nodige hebben die goed met hen rekening houdt, mensen met een zogeheten arbeidshandicap, zoals autisme. Daarnaast werken bij Peer vluchtelingen. Het gaat met name om Syriërs die in hun land van oorsprong als accountant werkten. Peter: “Op het kantoor van Peer worden mensen ingezet op hun kwaliteit. Het mooie is, dat straalt ook uit naar hoe Peer werkt met klanten, persoonlijk, betrokken en erop gericht je te bieden wat je echt nodig hebt. Om te zien hoe er bij Peer toegaat, ben ik zelf ook een paar keer gaan werken op het kantoor bij Peer, gewoon tussen en met de administrateurs.

Peer stelt het op prijs als je soms bij hen op kantoor komt werken. Ik was verrast te zien hoe positief de medewerkers van Peer met elkaar en met klanten omgaan.”

Peer
administratief en fiscaal adviseurs

nu het bedrijf onlangs is overgegaan van een VOF naar een BV met drie eigenaren. Wij hebben mensen nodig die met ons mee willen denken. Ook daarover is Peter erg tevreden.

“Peer adviseert en ondersteunt ook bij de herstructurering van ons bedrijf. Bovendien betaal ik nu elke factuur met liefde, omdat ik weet dat het meer betekent. Dat gevoel zou ik ieder ander bedrijf gunnen dat ook kiest voor maatschappelijke waarde.”



Uitgelicht!

Jong en depressief

Ontstaan - bespreken - behandelen

1 november

Onzekerheid voelen en piekeren is normaal voor jongeren. Over problemen praten is juist moeilijk. Hoe weet en zorgt u dat piekeren niet verandert in depressief of zelfs suïcidaal gedrag?

Herken een depressie bij een jongere en weet welke handelingsmogelijkheden u heeft!

www.medilex.nl/depressie_jongeren



Verwarde mensen in beeld

Over opvang, begeleiding en zorg

6 november

Het aantal meldingen over verwarde personen is in 2016 wederom fors toegenomen, ruim 75.000, 14% meer ten opzichte van 2015.

Leer hoe u met andere betrokken partijen de zorg en opvang optimaal kunt regelen!

www.medilex.nl/verwardemensen

Ook op de agenda

Grijs en van de wijs

Psychiatrische problematiek in de ouderenzorg

1 december

www.medilex.nl/psychiatrieouderenzorg

Werken met wilsonbekwamen

Theorie en praktijk

31 januari

www.medilex.nl/wilsonbekwamen

Een frisse blik op onbegrepen gedrag

Anders omgaan met (probleem)gedrag bij mensen met een verstandelijke beperking

8 februari

www.medilex.nl/depressie_jongeren

Slapen, eten en zindelijk worden

Over problemen in de ontwikkeling bij het jonge kind

14 december

www.medilex.nl/depressie_jongeren

Slaapproblemen en -stoornissen bij jongeren

Signalering, diagnose en behandeling

31 januari

www.medilex.nl/slaapproblemen

Alleen de hoofdzaken

Actualiteiten wet- en regelgeving voor cure en care

8 februari

www.medilex.nl/hoofdzaken

GEACCREDITEERD STUDIEAANBOD • OMGEVING UTRECHT • ONAFHANKELIJK

FORENSISCHE PSYCHIATRIE

Misdaad en straf?

Jeannet Appelo

Het lijkt zo eenvoudig: misdadigers gaan naar de gevangenis, mensen met een psychiatrisch probleem gaan naar de psychiater, of in ieder geval naar de GGZ. De realiteit is ingewikkelder: meer dan driekwart van de gedetineerden in 'gewone' gevangnissen heeft een psychiatrische stoornis of verslaving gehad. En 56,6 procent kampt daar nog steeds mee. [Die cijfers zijn uit 2009](#) en het ministerie kondigde op grond van die cijfers aan het aantal psychiatrische zorgplaatsen in de gevangnissen te verdubbelen.

Vanuit het andere perspectief, de GGZ, lijkt het niet waarschijnlijk dat de meerderheid van de cliënten op het criminele pad is, of is geweest. Wél gebeurt het dat iemand in een psychose dingen doet die wettelijk niet zijn toegestaan. Als dat delict niet al te ernstig is en overduidelijk een gevolg is van de psychose, wordt het meestal in een vroeg stadium door de vingers gezien en belandt iemand via het politiebureau alsnog bij de reguliere GGZ. Maar als het delict ernstiger is en het gevolg van verslaving, Licht Verstandelijke Beperking (LVB) of persoonlijkheidsstoornis? Anders gezegd, als iemand minstens voor een deel toerekeningsvatbaar is, of het delict te zwaar is om door de vingers te zien, wat dan? Daarvoor bestaat de forensische psychiatrie, een discipline die een raakvlak is tussen de wereld van de GGZ en de wereld van het Openbaar Ministerie. De Forensische psychiatrie richt zich op mensen die

met de rechterlijke macht in aanraking zijn gekomen en die psychiatrische zorg behoeven. Deze zorg kan vrijwillig worden aangenomen, maar ook als voorwaarde worden gesteld of verplicht worden opgelegd in een vonnis.

In Nederland kan men op verschillende manieren in aanraking komen met de forensische psychiatrie. Een veroordeling tot TBS met dwangverpleging is de zwaarste. Ook via een terbeschikkingstelling met voorwaarden kan een rechter opname afdwingen. Via het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie kunnen veroordeelden eventueel (een deel) van hun straf of voorarrest inruilen voor een keuze tot behandeling in de forensische psychiatrie. Hiervoor kunnen ze ook aangemeld worden door de penitentiaire inrichting van plaatsing. Vaak acht men deze mensen 'detentieongeschikt'. Ook via de Wet BOPZ kunnen mensen worden geplaatst binnen de forensische psychiatrie.

Twee werelden, dus ook tweemaal zoveel voetangels en klemmen, waarvan er een paar in dit artikel naar voren komen.

Of ziek en therapie?

Op het politiebureau

Het begint al bij de crisisdiensten, op het politiebureau. Als bij een verdachte van een strafbaar feit een psychiatrische stoornis wordt vermoed, wordt in de regel de crisisdienst ingeschakeld voor een beoordeling. Uit [onderzoek](#) (2015) komt naar voren dat GGZ-psychiaters niet of nauwelijks op de hoogte zijn van de mogelijkheid tot spoedplaatsing in enkele van de vier penitentiair psychiatrisch centra (PPC) die 24 uur per dag en 7 dagen per week personen kunnen opnemen. Bovendien hebben de GGZ-psychiaters een te negatief beeld van de mogelijkheden tot stabilisatie, diagnostiek en behandeling in detentie, en is voor hen ook de (acute) route hiernaartoe onduidelijk.

Het onderzoek bracht meer communicatiestoornissen en meningsverschillen aan het licht. Zo bleek er een verschil in interpretatie en toepassing van de term 'detentieongeschiktheid' te bestaan tussen de GGZ-psychiaters en hun forensische collega's. Bijna alle geïnterviewde forensisch psychiaters meenden dat de term 'detentieongeschiktheid' op grond van ernstige psychiatrische problematiek haast niet meer van toepassing is sinds deze groep vanaf 2009 terecht kan in één van de vier landelijke PPC's: 'Een [patiënt met een] 'gewoon' psychotisch, manisch of depressief beeld kan uitstekend terecht op een PPC, uitzonderingen daargelaten. Daarnaast zijn de PPC's buitengewoon bekwaam agressie en geweld het hoofd te bieden.'

(Ernstige) psychiatrische stoornissen en/of somatische aandoeningen waren voor de GGZ-psychiaters echter reden om de verdachte (gedwongen) op te nemen in de GGZ of in een algemeen ziekenhuis. Indirect verklaarden ze de verdachte hiermee detentieongeschikt, wat feitelijk hun taak niet is.

Op hun beurt zagen de GGZ-psychiaters een 'Bad or mad'-denken bij Justitie: "We hebben het idee dat justitie haar strafrechtelijke beleid bijstuurt op het moment dat wij psychiatrie signaleren en dan de zaak seponeren omdat -niet geheel op de feiten gebaseerd- een delict wordt toegeschreven aan een psychiatrisch toestandsbeeld. Daarbij lijkt justitie een IBS of een RM als een vervangende straf te zien. Als we een verdachte gedwongen opnemen in de GGZ vervalt justitiële vervolging. De wet Bopz neemt in die gevallen de rol van het strafrecht – te weten bescherming van de maatschappij – op onterechte gronden over."

Het voeren van dat 'of/of-beleid' (óf straf óf behandeling) door justitie stuitte op weerstand bij de GGZ-psychiaters. "De gemiddelde patiënt met schizofrenie weet namelijk ook wel dat je geen fiets mag stelen", merkte een van hen op, "en het is cognitief gedragsmatig belangrijk dat je naar psychiatrisch patiënten dezelfde grenzen stelt als naar niet-psychiatrisch patiënten."

Misdaad en straf?

Of ziek en therapie?

Voor de rechtbank

Een rechter kan alléén TBS opleggen aan een verdachte wanneer hij psychiatrische problemen heeft die (mede) geleid hebben tot het plegen van het delict. Voordat de rechter zijn vonnis uitspreekt, wordt daarom zorgvuldig onderzocht of er inderdaad sprake is van psychiatrische problematiek. Dit doen deskundigen van het [NIFP](#) (Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie en onderdeel van het ministerie van Veiligheid en Justitie).

Dat het NIFP geen eenvoudige taak heeft, blijkt bijvoorbeeld bij de Noorse massamoordenaar Breivik, die in 2011 twee aanslagen in Noorwegen pleegde, die in totaal 77 mensen het leven kostte. De daad was goed voorbereid, hij verklaarde het te hebben gedaan uit liefde voor zijn volk en wenste niet ontoerekeningsvatbaar te worden verklaard. [Tweemaal is Breivik](#) door een team deskundigen psychiatrisch onderzocht, met tweemaal een verschillende uitslag. De eerste keer werd hij ontoerekeningsvatbaar verklaard. De rechtbank liet een tweede onderzoek uitvoeren, met als uitslag toerekeningsvatbaar, zoals de overlevenden en de familie van de slachtoffers ook hoopten.

Het roept meteen de vraag op of bijvoorbeeld radicaliserende jongeren toerekeningsvatbaar

zijn, of toch een psychiatrisch probleem hebben. Dan zijn er nog de mensen die weigeren aan onderzoek mee te werken, of zeggen zich niets meer te herinneren. Dan wordt het [lastig alle vragen volledig en sluitend](#) te beantwoorden en stellige conclusies en adviezen te verbinden aan het onderzoek. Maar de weigering tot medewerking aan het gedragsdeskundig onderzoek hoeft uiteindelijk geen belemmering te vormen voor het opleggen van een TBS-maatregel door de rechter. De wet staat dat toe als de rechter de overtuiging heeft dat bij de betrokkene sprake is van een stoornis. Er zijn, ook recente, voorbeelden waar de rechter toch TBS op heeft gelegd terwijl onderzoek geweigerd was.

Als de rechter geen stoornis kan vaststellen moet hij er van uit gaan dat iemand volledig verantwoordelijk was voor het delict en kan hij besluiten een aanmerkelijk hogere straf op te leggen. Zo zijn er verdachten die weigeren mee te werken vanuit een stoornis. Of verdachten die zich het voorval niet kunnen herinneren en niet meewerken aan een onderzoek naar iets waar zij in hun ogen niks mee te maken hebben. Maar vanuit een bewuste berekening om geen TBS-maatregel opgelegd te krijgen wordt onderzoek natuurlijk ook geweigerd.

Recidivisten en de krantenkoppen

Het Nederlandse TBS-systeem is uniek. Niet voor niets is er grote internationale belangstelling voor het systeem, de professionele aanpak en de professionals die binnen dit systeem werken. Het systeem biedt de mogelijkheid om personen te behandelen die lijden aan een psychische of psychiatrische stoornis en waarvan de delictgevaarlijkheid is vastgesteld. Tevens biedt het de mogelijkheid om, indien dit onvoldoende effect heeft, de terugkeer naar de maatschappij van die personen te verhinderen.

Er is ook kritiek. Als je sommige media mag geloven, moet het systeem zo snel mogelijk afgeschaft. “Het sociale experiment TBS dat op u en de uwen wordt uitgevoerd”, schreef [Powned](#) onlangs bijvoorbeeld. Nu is nuance niet iets waar Powned heel sterk in is, maar ook de iets serieuzere pers laat zich niet onbetuigd. Tik maar eens TBS-er in op Google en zie het resultaat. Het wekt inderdaad de indruk dat er iets behoorlijk mis is met het TBS-systeem.

Niet terecht, blijkt uit voortdurend onderzoek. Als de journalisten iets zorgvuldiger te werk zouden gaan, zouden ze achter een heel andere waarheid

komen. “99,94 procent van alle TBS’ers op verlof ontsnapt niet (maar de rest krijgt alle aandacht)”, schreef onderzoeksjournalist [Rianne Lachmeijer in De Correspondent](#) in 2015. Het stuk beschrijft gedetailleerd hoe incidenten met ontsnapte TBS-ers uitvoerig worden uitgemeten in de pers, de reactie van de overheid daarop en vervolgens de negatieve effecten op het beleid. Met andere woorden: de ongenueanceerde krantenkoppen veroorzaken eerder problemen dan dat ze ze oplossen. Maar dat zal de Powned’s van deze wereld een zorg zijn. ●

Op de stoel van de

FORENSISCH VERPLEEGKUNDIGE

door Els Kuiper

'Door de opleiding forensisch verpleegkunde heb ik een "nieuwe bril" gekregen'

Ik werk als Spoed eisende hulpverpleegkundige in het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk.

In 2015 heb ik de opleiding tot forensisch verpleegkundige afgerond. Dit is een relatief nieuwe opleiding: ik nam deel aan de derde groep. In Amerika is het beroep sinds 1995 erkend door de American Nurses Association.

Mijn mede-cursisten waren verpleegkundigen uit verschillende werkvelden: SEH-verpleegkundigen, ambulanceverpleegkundigen, kinderverpleegkundigen en justitieel verpleegkundigen.

Tijdens de opleiding ligt het accent op recht: strafrecht, gezondheidsrecht en wet- en regelgeving in de gezondheidszorg. Wilma Duijst, hoogleraar

forensisch geneeskunde en gezondheidsstrafrecht, was een docent die mij enorm inspireerde. Ik heb één van mijn stages bij haar mogen volgen tijdens haar werk als forensisch arts.

Andere onderwerpen die uitgebreid aan bod kwamen waren bijvoorbeeld: kindermishandeling, zeden, mensenhandel, arrestantenzorg en forensisch medisch onderzoek.

Tijdens het lesblok arrestantenzorg leerden wij van psychiater Jelle Troelstra (van der Hoevenkliniek) over de belangrijkste psychiatrische ziektebeelden.

Dat was kennis die bij mij echt ontbrak. Als SEH-verpleegkundige ben ik namelijk heel somatisch gericht.

Na mijn opleiding forensisch verpleegkunde ben ik aandachtsfunctionaris kindermishandeling en volwassenengeweld geworden in ons ziekenhuis. Ik adviseer mijn collega's over de stappen van de meldcode. Als forensisch verpleegkundige kijk ik anders naar letsel. Niet alleen naar de behandeling, maar ook naar het ontstaan van letsel. Past dit letsel bij de toedracht die vertelt wordt? Door mijn opleiding weet ik wat signalen zijn van kindermishandeling en volwassenengeweld en kan ik deze signalen objectief en op de juiste manier vastleggen. Tijdens mijn werk op de SEH had ik soms een niet-pluis gevoel, waarvan ik niet goed wist wat ik ermee moest. Ik had vaak het idee dat ik vooral veel niet zag! Maar je gaat het pas zien als het doorhebt, zoals Johan Cruijff dat zegt.

Ik heb geleerd op systematische wijze letsel te fotograferen en te beschrijven op een manier die eventueel later als bewijsmateriaal zou kunnen dienen. Dat is overigens geen prioriteit: dat is de behandeling van de patiënt. Toch kan het in een later stadium waardevol blijken om letsel op de juiste wijze vast te leggen.

Voorbeeld: een patiënt wordt gepresenteerd met een steekwond in de buik. Prioriteit is nu het stabiliseren van de vitale functies (zuurstof, infuus enz...). Als forensisch verpleegkundige zal ik proberen om de kleding veilig te stellen. Ik bewaar de kleding volgens een bepaalde procedure, ik knip daarbij niet door de steekgaten heen. Ik kan de wond fotograferen (voordat de wond gehecht wordt) volgens de methode die ik van het NFI geleerd heb. Ik beschrijf de wond volgens de PROVOKE-methode: een objectieve, systematische manier om letsel te beschrijven.

Mijn collega's weten mij te vinden als er vragen zijn over het contact met de politie. Ons beroepsgeheim maakt het soms lastig om informatie te delen. Door mijn opleiding weet ik wat ons beroepsgeheim inhoudt en wanneer ons beroepsgeheim overtreden mag/moet worden.

Voorbeeld: een motorrijder is betrokken bij een verkeersongeval en op de SEH behandeld. Hij is echter dronken en wil weer op de motor stappen om naar huis te gaan. Mogen/moeten wij de politie dan inschakelen?

Op de SEH heb ik, in samenwerking met de politie, een protocol gemaakt voor het veiligstellen van sporen bij betrokkenen van geweldsincidenten. We hebben materialen om bv. kleding van slachtoffers die mogelijk biologische sporen bevatten veilig te stellen voor de collega's van de forensische opsporing.

Ik weet ook hoe ik slachtoffers van zedenincidenten kan adviseren en wat prioriteiten zijn. De kennis die ik heb opgedaan tijdens mijn opleiding draag ik over door les te geven aan onze spoedeisende hulp artsen in opleiding en mijn collega verpleegkundigen.

Forensisch verpleegkunde is dus mijn aandachtsgebied naast mijn werk op de SEH. Ik heb ook collega's die als forensisch verpleegkundigen werkzaam zijn. Zij werken nauw samen met forensisch artsen en zijn verantwoordelijk voor zorg van arrestanten en zedenslachtoffers. Die samenwerking met de forensisch artsen zie ik in de toekomst graag uitgebreid.

Door de opleiding forensisch verpleegkunde heb ik een "nieuwe bril" gekregen. Ik kijk beter en ik zie meer. De bril past goed bij mij.

Is jouw beroep nog onbesproken in de GGZTotaal? En wil je er graag meer over vertellen? Lees [hier](#) de voorwaarden waaraan een stuk moet voldoen.

“Ze zien in mij ook dat boefje”

Ervaringsdeskundige Danny Jacksteit streeft naar goede samenwerking met behandelaars

Door Willem Gotink



Tatoeages en kortgeknipt haar. Tot daar zou het beeld van een gedetineerde nog kunnen kloppen. Voor de rest niet: ik spreek een openhartige man die niet om

woorden verlegen zit. En hoewel hij zelf meldt dat hij wel eens provocerend overkomt, is er tijdens het gesprek geen moment dat er ook maar een vlaag van ongerustheid in me opkomt of het idee dat ik met een ex-crimineel zit te praten.

Sinds een paar jaar werkt hij als ervaringsdeskundige in de forensische psychiatrie bij GGZ NHN. Ik mag alles opschrijven, “want stukken uit het verhaal weglaten, dat gáát niet. Dan komt er een kritische vraag en dan blijft het antwoord uit. Dus ik heb besloten dat ik óf alles, of niks vertel. Het is alles geworden.”

Danny Jacksteit. In 1996 pleegde hij met een maatje een overval op een woning. Niet voor het geld, maar omdat hij ontzettend kwaad was op de bewoners. Daarvóór had hij al wat van het leven gezien, hij was beroepsmilitair, opticien, ondernemer, had een relatie, twee kinderen, maar alles liep steeds stuk. Hij analyseert: “Het zit hem grotendeels in mijn opvoeding. Ik hield van muziek, toneel, maar daar was geen ruimte voor. Ik moest een stoere kerel te zijn, creativiteit hoorde er niet bij. Daar moest ik tegen opboksen. Ik

was vaak depressief, blowde veel, maar speelde ook eigen rechter. Die overval pleegde ik uit pure woede, ik was zo kwaad dat je je niet kan voorstellen dat het mogelijk is. Het ging er me echt om die mensen pijn te doen.”

“Ik had de gevangenis nodig om te snappen dat er met mij iets niet goed was en dat dit ook niet de kant was die ik op moest. Ik heb om hulp gevraagd en kwam zo in Groot Batelaar terecht, van het Leger des Heils. Daar ben ik een jaar onder behandeling geweest en heb ik afgeleerd om geweld te gebruiken. Dat heb ik na mijn detentie dan ook nooit meer gedaan. Het is wel op mijn pad gekomen, ik ben meerdere keren aangevallen, maar dan deed ik aangifte. Jammer genoeg neemt de politie je nauwelijks serieus als je een strafblad hebt. Ze zeggen letterlijk dat het geen zin heeft om aangifte te doen.”

Er waren meer mensen die hem niet meer serieus namen, maar dat gold opvallend genoeg niet voor zijn oude werkgever. Daar kon hij gewoon terugkomen, die vond dat hij zijn straf er op had zitten en vertrouwde op zijn kwaliteiten.

In psychose

Daarmee lijkt de psychiatrie grotendeels achter de rug. Danny blijft in begeleiding bij een kleine GGZ-instelling. “Die gaven me vooral antipsychotica en antidepressiva, verder deden ze niet veel. Volgens mij was ik gewoon een makkelijke manier om geld te verdienen”.

Maar in 2013 gaat het volledig mis. Zijn ex kondigt aan met de kinderen naar Limburg te verhuizen, zijn vader blijkt terminaal ziek. Tot overmaat van ramp wordt hij uit de schuldsanering gezet, met een vertienvoudiging van zijn vaste lasten als gevolg.

Hij raakt in een psychose, steekt zijn auto in brand, vernielt de auto van zijn bureaus, bedreigt mensen met een (alarm-)pistool. Op het politiebureau wordt al snel duidelijk dat hij geen misdadiger is, maar in de war en een opname volgt in de GGZ. In de forensische GGZ wel te verstaan, want hij heeft in zijn psychose wel degelijk de wet overtreden. Hij verschijnt zelf niet voor de rechtbank, die hem vrijspreekt omdat hij ontoerekeningsvatbaar is. Vier maanden verblijft hij in de kliniek, dan kan hij weer naar huis. Dat wil zeggen: een huis naar de andere kant van het stadje waar hij woont. Het filmpje van zijn psychotisch gedrag heeft namelijk op YouTube gestaan, het stadje weet ervan en zijn buurtgenoten willen hem liever niet terug.

“Ik ben er langs geweest om mijn excuses aan te bieden, sommigen hebben dat geaccepteerd, met andere had ik al een slecht contact. Dat is niet verbeterd.”

Dubbel stigma

Forensische psychiatrie. Het betekent een dubbel stigma. Het stigma van de psychiatrie is hardnekkig, maar ‘eens een dief, altijd een dief’ geloven mensen ook. Driekwart jaar geleden werd er in de straat gestolen. Eén en één is twee: de beschuldigende vinger ging naar Danny. Notabene goede vrienden. Zijn eerste reactie is om terug te vechten, maar hij weet zich te beheersen en helpt mee de dader te vinden. Dat blijkt een huisgenoot van de vrienden te zijn.

Danny: “Die vrienden schaamden zich achteraf kapot, de verstandhouding is gelukkig weer prima. Ik begrijp het wel, ik stigmatiseer zelf ook. Ik had in hun plaats misschien wel hetzelfde gedaan. Het is bijna niet mogelijk om níet te stigmatiseren. Ik zie het ook gebeuren bij ervaringsdeskundigen onder elkaar.”



Forensische versus 'gewone' psychiatrie

Het grote verschil tussen 'gewone' en forensische psychiatrie is de ingang: wie de wet niet overtreedt, komt niet in het forensische circuit terecht. Dat gold ook voor Danny. "Zolang ik de wet niet overtrad, kon de reguliere GGZ niet zo veel met me, ruim 20 jaar lang. Het maakte me wel intelligent in hoe ik zaken moest regelen. Dan vroeg ik of ze mee wilden naar het UWV, omdat ik dan eerder afgekeurd werd. En dat deden ze dan ook."

Er zijn meer verschillen, denkt hij. "Het is allemaal wat heftiger, we werken wat solistischer, er moeten meer grenzen worden gesteld, het is wat harder, het cowboygehalte is groter. Maar de overeenkomsten zijn groter dan de verschillen."

Ervaringsdeskundige

Ondertussen werkt Danny al weer enige tijd met 28 andere ervaringsdeskundigen voor GGZ NHN. Hij is de enige met ervaring in de forensische psychiatrie. Hij wordt dan ook veelvuldig gevraagd voor voorlichtingen, trainingen op HBO's en voor de politie, in februari gaf hij een [TedX-lezing in Den Helder](#). Als ik bel voor een afspraak moet hij het korthouden, "want De Monitor staat nét voor de deur."

De TedX-lezing gaf hij exact op de sterfdag van zijn vader twee jaar daarvoor, een week vóór de lezing overleed zijn moeder. Desondanks ging het goed. Nog even over stigma's: wie de lezing ziet, zal zich niet kunnen voorstellen dat deze man twintig jaar geleden een overval pleegde en vier jaar geleden zijn auto in brand stak om vervolgens als 'verwarde man' afgevoerd te worden naar het politiebureau.

De samenwerking met de behandelaren vindt hij van groot belang. "Ik weet het niet beter dan psychologen, psychiaters of verpleegkundigen. De toegevoegde waarde van ervaringsdeskundigen is dat we sneller in vertrouwen wordt genomen. Patiënten zien in mij ook dat boefje, ze komen eerder naar me toe. En ik zie eerder waar er drugs verhandeld worden en of iemand de boel in de maling neemt. Ik wordt ook eerder uit de tent gelokt. Of ik niet wat drugs voor ze kan regelen, vragen ze dan."

Hoe ziet hij de toekomst? Zou hij bijvoorbeeld jongerenwerker willen worden? "No way. Ik straal iets uit waardoor de boefjes stoer gaan doen. Dat heb ik niet in de hand. Dat werkt averechts.

Maar ik denk ook niet dat ik mijn hele leven in een GGZ-instelling wil blijven werken. Wel wil ik iets met mijn ervaringen blijven doen, ze op meerdere locaties delen. Ik zou vooral willen laten zien hoe gemakkelijk het soms ook is om iemand die psychische problemen heeft te helpen, door normaal menselijk contact, of door gewoon te luisteren wat mensen zelf over hun mogelijkheden zeggen. Simpele voorbeelden: als de psychiater me vóór die psychose de slaapmedicatie had voorgeschreven waar ik om vroeg was het allemaal heel anders gelopen. Als de politie mijn vriendin in de cel had toegelaten, wat ik graag wilde, had die me waarschijnlijk veel eerder kunnen overtuigen me op te laten nemen dan nu het geval was."●



Acceptatie

met vriendelijke blik omarm ik
elk woord onuitgesproken
die me vasthoudt in verlangen

met zachte gebaren omarm ik
elke zin onafgemaakt
die me doet wankelen

en als ik val
ja als ik val
hou ik mijn handen hoog

met rechte rug
bundel ik mijn kracht
uit dankbaarheid

om wie ik ben

© Gisele Vranckx

“Aan het einde van de dag sturen we een berichtje dat we veilig op weg naar huis zijn”

Het verschil tussen de forensische psychiatrie en de ‘gewone’ psychiatrie zit ‘m vooral in het feit dat iemand een strafbaar feit heeft gepleegd of dreigt te gaan plegen. Verder lijken de twee erg op elkaar. Dat is wat Nathalie Kruit, Nynke Scheuneman en Stijn van Grasstek alle drie lijken te zeggen. Alle drie zijn werkzaam in de forensische psychiatrie, maar niet alle drie in dezelfde setting. Ondanks de grote overeenkomsten zien de drie wel degelijk verschillen met de ‘gewone’ psychiatrie.

Licht Verstandelijke Beperking

Nathalie Kruit is verpleegkundig specialist en werkt in een Forensisch Fact-team in Rotterdam van Fivoor (Fivoor is de nieuwe naam van de fusie van Palier, Avonturijn en Kijvelanden). “Het verschil zit ‘m in het forensische. Mensen worden verwezen door de rechter, die legt de verplichte behandeling op, in combinatie met een toezicht vanuit de reclassering. Het voornaamste doel is het verminderen van het forensisch risico. Normaal wordt er vooral gefocust op het risico van psychiatrische terugval. Wij richten ons veel meer op het recidive-gevaar. Dat heeft natuurlijk heel vaak verband met het risico op achteruitgang in psychiatrisch opzicht, maar dat hoeft niet per sé. Haar specialiteit is de doelgroep met Licht Verstandelijke Beperking (LVB). “Daar zie je dat mensen op alle levensgebieden instabiel zijn: ze zijn vaak verslaafd en hebben een persoonlijkheidsstoornis of ander psychiatrisch ziektebeeld, meestal zijn er financiële en/of huisvestingsproblemen, op sociaal gebied zijn ze niet sterk. Door al die problemen samen

belanden ze makkelijk in het criminele circuit.

De verstandelijke beperking is niet veranderbaar, maar wel behandelbaar. De behandeling bestaat er uit helder te krijgen wat criminogene factoren en wat beschermende factoren. Anders gezegd: wat vergroot het risico weer een delict te plegen, en waardoor wordt de kans kleiner? Als we dat weten, zetten we interventies in die vaak gericht zijn op het aanleren van nieuw gedrag. Inzicht in de LVB maakt dat ze daar anders mee om kunnen gaan.”

Bescherming van de maatschappij

Nynke Scheuneman, SPV bij een Forensisch Fact Kairos, in Arnhem en Nijmegen, lijkt het daarmee eens. “Het grootste verschil is de risico-taxatie en de bescherming van de maatschappij. Wij letten er bij iemand met TBS op, veel meer dan in de ‘normale’ psychiatrie, hoe veilig het is om te resocialiseren. Op risico’s die met terugval in crimineel gedrag te maken hebben. Als iemand bij ons komt heeft hij natuurlijk per definitie al een forensisch profiel, er is immers al sprake van een gepleegd delict of het risico daarop is vastgesteld.

Mensen die bij ons komen, komen onder andere uit de Pompekliniek, waar ze jaren hebben gezeten. In de kliniek wordt veel onderzoek gedaan en er zijn interventies ter bevordering van beheersing. Wij kijken veel meer naar de mogelijkheden om mensen te empoweren, om ze weer op eigen benen te laten staan.”

Drie verpleegkundigen in de forensische psychiatrie over hun werk





Nynkes doelgroep heeft niet per se een verstandelijke beperking, maar de problematiek overlapt wel. “Je ziet veel maatschappelijke problematiek, schulden, moeite met huisvesting. Maar ook een verleden met dingen als winkeldiefstal, huiselijk geweld en erger. Patiënten met persoonlijkheidsproblematiek kunnen nog wel eens dwingend zijn om hun problemen, eerder gister dan vandaag, opgelost te krijgen.

Sommige mensen zitten hier al 20 jaar

Stijn van Grastek werkt in een heel andere setting. Hij is verpleegkundig specialist in een kliniek van de Forensische Zorgspecialisten, op het terrein van Zon en Schild in Amersfoort, een afdeling voor langdurige behandeling.

“De mensen die bij ons zitten, zitten daar met een TBS, soms nadat ze een gevangenisstraf hebben uitgezeten, soms verwijst de rechter direct naar ons. Dat hangt er van af of de rechter ze geheel of gedeeltelijk ontoerekeningsvatbaar heeft verklaard. Ik werk op een bijzondere locatie, op het terrein van Zon en Schild. Bij ons zitten mensen met ernstige psychiatrische, meestal psychotische, problemen. Voor allemaal geldt, dat ze een jarenlange behandeling ondergaan, onder TBS of een Rechterlijke Machtiging (mensen met TBS hebben altijd een delict achter de rug waar een straf van langer dan vier jaar op staat. Dat zijn zaken als brandstichting, verkrachting en doodslag). Behandeling is hoe dan ook een langdurige kwestie, het gaat in heel

kleine stapjes. Een gemiddelde TBS-behandeling duurt 6 á 7 jaar, bij ons zitten mensen veel langer. Elke twee jaar is er een verlengingszitting: als de risico's te hoog blijven, kan dat in principe eindeloos doorgaan. Sommige mensen zitten hier al 20 jaar.” Ook bij Stijn is een goede risico-taxatie belangrijk. “Dus inschatten in hoeverre mensen weer kunnen terugvallen in crimineel gedrag. Als dat risico er niet meer is, of heel laag, dan gaan ze meestal terug naar de ‘gewone’ psychiatrie, waar ze dan verder een behandeling krijgen. Maar ze zitten bij ons niet hun straf uit, ze zitten er echt voor behandeling.”

Structuur

Hoe ziet zo'n dag er uit? Stijn, in de kliniek: “De patiënten worden om 7.30 gewekt. Dan is het medicatie ophalen en gezamenlijke dagopening. We zorgen voor een goede dagstructuur, er zijn allerlei programma-onderdelen als behandeling en therapie, opleiding, werk, gezamenlijk koffie en eten. Tijdens de behandeling hier proberen we al mensen er op voor te bereiden dat ze weer een inbedding krijgen in de maatschappij, bijvoorbeeld door ze een opleiding te laten volgen. Zo verkleinen we de kans op een recidief. En ze hebben een aantal taken op de afdeling, zoals schoonmaken. Allemaal om te zorgen dat ze een zinvolle dagbesteding hebben. Zijn eigen programma is uiteraard anders. “We beginnen 's morgens met stafoverleg, met alle disciplines. Dat gaat over zaken als ‘wie gaat er op begeleid verlof’, ‘wie verzorgt de patiënten in

de separeer’, ‘wat gebeurt er in huis gebeurt (ook in het kader van de veiligheid)’, etc. Ik bezoek zo'n dag de patiënten in mijn case-load en bespreek de voortgang en de behandeling met ze, er zijn een aantal overleggen waar je aan deelneemt. Geen dag is hetzelfde. Verder heb ik een bijwerkingenpoli opgezet, waar medicatie kan worden aangepast als mensen daar last van hebben.”

Er lijken grote overeenkomsten met het programma van Nathalie en Nynke: “Om negen uur 's morgens hebben we gezamenlijk overleg, met een open digibord, daar worden de complexe casussen besproken en bekeken wie die dag wie gaat bezoeken, of je alleen kan gaan of met z'n tweeën moet. De meeste mensen zien we eens per week of twee weken. Bij een verhoogd forensisch risico wordt de behandeling geïntensiveerd, als het nodig is zien we patiënten elke dag. Naast de huisbezoeken hebben we overleggen met advocaten, politie, of andere betrokkenen. Daarbij is het beroepsgeheim overigens leidend: zonder toestemming van de cliënt mogen we alleen delict-gerelateerde informatie doorgeven, óók aan de reclassering.”

Manipulatie en afstemming

Overleggen is bij allemaal van belangrijke activiteit. Nynke Scheuneman: “We werken veel samen met ketenpartners, zoals de veiligheidshuizen, de reclassering, de GGD, bewindvoerders, het Openbaar Ministerie. Er zijn veel partijen betrokken

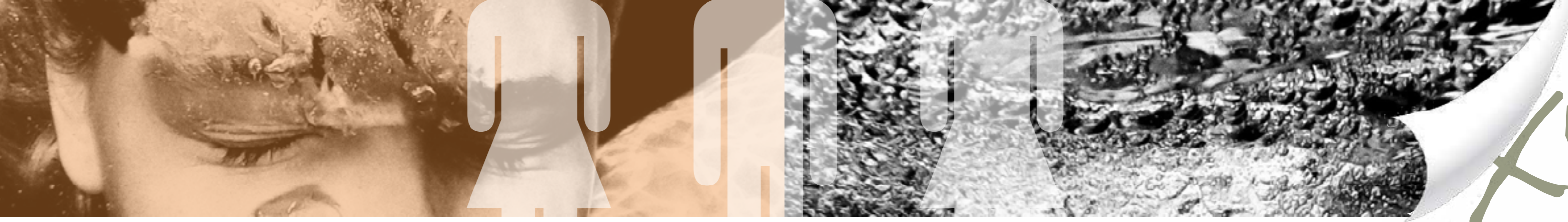
bij één casus en je moet goed zorgen dat je één lijn aanhoudt. Sommige cliënten kunnen goed manipuleren, dus we zijn erg gefocust op een goede afstemming.

Maar je moet ook in de gaten houden wie op zeker moment verantwoordelijk is. Zonder al te technisch te worden: bij een TBS transmuraalverlof is de kliniek verantwoordelijk, bij een proefverlof is dat het Fact-team. Dat maakt verschil in je handelen, dat moet voor iedereen duidelijk zijn.”

Nathalie: “We werken veel samen met de reclassering. Dat is feitelijk ook onze opdrachtgever. Of eigenlijk is het Ministerie van Justitie onze opdrachtgever en onze financier. De reclassering voert dat uit en geeft ons opdracht tot behandeling. Dat houdt vaak ook concrete opdrachten in: de reclassering kan eisen dat we controleren of iemand nog drugs gebruikt en dat we dus urinecontroles uitvoeren. Of dat we als onderdeel van de behandeling een psychologisch onderzoek doen om te kijken of iemand misschien een verstandelijke beperking heeft.

Als blijkt dat ze zich onttrekken aan de behandeling of, bijvoorbeeld, tegen de afspraken in weer drugs zijn gaan gebruiken, kan het zijn dat ze teruggaan naar het Openbaar Ministerie, en in het ergste geval weer naar de gevangenis moeten.

Daarbuiten hebben we een grote behandelvrijheid. Wij kunnen ook zelf besluiten een psychologisch onderzoek of urine-controles te doen als we denken dat dat nuttig is.”



👩 👩 👩 **'Het hangt niet vol met camera's'**

Mensen met een crimineel verleden. Dat klinkt toch ook als gevaarlijk werk. Moet je erg op je eigen veiligheid letten?

Nynke: "We zijn erg alert op gevaar. Als je op huisbezoek gaat, let je goed op mogelijke risico's en of het veilig is om alleen te gaan, of dat je met z'n tweeën moet, of eventueel zelfs met de politie. In het verleden zijn er wel heftige incidenten geweest. Dan moet je het doen met de middelen die je op zo'n moment hebt. Aan het einde van de dag, sturen we altijd even een berichtje dat we veilig op weg naar huis zijn."

Nathalie heeft daar minder last van: "Er komt wel intimidatie en manipulatie voor, maar agressie valt mee. Het waarborgen van de veiligheid heeft wel dagelijks onze aandacht. Bij een behandelcontact wordt in het team getoetst of het veilig is. Dan besluiten we ook of de patiënt wel of niet alleen gezien kan worden. Als er dreigend gevaar is, zien we de patiënt op de polikliniek in de crisiskamer, en brengen de collega's daarvan op de hoogte. Iedere werknemer is geschoold in de-escalerende technieken. Net als bij Nathalie melden we ons aan het einde van de dag af via een groepsapp."

En in de kliniek? Bij Stijn zijn ze erg alert op veiligheid. "Er zijn allerlei taxaties om te bepalen of een situatie veilig is, zowel intern als bij het naar buiten gaan. We zijn wat dat betreft wat afwijkend van de

gemiddelde forensische kliniek: bij ons hangt het niet vol met camera's en we hebben ook geen knuppels of zo. Er is veel samenwerking met patiënten. Als iemand terug dreigt te vallen in agressief gedrag, nemen we vaak een medepatiënt mee om te gaan praten. Dat werkt vaak beter dan als wij het alleen doen." Een ander veiligheidssitem in de kliniek is het proefverlof. "Zaken als verlof, begeleid of onbegeleid, moeten altijd voorgelegd worden aan het ministerie van Justitie, daar hebben we toestemming voor nodig."

👩 👩 👩 **Vijftien jaar uit de maatschappij**

Wat is leuk aan dit werk? Nynke: ik vind de combi van vrijwilligheid en verplicht karakter (vanwege de strafrechtelijke uitspraken) erg interessant. Daar komt de grilligheid bij van de dag: ik weet nooit wat er staat te gebeuren op een dag. En in die hectiek moet je er toch voor zorgen dat er een stabiliserende lijn is. Dat is inspirerend.

Stijn: Ik vind de psyche en de psychotische stoornis ontzettend intrigerend, hoe je dat moet behandelen, hoe je een patiënt vooruit kunt helpen. Niet alleen dat, maar ook het risico-management is interessant. Toch is het soms ook lastig werk. Nathalie: "De moeilijkste doelgroep vind ik de mensen die na een TBS bij ons terecht komen. Die zijn tussen de zeven en de vijftien jaar uit de maatschappij geweest, eerst in de gevangenis en vaak daarna nog in de kliniek. Die moeten zichzelf helemaal hervinden. Ze zijn gewend aan de structuur van de kliniek, ze hebben geen huis, geen werk en vaak ook geen contacten meer."

Mensen die na een delict én een psychiatrische stoornis weer ergens in een buurt gaan wonen. Levert dat geen problemen op?

Stijn heeft er geen ervaring mee: "Als mensen bij ons met ontslag gaan, is dat vaak nog niet naar huis, maar naar een 'gewone' psychiatrische afdeling. Dat is op afdelingen waar meer mensen met een persoonlijkheidsstoornis zitten, anders, die gaan meestal direct naar huis onder begeleiding van de reclassering en het Fact."

Nathalie ervaart over het algemeen geen problemen: "Wel als mensen overlast geven, maar niet als mensen daar na een TBS komen wonen. De gemeente let ook wel op waar mensen geplaatst worden. Bovendien is Rotterdam een diverse stad, met veel beschermde woonvormen. Ik kan me voorstellen dat het in een kleine provinciestad anders ligt."

Dat blijkt mee te vallen, in ieder geval waar het Arnhem en Nijmegen betreft. Nynke: "Veel hangt af van de voorbereiding en het contact dat je hebt met de ketenpartners en in hoeverre je je openstelt voor vragen uit die buurt. Als je dat goed doet, valt de weerstand erg mee."

👩 👩 👩 **Natuurlijke achterdocht om dingen te checken**

Blijft nog de vraag of je bij het werken met deze doelgroep speciale eigenschappen moet hebben. Nynke denkt van niet: Je moet een zekere affiniteit met de doelgroep hebben, dingen bespreekbaar kunnen maken. Je moet een natuurlijke achterdocht

hebben om dingen te checken, erg alert zijn op signalen die in een vroeg stadium kunnen spelen. Bijvoorbeeld een slaaptekort, als je weet dat dat bij iemand een voorloper is van een psychose. Zeker als dat een relatie heeft met het delict. Het is een methodiek in je handelen om op signalen te letten en die bespreekbaar te maken. En dan liefst signalen in een heel vroeg stadium. Als iemand bijvoorbeeld een incident heeft veroorzaakt, is het incident zelf niet enkel de focus, maar ook de dagen voorafgaand. Daar moet je het natuurlijk over hebben en over de vraag hoe men het had kunnen vermijden. Onze focus ligt ook in de vroegsignalering, namelijk de vraag wat er speelde vóór dat incident. Dan maak je mogelijke angst, ontregeling bespreekbaar." ●

