

GGZtotaal



VOORKOMEN IS BETER...

**WRONG
WAY**

AL

INHOUDSOPGAVE

Gedaanten van de waanzin, van schaamteloze razernij naar onbegrepen belevingswereld
Johan Atsma recenseert een boek

'Open boek'
Een gedicht van Gisele Vranckx

[Naar gedicht >](#)

Vijf minuten om onze enquête in te vullen!
Wij willen GGZTotaal graag verbeteren. Dat gaat makkelijker als je ons vertelt wat je er van vindt!

Voorkomen is beter....

De GGZTotaal van juni

[Naar inleiding >](#)

'Bij psychische problemen denken veel mensen nog dat het aanstellerij is'

ADF stichting streeft al 50 jaar naar meer openheid

[Naar artikel >](#)

Comorbiditeit bij volwassenen met autisme

Congres donderdag 20 september (adv.)

[Naar congres >](#)

'Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ'

Verslag van een inspirerend congres

[Naar artikel >](#)

Wordt u de praktijkondersteuner ggz van de toekomst?

Opleiding POH-GGZ, Avans (adv.)

[Naar de opleiding >](#)

GGZTotaal verzorgt ook een [dagelijks nieuwsoverzicht](#). Maak er je startpagina van!

De Forensisch Ambulante Risico Evaluatie

Een nieuw instrument voor het inschatten van dreigend delictgedrag

[Naar artikel >](#)

Personen met verward gedrag

Studiedag Medilex dinsdag 4 september (adv.)

[Naar studiedag >](#)

Dwang en Drang in de GGZ: terug bij af?

Hamp Harmsen over het voorkomen en tegengaan van crisissen

[Naar artikel >](#)

"Met die kaart in mijn zak durf ik de straat weer op"

Crisiskaart blijkt een perfect hulpmiddel bij paniek of verward gedrag

[Naar artikel >](#)

De Psycholance is niet meer weg te denken

Bij inzet gespecialiseerde ambulance is acht op de tien keer geen politie niet meer nodig

[Naar artikel >](#)

Het dilemma rond de verwarde man

Wie is er eigenlijk niét verantwoordelijk?

[Naar artikel >](#)

VOORKOMEN IS BETER...

De GGZTotaal van juni

In de jaren zestig ontwierp psychiater Gerald Caplan zijn preventiemodel, dat bestond uit primaire, secundaire en tertiaire preventie. Primaire preventie richtte zich op het voorkomen van psychiatrische aandoeningen, secundaire preventie was bedoeld om aandoeningen in een vroegtijdig stadium te onderkennen en verergering te voorkomen, tertiaire preventie tenslotte waren activiteiten die moesten voorkomen dat aandoeningen andere problemen veroorzaakte dan de aandoening zelf. Bij psychiatrische aandoeningen ging het in dat laatste geval vaak om vereenzaming, buitengesloten worden en gemis aan inkomen en zingeving.

De XL-bijlage in deze laatste GGZTotaal voor de zomer gaat vooral over die tertiaire preventie.

Primaire preventie staat in de psychiatrie nog in de kinderschoenen, omdat we simpelweg te weinig van de oorzaken weten om vroegtijdig in te grijpen. Secundaire preventie zou je met een beetje goede wil behandelen kunnen noemen. Op het gebied van het voorkómen van nieuwe problemen is echter nog een wereld te winnen. En belangrijk: de mogelijkheden zijn er.

Hamp Harmsen geeft de [stand van zaken](#) in het voorkómen van separaties. Tot een aantal jaren terug werden innovatieve activiteiten op dit gebied gesubsidieerd en boekte de ggz veel vooruitgang. Volgens Harmsen weten we op het ogenblik nauwelijks waar we staan, ondanks de inspanningen.

In '[De Forensisch Ambulante Risico Evaluatie \(FARE\)](#)' wordt een nieuwe methode beschreven om dreigend delictgedrag te voorspellen. Belangrijk, want hoe beter je bepaald gedrag kunt voorspellen, hoe groter de kans

dat je het kunt voorkómen.

Wanneer je onverwacht met iemand in aanraking komt die in een crisis verkeert, kun je veel ellende voorkomen als je weet wat je moet doen. Alleen: hoe wéét je wat je moet doen? De bedenkers van [de Crisiskaart](#) vonden een oplossing: een kaartje met daarop de belangrijkste do's en dont's. De kaart blijkt niet alleen escalatie te voorkomen, maar in veel gevallen ook de crisis zelf. En als het dan toch mis gaat en iemand moet worden opgenomen, is het wel zo plezierig als dat niet via een politiewagen en het politiebureau hoeft. [De psycholance](#) voorkomt misschien geen crisis, maar wel een hoop ellende en veel escalaties.

Soms vragen mensen zich af wie de schuld heeft, of liever gezegd verantwoordelijk is, voor het gedrag van iemand die ontoerekeningsvatbaar is. Om te leren en zo herhaling te voorkomen, om een schadevergoeding te eisen, of gewoon om een schuldige te hebben. Maar als dat niet de dader is, wie is het dan wel? Lees het in '[Het dilemma rond de verwarde man](#)'.

We hebben ook nog 'gewone' artikelen, dat wil zeggen artikelen die niet in de bijlage staan. Florrie van der Kamp doet [verslag](#) van het symposium 'Een laag IQ in de GGZ', Corinne Gallegos RuizIn [beschrijft](#) hoe de Angst- Dwang- en Fobiestichting al 50 jaar naar openheid streeft en Johan Atsma [recenseert het boek](#) 'Gedaanten van de waanzin' van Rob van den Bosch.

Onze huisdichteres, Gisele Vranckx, eindigt [haar gedicht](#) met: 'Ik stap nog liever op, zoekend wat mij raken kan, dan eindeloos pagina's om te slaan.

Ik ben geen open boek."●

Voorkomen is beter..

XL

‘BIJ PSYCHISCHE PROBLEMEN DENKEN VEEL MENSEN NOG DAT HET AANSTELLERIJ IS’

ADF stichting streeft al 50 jaar naar meer openheid

Door: Corinne Gallegos Ruiz



Er rust een vreselijk taboe op angst- en dwangklachten. En dat terwijl een op de vijf mensen er mee te maken krijgt. Dat zijn ruim 3 miljoen mensen. Voor hen is meedraaien in het dagelijks leven een zware opgave, omdat ze lijden aan angstklachten en die vaak proberen te verbergen. Angststoornissen zijn daardoor vaak een oorzaak voor sociaal isolement, voor onnodig verlies van banen en voor hoge zorgkosten. Als patiëntenvereniging doet de stichting er alles aan om de verborgen pijn zichtbaar en bespreekbaar te maken. "Wij weten dat onze achterban het taboe rond angststoornissen ook wil doorbreken. En dat is goed nieuws. Openheid over angststoornissen leidt tot meer kennis en begrip bij de patiënt en zijn omgeving, minder schaamte en betere kansen op herstel", aldus Sander Pronk, directeur ADF stichting.

#Openoverangst

Daarom lanceert ADF de campagne [#openoverangst](#), waarin zij aandacht vraagt voor de verschillende gezichten van angst. Aftrap van de campagne was het indienen van een verzoek bij de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor ondersteuning van een meerjarig programma om angststoornissen bespreekbaar te maken en zo uit de taboesfeer te halen. De campagne bestaat verder uit filmpjes gemaakt door studenten van de HKU. Deze korte films vertellen de verhalen van verschillende mensen en hun angstprobleem. Want het zal je maar niet lukken om 'gewoon' in die trein te stappen, omdat de paniek zo toeslaat dat je benen voelen als betonblokken. Voor veel mensen is dit dagelijkse realiteit. Maar belangrijker nog is de social media campagne [#openoverangst](#),

met de oproep om je verhaal te delen op de website www.adfstichting.nl. Pronk: "We laten zien welke impact een angststoornis heeft op het dagelijks leven van duizenden Nederlanders. Ook moedigen wij mensen met een angststoornis aan om open te zijn over hun problemen. Alleen zo kunnen familieleden, werkgevers, leerkrachten etc. gaan begrijpen wat het betekent om hieronder gebukt te gaan."

"Het komt vanzelf wel goed"

Eén van de dappere strijders is Wilmie, zij kampt met een angststoornis. "Als je een been breekt en in het gips moet, dan zien mensen dat en wordt het geaccepteerd. Maar bij psychische problemen denken velen dat het aanstellerij is en zeggen ze bijvoorbeeld dat ik beter moet eten en eerder naar bed moet gaan. Het komt dan vanzelf wel goed. Ik heb zoveel onbegrip bij mensen gemerkt en je gaat ook aan jezelf twijfelen." Wilmie leeft met dagelijkse overmatige angst: "Ik ben bang dat ik niet wegkom uit plekken. Als ik bijvoorbeeld een vreemde ruimte binnenkom, scan ik direct de deuren en de nooduitgang. Deze angststoornis zorgde ervoor dat ik bijvoorbeeld niet op vakantie ging, maar ook niet naar de bioscoop of schouwburg kon. Mijn leven werd er door beïnvloed. Regelmatig kreeg ik paniekaanvallen. Dan kreeg ik hartkloppingen, ging ik hyperventileren en had ik het ontzettend warm." Ze heeft er een intensieve behandeling opzitten en het gaat met stapjes de goede kant op. Ze staat nog steeds onder behandeling bij de GGZ en daarnaast begeleidt ze volgende maand een lotgenotengroep bij de ADF stichting. Ze vervolgt: "In de therapie leer je dat het niet erg is als je angstig bent, je moet het over je heen laten komen. Als je bijvoorbeeld ergens

uit angst weggaat, wordt het in de toekomst alleen maar erger." Tegenwoordig durft ze weer bijvoorbeeld naar de schouwburg te gaan, maar de angst zal nooit helemaal verdwijnen. "Ik durf bijvoorbeeld ook nog niet alleen de snelweg op. Te bang ben ik om in de file terecht te komen en nergens heen te kunnen. De snelweg wordt mijn volgende doel."



Vraag en behoefte aan hulp

Pronk: "Met Wilmie als voorbeeld hopen we dat meerdere mensen over de streep worden getrokken en inzien dat het praten en delen van hun problemen, al het begin kan zijn van herstel of in ieder geval een hoop verlichting geeft. Want je bent niet alleen!" En dat Wilmie niet alleen is merkt de ADF stichting op meerdere vlakken. "Er komen steeds meer steden bij waar wij lotgenotenbijeenkomsten organiseren, de besloten Facebookgroep waarin leden veilig over hun problemen kunnen praten, krijgt elke week gemiddeld vijf nieuwe leden en er zijn veel geïnteresseerden voor bijvoorbeeld de trainingen Ouders & Partners en Andere Kijk. Dit is een mooi begin voor meer openheid en kennis over angststoornissen, maar er is nog genoeg te doen. Bij onze telefonische hulpdienst zitten vijf dagen in de week ervaringsdeskundigen klaar om alle hulpvragen te beantwoorden, mee te helpen therapeuten in je omgeving te vinden of om een

'BIJ PSYCHISCHE PROBLEMEN DENKEN VEEL MENSEN NOG DAT HET AANSTELLERIJ IS'

ADF stichting streeft al 50 jaar naar meer openheid

Door: Corinne Gallegos Ruiz



luisterend oor te bieden. Er is veel vraag en behoefte naar hulp, maar velen lijden in stilte. Uit schaamte. Of uit bijvoorbeeld angst om een baan te verliezen. Hierdoor krijgen ze vaak niet de hulp die ze nodig hebben. En dat is zo zonde, want een angststoornis betekent niet levenslang: Hoe eerder je aan de bel trekt, hoe eerder en beter een angststoornis aangepakt kan worden".

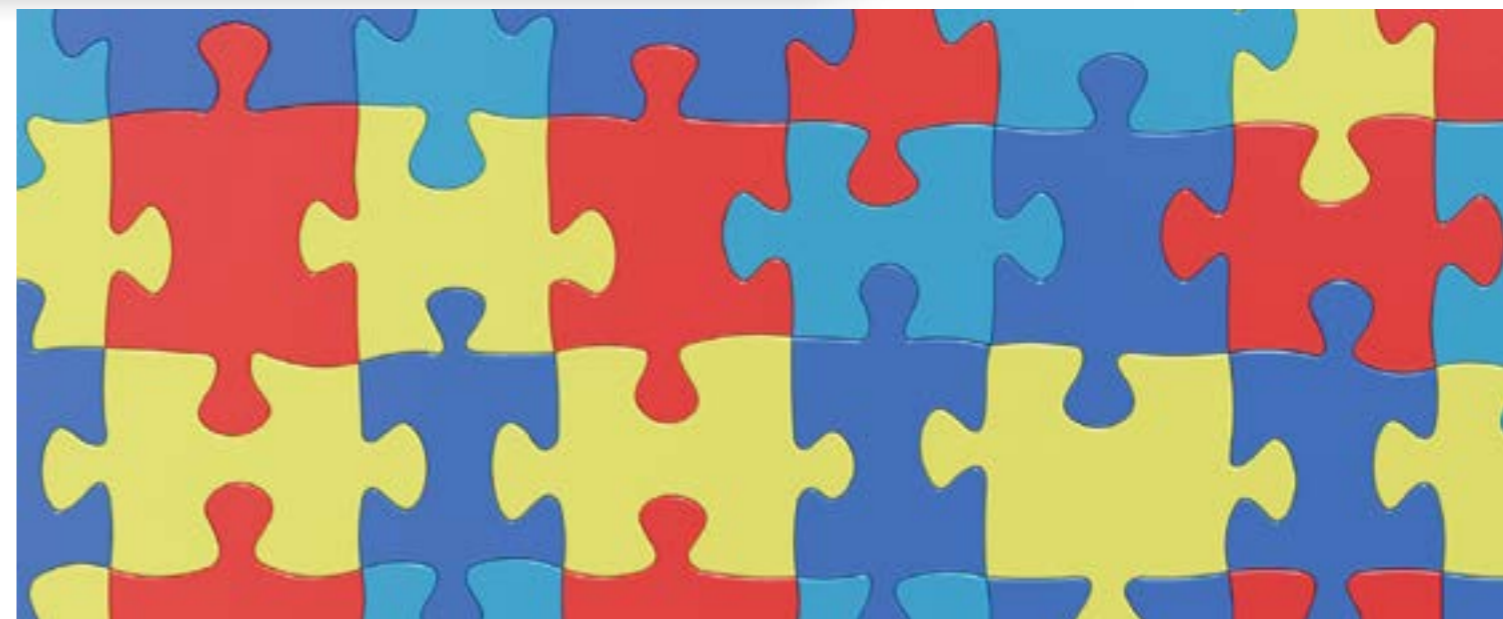
50 jaar kennis en ervaring delen

Om de openheid meer kans te geven en angst en dwangklachten echt uit de taboesfeer te halen, is ook een rol weggelegd voor de therapeuten. Die samenwerking tussen patiënt en therapeut staat centraal op het jubileumcongres, 22 september in Driebergen. "Dit jaar vieren wij dat wij ons al 50 jaar inzetten om angst- en dwangstoornissen

een gezicht te geven. We delen al een halve eeuw kennis en ervaring. En dat stopt nooit. Daarom staat 22 september in het teken van openheid en delen. Het wordt een dag van uitwisseling van ervaringen, informatie over de nieuwste behandelmethodes en presentaties en workshops van inspirerende professionals. Eén van de professionals, en ook ervaringsdeskundige, is Menno Oosterhoff. Menno is psychiater die zelf last heeft van een dwangstoornis. Hij schreef hierover het boek Vals alarm. In 2017 ontving hij de Antonie Kamerling award voor zijn openheid met een dwangstoornis. Het volledige programma wordt binnenkort bekend gemaakt op de [website van de ADF stichting](#). Voor een feestelijke afsluiting is ook een speciale dame uitgenodigd. Wie dat is? [Meld je aan](#) en kom het zelf beleven". ●

MEDILEX

Onafhankelijke nascholing voor zorgprofessionals



Comorbiditeit bij volwassenen met autisme

Signaleren, begeleiden en behandelen

Seksuele problemen, persoonlijkheidsstoornissen, eetstoornissen... Bij autisme is vaak sprake van bijkomende problemen (comorbiditeit). Voor de behandeling van bijkomende problemen is het belangrijk om rekening te houden met het autisme van uw cliënt. Standaardtherapieën werken vaak niet.

Welke behandelmogelijkheden zijn er voor volwassenen met autisme én een persoonlijkheidsstoornis? En hoe ondersteunt u mensen met autisme bij hun seksuele ontwikkeling?

Bied effectieve zorg door in de behandeling van bijkomende problemen rekening te houden met het autisme van uw cliënt!

Tijdens het congres worden onder meer onderstaande onderwerpen behandeld:

- * Welke verschillen zijn er tussen autisme en een persoonlijkheidsstoornis?
- * Hoe helpt u uw cliënten met autisme om van hun verslaving af te komen?
- * Bij welke ondersteuning zijn volwassenen met autisme én een eetstoornis gebaat?
- * Hoe krijgen uw cliënten grip op gevoelens van boosheid en frustratie?
- * Ervaringsverhaal - autisme en de maakbaarheid van levensgeluk

Voor diverse beroepsgroepen is accreditatie aangevraagd.

Wanneer: donderdag 20 september

Waar: Hotel Theater Figi, Zeist

Meer informatie: medilex.nl/autismevolwassenen

Wist u dat?
Inschrijven met 5 personen
 =
1 persoon gratis!

In de GGZ komt langzaam maar zeker meer oog voor behandeling van mensen met een 'laag IQ', ofwel een 'lichte verstandelijke beperking'. Vorig jaar vond er een eerste congres met dit thema plaats, met vooral aandacht voor wat is een laag IQ en hoe herken je het? Op het tweede jaarcongres dat plaatsvond op 24 mei 2018 is gekozen voor verdieping, en terecht. Want er komt steeds meer kennis en ervaring ter beschikking, zodat goede GGZ zorg ook toegankelijk wordt voor deze doelgroep en zij niet bij de poort al worden afgewezen met hun 'lage IQ' als contra-indicatie.



'Behandeling van patiënten met een laag IQ in de GGZ'

Verslag van een inspirerend congres

Door: Florrie van der Kamp

Een prikkelde inleiding: kijk verder dan uw GGZ-hulpverleningstunel

Voordat er in de verschillende workshops aandacht is voor al die nieuwe kennis, ontwikkelingen en aangepaste behandelmodules eerst een prikkelde inleiding door van Albert Jan Kruiter van het Instituut voor Publieke Waarden. Dit Instituut ontwikkelt 'nieuwe oplossingen voor publieke problemen' d.m.v. actieonderzoek en kennisontwikkeling. Kruiters vestigt in zijn verhaal er de aandacht op dat we met al onze instituten en instellingen elkaar gek maken met systemen, protocollen, richtlijnen, aanmeldings- en uitsluitingscriteria en steeds uitdijende bureaucratie. Vaak gooien we daarmee veel gemeenschapsgeld over de balk en staan we goede hulp soms meer in de weg dan dat we problemen oplossen.

Als sprekend voorbeeld het verhaal van de alleenstaande zwakbegaafde vader die veel verschillende problemen heeft, iets wat vaak voorkomt bij deze kwetsbare groep omdat het voor hen extra lastig is zich te handhaven in onze complexe samenleving: hij is zijn baan kwijt, heeft daardoor financiële problemen en is hij somber geworden. Hij wordt verwezen naar een psycholoog (€...). Vanwege zijn schulden moet hij ook zijn auto verkopen zodat hij zijn kinderen niet meer zelf naar het speciaal onderwijs kan brengen en er beroep moet worden gedaan op speciaal vervoer (€...). De kinderen vinden dit vervoer akelig en weigeren nog mee te gaan en gaan zo niet meer naar school. Opvoedingsproblemen dus. Opvoedingsondersteuning (€...) en jeugdzorg (€ ...) wordt ingeschakeld. De schuldhulpverle-

ning komt maar niet op gang omdat hij niet aan 'de voorwaarden' voldoet. Wel is er een batterij hulpverleners inmiddels. Het IPW vraagt de man: wat zou u zelf willen? De man geeft aan dat als hij zijn auto weer zou hebben er vast veel problemen opgelost zouden zijn. Na uitgebreid overleg met alle betrokken hulpverleners (€...) lukt het de paar 1000 euro voor de auto ergens vandaan te halen. De man brengt daarmee zijn kinderen weer zelf naar school. De opvoedingsproblemen nemen snel af. Hij kan ook als taxi fungeren voor een paar andere kinderen uit de buurt, waarmee hij ook weer wat geld verdient. Hij heeft weer het gevoel zinvol bezig te zijn. Hij is niet meer somber. De hulpverleners kunnen naar huis. Boodschap van het IPW: Blijf uw gezond verstand gebruiken. Als de context van iemand 'ziekmakend' is, en dat komt nogal eens voor bij deze kwetsbare groep, ga iemand dan niet duur behandelen voor een psychische stoornis, maar probeer wegen te zoeken om de omstandigheden te verbeteren. Bespaar op zorg door te investeren in bestaanszekerheid. En bedenk: mensen weten vaak zelf heel goed wat ze nodig hebben: luister daarnaar en neem dat serieus. Na deze verfrissende inleiding, met als boodschap 'blijf kritisch kijken of GGZ-hulp wel de meest geschikte manier is om gepresenteerde problemen aan te pakken', zijn er verschillende informatieve en inspirerende workshops over de meest recente ontwikkelingen in de GGZ-zorg voor deze doelgroep. De GGZ heeft deze patiënten wel steeds meer te bieden.

Wat weten van psychische stoornissen bij mensen met een laag IQ?

Wanneer spreken we eigenlijk van een laag IQ? De termen zwakbegaafdheid en licht verstandelijk beperkt worden vaak door elkaar gebruikt. Officieel spreken we van zwakbegaafdheid (ZB) bij een IQ tussen 70 – 85 en van een licht verstandelijke beperking (LVB) bij een IQ tussen de 55-70. Bij ongeveer 15% van de Nederlandse bevolking – ruim 2 miljoen mensen - is er sprake van een IQ tussen de 55 en 85 (13% zwakbegaafd en 2% licht verstandelijke beperking). Bekend is dat deze groep kwetsbaar is en meer dan gemiddeld 'vatbaar' voor psychosociale problemen, zodat ze ook vaker dan gemiddeld in aanraking zullen komen met hulpverleningsinstanties, waaronder de GGZ.

Wat weten we van psychische stoornissen bij mensen met ZB/LVG? Een paar gegevens op een rij:

- Vermoedelijk komen psychische stoornissen 3 à 4 keer vaker voor
- Alle stoornissen komen ook voor bij mensen met een lager IQ
- Sommige psychische stoornissen komen vaker voor bij mensen met een lager IQ. Denk aan: PTSS, autisme, psychotische stoornis NAO, persoonlijkheidsstoornissen, problematisch middelengebruik
- Vaak in combinatie met een scala aan (psychosociale) problemen en
- Inclusief somatische aandoeningen, genetische afwijken etc.

Toch valt het vaak niet mee voor bijvoorbeeld huisartsen om voor patiënten met een laag IQ

een passende GGZ-behandeling te vinden. Soms wordt het lage IQ als contra-indicatie gezien voor GGZ-behandeling, of komen patiënt en behandelaar niet tot een goede behandelrelatie en stopt de behandeling vroegtijdig.

Steeds meer behandelaren in de GGZ realiseren zich dat zij te kort schieten als het gaat om behandeling van deze groep patiënten en zoeken naar antwoorden op hun vragen.

Algemene richtlijnen voor GGZ-behandeling van mensen met een laag IQ

Een aantal algemene antwoorden op deze vragen zijn te vinden in de recent gepubliceerde generieke module 'Psychische stoornissen en licht verstandelijke beperking'.

Deze generieke module is onderdeel van de reeks zorgstandaarden die zijn ontwikkeld door het Kwaliteitsnetwerk GGZ (www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl) en is te raadplegen op www.ggzstandaarden.nl.

De module biedt een algemeen kader om naast en aansluitend op de meer specifieke kwaliteitsstandaarden te gebruiken.

Hoofdpunten uit deze module zijn:

- Belang van vroegtijdige herkenning en diagnostiek van ZB/LVB
- Aanknopingspunten voor passende communicatie en bejegening
- Specifieke aandacht voor de diagnostiek van psychische stoornissen omdat deze zich soms anders dan gebruikelijk kunnen uiten
- Bij behandeling flexibiliteit en creativiteit om bestaande protocollen aan te passen

- Goede communicatie, heldere verwijslijnen en nauwe samenwerking met andere zorgverleners die vaak betrokken zijn bij deze doelgroep.


In de workshop van Jannelien Wieland, psychiater gespecialiseerd in deze problematiek en 'aanjager' van deze module, komt o.m. de vraag naar voren wanneer de reguliere GGZ deze doelgroep kan behandelen en wanneer verwezen moet worden naar een hooggespecialiseerd instituut? Antwoord zit in de mate waarin de verstandelijke beperking en de psychische problematiek met elkaar interfereren.

Behandel mogelijkheden: We kunnen aan de slag!

Naast deze generieke module komt op het congres diverse nieuw ontwikkelde 'interventiemethodieken' aan bod die geschikt zijn (gemaakt) voor de doelgroep ZB/LVB. Sommige methodieken hebben meer het karakter van psycho-educatie, of training, anderen meer het karakter van behandeling. Het mooie is dat een aantal van deze modules veelal zonder kosten beschikbaar zijn.

De workshops die ik gevolgd heb waren 'Denken voelen en doen' – ontwikkeld bij Rivierduinen/Kristal – en 'Narratieve levensverhaleninterventie: wie ben ik' – ontwikkeld bij VGGNet i.s.m. Technische Universiteit Twente.

'Denken, voelen en doen' is een training die vooraf kan gaan aan een CTG-behandeling. Om van een CTG te kunnen profiteren worden veel vaardigheden verondersteld zoals het herkennen van verschillende emoties, het onderscheiden van



"...het is lastig om voor patiënten met een laag IQ een passende GGZ-behandeling te vinden..."

emoties, het onderscheid kunnen maken tussen gedachten, gevoelens en gedrag en het snappen van het verband tussen deze drie. Voor iemand met een laag IQ geen simpele dingen. Prachtig om te horen en te zien hoe met hele kleine stappen en concrete oefeningen deze vaardigheden kunnen worden geleerd. En zelf al is een CTG-behandeling een brug te ver, dan is uit deze training al heel veel positiefs te halen voor een patiënt.

De Narratieve levensverhaleninterventie is een behandelmethodiek die, voor zover ik weet, veel minder structureel wordt ingezet bij GGZ-instellingen dan bijvoorbeeld CTG of EMDR. Mijn nieuwsgierigheid ernaar is ingegeven door mijn ervaring (als POH-GGZ) dat mensen enorm veel kunnen ontlenen aan het vertellen van hun (levens)verhaal, de aandacht die de behandelaar daarvoor heeft en het (her)waarderen van belangrijke ervaringen, positief en negatief.

De gepresenteerde interventie is nieuw ontwik-



"...goed verwijzen en samenwerken is een hele kunst..."

keld voor mensen met een lichte verstandelijke beperking dan wel zwakbegaafdheid en met depressieve- of trauma gerelateerde klachten en uit onderzoek is inderdaad gebleken dat de methode significant effectief is bij deze klachten. Er is een uitgebreide handleiding, een gestructureerd werkboek en een train-de-trainer scholingstraject.

Andere gepresenteerde behandelmogelijkheden waren onder meer:

'Weet wat je kan' – ontwikkeld bij Trajectum (e.a.), is een vorm van psycho-educatie: hoe je met een patiënt een laag IQ en de gevolgen daarvan bespreekt.

'Training emotieregulatievaardigheden' – ontwikkeld bij Poli-plus, toegespitst op de ZB/LVG doelgroep.

'Schematherapie voor cliënten met LVB: helpers en helden gezocht!' – ontwikkeld bij Trajectum i.s.m. met de Rooyse Wissel.

'Behandelen van complexe PTSS bij mensen met een laag IQ' – ontwikkeld bij Poli-plus.

'Verslavingsbehandeling voor patiënten met zwakbegaafdheid en LVB' – ontwikkeld bij Tactus

Verslavingszorg.

Specifieke informatie hierover is te vinden via genoemde organisaties.

De kunst van goed verwijzen en samenwerken

Tot slot kan het 'levend verwijskwartetspel' dat plenair plaatsvond niet onvermeld blijven: in dit spel wisselden vier groepen t.w. huisartsen/POH-GGZ, wijkteams, GBGGZ/SGGZ, en hooggespecialiseerde GGZ-instellingen uit waarheen ze een concreet gepresenteerde patiënt zouden verwijzen en met welke argumenten. Aan de hand van deze ervaringen en discussies werd maar weer eens duidelijk dat goed verwijzen en samenwerken een hele kunst kan zijn in het woud van instellingen, regels, bureaucratie met daarbij de verschillen per gemeente waarmee iedereen te maken heeft. Een kunst die we met elkaar in de vingers moeten zien te krijgen als we ook voor mensen met een laag IQ goede en passende GGZ-behandeling mogelijk willen maken. ●



WORDT U DE PRAKTIJKONDERSTEUNER GGZ VAN DE TOEKOMST?

Met de komst van de basis GGZ is er een duidelijke toename van vragen in de eerste lijn van cliënten met psychische en psychiatrische klachten of ziektebeelden. De huisarts vervult hierin een poortwachtersrol én een regisserende rol. Hij vraagt hierbij ondersteuning van de praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ. Een praktijkondersteuner die coördineert, voorlichting kan geven, cliënten kortdurend kan behandelen en begeleiden en via triage en screening kan doorverwijzen.

IETS VOOR U?

- + U heeft een afgeronde opleiding op bachelorniveau en enkele jaren praktijkervaring.
- + U wilt een huisarts ondersteunen bij de eerstelijns GGZ.
- + U wilt de zorg voor cliënten met GGZ-problematiek verbeteren.

Klik [hier](#) voor meer informatie over de opleiding praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ.

**MET EEN PLUS
ACHTER JE NAAM
BEREIK JE MEER**

avans⁺
improving professionals



Gedaanten van de waanzin, van schaamteloze razernij naar onbegrepen belevingswereld

“De moderne waanzin is een subversieve onttrekking aan de betekenissen die wij met elkaar delen. Waanzin zit van binnen én van buiten, want de samenleving doet mee. Dat is nooit anders geweest.”

Zo eindigt ‘Gedaanten van de waanzin’ van Rob van den Bosch, emeritus hoogleraar Psychiatrie. Van den Bosch was werkzaam in Groningen en hield zich op verschillende wijzen vooral bezig met schizofrenie. Na dat werkzame leven verschijnt dan nu van zijn hand een dik en dichtbedrukt boek over het aloude begrip Waanzin, waarbij Van den Bosch ons laat profiteren van zijn grote kennis op het gebied van de waanzinnige mens. In ruim 370 pagina’s neemt hij de lezer mee in de historie van wat we tegenwoordig kennen als Psychiatrie. Je kunt natuurlijk vermoeden dat Waanzin van alle tijden is. Maar wat betekent dat begrip nou eigenlijk en hoe gaan we er mee om? Hoe heeft het begrip zich ontwikkeld in de loop der tijden, welke verklaringen waren in verschillende tijden en op verschillende plaatsen in Europa in zwang? Om dat te onderzoeken neemt Van den Bosch de lezer mee door de geschiedenis van het begrip Waanzin vanaf de oude Grieken tot in onze tijden van DSM-5.

Aloude begrippen als melancholie, frenitis en manie passeren de revue, zoals natuurlijk ook de theorie van de lichaamssappen of humores die door de oude Grieken werd vastgesteld en eeuwenlang basis bleef van denken over waanzin: bloed, gele gal, zwarte

gal en slijm. Van den Bosch neemt je mee naar de middeleeuwen, kijkt uitgebreid rond in de renaissance, toont ons ontwikkelingen in het denken in Frankrijk, Duitsland en Engeland en laat grote denkers van belang de revue passeren. Hij toont ons daarmee dat er weliswaar ontwikkelingen waren, dat er ook nieuw begrippenkader ontstond, maar dat er eeuwenlang vooral werd gekeken naar een veronderstelde toestand en er maar weinig gebruik werd gemaakt van observeren en dat wat we tegenwoordig zo graag en veel doen, klinisch redeneren. Naast het ontwikkelen van de medische blik op waanzin laat Van den Bosch ons zien dat het denken over Waanzin vooral ook een cultuurhistorisch verhaal oplevert. Wat mij betreft geeft die constatering een meerwaarde aan het boek.

De opvatting dat de mens een lichaam heeft waarin de van God gegeven ziel huist, heeft van oudsher een prominente rol in onze cultuur gespeeld en die tweedeling heeft in hoge mate onze opvattingen over waanzin bepaald. In die opvatting is de ziel onaantastbaar en wanneer de gekte toeslaat is dat een defect van het lichamen functioneren, dat moet dan wel. Wat gekte is, dat wordt in hoge mate bepaald door het volkservaren, een gegeven dat zich uitkristalliseert als je al die honderden jaren op een rijtje zet. Dat wat als normaal wordt ervaren, zal vanzelfsprekend bepalen wat niet normaal is.

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

Johan Atsma is docent/coach MBO verpleegkunde.

Die rode draad vind je in het gehele boek telkens weer terug. Welke opvattingen over waanzin er ook zijn, welke veranderingen er in de loop der geschiedenis plaats vinden in naamgeving, analyse en behandelmethodes, telkens steekt het idee dat lichamen disfunctioneren ten grondslag ligt aan de waanzin de kop op. Je kunt je afvragen of we tegenwoordig met alle opvattingen over het disfunctioneren van de hersenen bij psychiatrische problematiek en het zoeken naar medicatie die dat kan beïnvloeden nog steeds die aloude opvatting hanteren in wederom een nieuwe jas.

Het laatste hoofdstuk van ‘Gedaanten van de waanzin’ maakt Van Den Bosch de balans op en zet het hedendaagse denken over Waanzin en psychiatrie in perspectief. Het is een sprankelend einde van een boek dat met een overdaad aan informatie, soms onnavolgbare zinnen en heel veel tekst die niet altijd beklijft de lezer murw maakt. Soms klinkt een lang en door zijn urenlange lengte, saai hoorcollege door in de tekst. Het is pittig huiswerk om greep te krijgen op de niet altijd heldere structuur die Van den Bosch aan zijn tekst geeft. Aan de andere kant weet hij de historie van de waanzin prachtig te illustreren door middel van heel veel historische casussen die hij boven water heeft weten te krijgen in de aloude analen van wat pas kort psychiatrie heet. Wil je er moeite voor doen, ben je geïnteresseerd in de zich ontwikkelende taal van de psychiatrie in



zijn historische context, ben je nieuwsgierig naar het cultuurfilosofische denken dat het begrip Waanzin omgeeft, neem er dan de tijd voor en ga aan de slag met dit boek.

Rob van den Bosch: ‘Gedaanten van de waanzin, van schamteloze razernij naar onbegrepen belevingswereld’;

Uitgeverij Atheneum - Polak & van Genneep, 374 pagina’s incl. noten; prijs € 24,99;

ISBN: 978 90 253 0847 6

Open boek

ik heb een hekel aan boeken die openliggen
waarin het leven bloot – gratis – lijkt te zijn
met bladeren die zintuigelijk wiegen
op een doodgewone zondag

ik heb een hekel aan bloemen op het behang
ze herinneren mij aan een tijd
waarin alles een illusie leek

al had ik zo mijn eigen dromen
gekoesterd door wollige woorden
in opgeklopte zinnen

liever draai ik nog eens rond
dan voorop te lopen
niemand die het ziet

ik heb een hekel aan levensechte dromen
ze verstoren mijn eigenzinnige beelden
ontroostbaar hap ik ademloze lucht
verstikkende tranen omhelzen mij

ik stap nog liever op
zoekend wat mij raken kan
dan eindeloos pagina's om te slaan

ik ben geen open boek

© Gisele Vranckx

© Gisele

GGZtotaal



VOORKOMEN IS BETER...

**WRONG
WAY**

Handwritten signature or mark.

De Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE): een nieuw instrument voor het inschatten van dreigend delictgedrag

Hoe verklein je het risico op terugval in dreigend delictgedrag? In de forensische zorg is dat de centrale vraag. Hierbij moeten behandelaars een goed onderbouwde inschatting maken van risicofactoren die kunnen leiden tot herhaald grensoverschrijdend gedrag.

Vanaf 2019 gaan alle ambulante instellingen in de forensische zorg met hetzelfde risicotaxatie-instrument werken. Met de Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE) kunnen behandelaars monitoren of de behandeling aanslaat of moet worden bijgesteld. Bovendien kunnen met dit nieuwe instrument voor het eerst behandelresultaten van verschillende forensische zorgaanbieders eenduidig met elkaar worden vergeleken.

Versnipperd veld

“Tot voor kort maakten ambulante forensische zorgaanbieders hierbij gebruik van maar liefst 22 verschillende risicotaxatie-instrumenten”, zegt Joan van Horn, hoofd Afdeling Onderzoek bij de Waag (onderdeel van De Forensische Zorgspecialisten) en docent bij de RINO Groep. “Dat is illustratief voor de versnipperde manier waarop tot voor kort risicotaxaties werden verricht in de forensische zorg. Hierdoor was het niet goed mogelijk om in het gehele ambulante forensische veld risicotaxatie-uitkomsten met elkaar te vergelijken. Maar dat verandert vanaf 2019, omdat dan in alle instellingen die forensische

behandelingen aanbieden de Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE) wordt ingezet.”

Goed gefundeerd instrument

Het projectteam dat FARE de afgelopen jaren ontwikkelde, werd begeleid door Joan en Stefan Bogaerts, hoogleraar forensische psychologie bij de Universiteit van Tilburg en directeur-hoogleraar Fivoor Wetenschap en Behandelinnovatie. In opdracht van het programma Kwaliteit Forensische Zorg werkten zij aan een goed gefundeerd taxatie-instrument dat is toegesneden op de problematiek van Nederlandse delinquenten die gedwongen of vrijwillig ambulant worden behandeld.

Behalve een meta-analyse naar internationale literatuur over risicofactoren bij delictgedrag voerden zij ook een data-analyse uit op gegevens van ruim 5.000 delinquenten. “Bovendien spraken we met forensische behandelaars, om ook hun ervaringen en inzichten mee te nemen”, vertellen Joan en Stefan terugkijkend.

“Dit leidde tot een bevestiging van de acht meest relevante risicofactoren (Central Eight), zoals een criminogeen sociaal netwerk, middelengebruik en een antisociale attitude. Deze risicofactoren maken nu onderdeel uit van de FARE, en spelen daarnaast ook een belangrijke rol in het Risk Need Responsivity Model, het leidende behandelmodel in de forensische zorg.”

FARE-TRAINING: VERTAALSLAG NAAR BEHANDELDOELEN

Het bepalen van het risico op terugval is natuurlijk geen doel op zich. Het gaat erom dat behandelaars de uitkomsten van FARE inzetten om behandeldoelen op te stellen en die zo nodig aan te scherpen. “Het maken van de vertaalslag van risicotaxatie naar behandeldoelen is daarom een belangrijk onderdeel van de training”, zegt Joan, die daarom bij de RINO Groep een FARE-training verzorgt. “Tijdens de eendaagse training leer je als deelnemer hoe je FARE optimaal kunt inzetten tijdens een ambulante behandeling. Dat vereist natuurlijk kennis van het achterliggende model. Maar daarnaast leer je ook hoe je alle informatie die uit de concrete antwoordcategorieën van FARE naar voren komt goed kunt wegen. Dat is essentieel voor een juiste inschatting van het recidiverisico en het bijstellen van de behandeling.”

De FARE-training start op 25 juni a.s. Opgeven is mogelijk tot 21 juni, of zolang er plaats is.

[Klik hier voor meer informatie.](#)

Positieve reacties

“Dankzij onze samenwerking ligt er nu een handzaam instrument waarmee het gehele ambulante forensische veld periodiek kan gaan ROMmen (Routine Outcome Monitoring) om te zien of de ingezette behandeling inderdaad het beoogde effect heeft”, zegt Joan. “En de eerste reacties op FARE zijn heel positief! Behandelaars zijn blij dat er nu eindelijk een instrument ligt dat echt is toegesneden op hun doelgroep. Dat voorkomt dat zij ‘administratief-lijstjes-invullen-omdat-het-moet’, zoals soms het geval was.”

“Het is dus heel goed geweest dat we behandelaars actief betrokken hebben bij de ontwikkeling van dit instrument”, vult Stefan aan. “Dat heeft geleid tot een nog groter draagvlak. Nu is belangrijk dat behandelaars ook regelmatig terugkoppelingen krijgen, zodat zij de behandelvoortgang periodiek kunnen evalueren.”

Verschillende risicofactoren

Bij het inschatten van de kans op een terugval in delictgedrag is het van belang om een onderverdeling te maken in statische en dynamische risicofactoren. “Bij statische factoren gaat het onder andere om vaststaande gegevens, zoals de leeftijd waarop iemand voor het eerst een delict heeft gepleegd. Hoe vroeger dat tijdstip, hoe groter de kans dat het delictgedrag een soort leefstijl is geworden”, legt Joan uit. Door alle scores van deze statische factoren bij elkaar op te tellen, ontstaat er een risico-classificatie. “In FARE gaat het echter vooral om de dynamische risicofactoren omdat die door behandeling te veranderen zijn.” Dynamische risicofactoren hebben betrekking op de persoon en het gedrag van de persoon (individuele factoren) en op diens sociale- en leefsituatie (contextuele factoren). Deze risicofactoren zijn te beïnvloeden en hangen samen met veranderingen in het recidiverisico.

Delinquenten: generalisten

De mensen die in de forensische zorg worden behandeld, hebben heel uiteenlopende delicten gepleegd, zoals gewelds-, vermogens- en levensdelicten. “Uit onderzoek blijkt dat vier van de vijf delinquenten verschillende typen delicten op hun naam hebben staan. Vaak zijn het dus meer generalisten dan specialisten”, constateert Joan van Horn. Dit vormt volgens haar echter geen belemmering voor het gebruik van FARE.

“Dit instrument is breed inzetbaar voor een breed spectrum aan delict-gedrag”, benadrukt ze. “Zelfs het gros van de zedendelinquenten is generalistisch. Alleen voor bepaalde subgroepen die wel specialist zijn in een bepaald delict - zoals mensen met een pedofiele stoornis of plegers van huiselijk geweld - is het nodig om delict-specifieke risicotaxatie-instrumenten in te zetten.”

“Daarnaast is het instrument ook geschikt voor mensen die nog geen delict hebben gepleegd maar bij wie wel sprake is van een dreiging”, vult Stefan aan. “Hetzelfde geldt voor cliënten die vrijwillig in behandeling zijn voor bijvoorbeeld een agressieprobleem.”

Verder vervolgonderzoek

FARE is ontwikkeld als papieren versie. Inmiddels is het instrument echter gedigitaliseerd en ingebouwd in diverse ROM-systemen en EPD's. Om het instrument verder te verbeteren, vindt op dit moment vervolgonderzoek plaats waarbij ook voor de dynamische risicofactoren een rekenmodel wordt ontwikkeld. Zo wordt het mogelijk om het recidiverisico nog objectiever te classificeren. ●

MEDILEX

Onafhankelijke nascholing voor zorgprofessionals

Personen met verward gedrag in beeld Zorg en opvang organiseren in de keten

Wist u dat?
Inschrijven met 5 personen
= 1 persoon gratis!

Studiedag over personen met verward gedrag

Het aantal incidenten met personen met verward gedrag is wederom gestegen. In 2017 zelfs met 12 procent. Goede en snelle zorg bieden aan deze doelgroep is van groot belang en vraagt om een domein overschrijdende werkwijze. Hoe versterkt u deze ketensamenwerking? Wat is de rol van de verschillende ketenpartners en wat kunnen zij voor elkaar betekenen? En hoe gaat u om met privacy en geheimhoudingsplicht als verschillende disciplines samenwerken?

Tijdens het congres 'Personen met verward gedrag in beeld' krijgt u de nieuwste inzichten rond de opvang van personen met verward gedrag aangereikt.

Onder leiding van dagvoorzitter Bauke Koekkoek passeren de volgende onderwerpen de revue:

- Van plan van aanpak naar uitvoering - wat zijn mogelijke valkuilen bij het vormgeven van de ketensamenwerking?
- Hoe geeft u de hulpverlening en (na)zorg aan personen met verward gedrag het beste vorm?
- Hoe zet u preventie in als interventiemethode?
- Hoe krijgen we minder mensen in de acute (nood)zorg?
- Hoe gaat u zorgvuldig om met het beroepsgeheim en privacyregels? En hoe zit het met de rechten van de cliënt?
- Wat is de impact van de AVG wetgeving op de samenwerking met ketenpartners?

Voor diverse beroepsgroepen is accreditatie aangevraagd.

Wanneer: dinsdag 4 september

Waar: NH, Amersfoort

Meer informatie: medilex.nl/verwardgedrag

Dwang en Drang in de GGZ: terug bij af?

Door: Hamp Harmsen

Het voorkomen en tegengaan van crisissen

Het tegengaan van Dwang en Drang in de GGZ is 'still work in progress'. Tussen 2006 – 2012 waren zes subsidiejaren waarbij diverse projecten en initiatieven mogelijk werden gemaakt door subsidie van VWS om Dwang en Drang terug te dringen in de GGZ. Op 29 november 2012 vond het slotcongres plaats in het Beatrix Theater in Utrecht, georganiseerd door GGZ Nederland. Daarbij werd teruggekeken op die 6 jaar en werd de vraag gesteld: "Hoe nu verder?" Met veelbelovende initiatieven en beleidsvoornemens zag de toekomst er rooskleurig uit. In de afgelopen zes jaar heeft het veld zich dan ook doorontwikkeld en zijn op instellingsniveau mooie resultaten bereikt. De kwaliteit van de zorg is hiermee omhoog gegaan.

Maar zijn er minder dwang en drangmaatregelen toegepast?

Stijging van het aantal suïcides

In februari van dit jaar kopte de landelijke media over het aantal toegenomen suïcides. Zelfmoord onder patiënten bij ggz-instellingen nam licht toe. Terwijl het cijfer bij de ene instelling daalde, steeg het bij de andere. Dit bleek uit cijfers die de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd publiceerde. Het ging om ongeveer 40 procent van alle suïcides. De geestelijke

gezondheidszorg moet suïcide juist voorkomen. De geestelijke gezondheidszorg moet ook het toepassen van Dwang en Drang voorkomen. Wat zeggen de cijfers daarover?

Tot 2014 zijn er landelijke cijfers bekend over het toepassen van Dwang en Drang in Nederland. Conform wetgeving dienen alle geestelijke gezondheidszorg instellingen vanaf 2012 alle dwang en drangtoepassingen te registreren. Onder de noemer Argus, bundelt deze gegevensset de gegevens over de toepassing van de meest voorkomende vrijheidsbeperkende interventies in de ggz. De gegevensset schrijft voor welke informatie er minimaal moet worden verzameld en op welke manier. Het betreft hier dus separatie, afzondering, fixatie, dwangmedicatie en dwangvoeding. Uit alle Argusdata samen werden de landelijke cijfers gegenereerd.

Eind 2013 werd besloten de argusdata onder te brengen bij Stichting Benchmark GGZ, kortweg SBG. Naar het nu lijkt gooide men daar het kind met het badwater weg. Er ontstond al snel een welhaast academische discussie over de legitimiteit van de aanlevering van gegevens en wat er verder mee gebeurde. Waren data te herleiden tot individuele patiënten?

In 2017 stelde de Autoriteit Persoonsgegevens (AP)

een onderzoek in naar de Stichting Benchmark GGZ (SBG). Doel van dit onderzoek was er achter te komen of het werk dat de stichting doet voldoet aan de wet- en regelgeving rondom privacy. Tot nu is de discussie hierover niet beslecht. Met geen landelijk beeld van Dwang en Drang cijfers als gevolg. We weten op het moment van schrijven dus niet of er meer of minder dwangmaatregelen in Nederland worden toegepast sinds 2014.

Hoop, of uitgestelde teleurstelling?

Maar er gloort ook hoop aan de horizon. Op afdelingsniveau zijn betrokken hulpverleners er wel van doordrongen dat zorg en dwang niet in één adem genoemd horen te worden. Ook de afgelopen jaren zijn methodieken doorontwikkeld. Geheel andere manieren van werken, met regie en autonomie centraal, in de bejegening, begeleiding en behandeling van patiënten. Wie heeft er bijvoorbeeld gehoord van "patiënt gecontroleerde opname", waarbij een patiënt zelf bepaald wanneer en waar hij moet worden opgenomen? En alleen met dokters spreekt als hij dat expliciet wil en ook weer weggaat als hij/zij dat wil. Of neem het voorbeeld van [Safewards](#). De doelstelling van het Safewards-model is ook alles wat leidt tot

effectieve crisisinterventie, namelijk psychiatrische afdelingen vriendelijker maken, minder agressie en incidenten, meer betrokkenheid en presentie, veiligheid verhogen en dwang verminderen. Binnen het Safewards-model hebben woorden zoals "conflict/escalatie" vooral betrekking op crisis gedrag van patiënten dat aanleiding kan geven tot escalaties in termen van agressie incidenten, zelfbeschadigend gedrag, suïcidaal gedrag, excessief middelen gebruik of het ongeoorloofd verdwijnen van de afdeling. Het is bekend dat escalaties en dwang elkaar kunnen versterken. Dus dwang voorkomen is escalaties voorkomen. En vanuit de Safewards-gedachte gaat men bewust aan de slag met beïnvloedende factoren, de escalatie kansen en het steeds overwegen wat de hulpverleners het beste kunnen doen om het verschil te maken. Safewards biedt een reeks aan interventies die door hulpverleners kunnen worden gebruikt om crisissen tegen te gaan.

Personeelstekort, kwalitatief en kwantitatief!

Toch enkele kritische noten. We weten op landelijk niveau niet hoe het staat met de dwang en drangtoepassingen. We weten daarmee ook niet of het werk in de kliniek 'beter' is geworden. Wel weten we dat de

Het psychiatrisch ziekenhuis In Birmingham(UK) liet een tijdlang elke dag op de gesloten afdeling iemand uit de kaartenbak van het arbeidsbureau komen. Buschauffeur, loodgieter, timmerman, advocaat, huisvrouwen, het hele maatschappelijk spectrum. De meesten kwamen daarna nooit meer terug. Ongeschikt om met patiënten om te gaan, geen motivatie of gewoon te bang. Af en toe zat er een parel tussen. Hart op de goed plaats, gemotiveerd, taal spreken van de patiënt, natuurlijk overwicht, charisma etc. etc. Daar investeerde de instelling dan in met scholing en training. Win-win.

Motto: Education is highly overrated and street accredibility counts. Echt contact!

categorie klinische patiënten 'zwaarder' is geworden omdat er langer ambulante gewerkt wordt. En we weten dat het lastiger is geworden om een goede en gekwalificeerde bezetting te verkrijgen.

Linda van de Bos van Projectenwerk verzamelde de projectrapportages over 2010-2012 en keek wat alle instellingen deden om separeren terug te dringen. Gerapporteerde succesfactoren waren: borging in de organisatie, scholing, inzet van familie en ervaringsdeskundigen, dagbesteding, gastvrije zorg en aanpassingen aan het gebouw. Faalfactoren zijn: gebrek aan borging en aandacht, reorganisaties en personele problemen. En dat laatste is wel een dingetje. GGZ Nederland maakte zich recent bijvoorbeeld ook ernstig zorgen over het tekort aan personeel in de geestelijke gezondheidszorg. Voor verpleegkundigen loopt dit tekort tot ruim 10% op. Structurele tekorten van deze cruciale functies zullen niet bijdragen aan terugdringen Dwang en Drang. Met oplopende personeelstekorten wordt dit wellicht onmogelijk. Een aantal ggz-organisaties luiden nu al de noodklok. GGZ Nederland verwacht dat de personeelstekorten de komende jaren alleen maar toenemen.

Wat personele bezetting betreft is er ook een trend

te signaleren. We stellen qua opleiding steeds hogere eisen aan hulpverleners. Daarmee lijkt het aloude handwerk van crisisbestrijding naar de achtergrond te verdwijnen. We schalen op met zorgbeveiligers wat ertoe leidt dat dit handwerk door de hulpverleners nog minder beheerst gaat worden. Deze vicieuze cirkel zal leiden tot minder competente crisis-interventors. De branchevereniging GGZ NL pleit voor uitbreiding van de opleidingscapaciteit om in de toekomst meer academisch geschoolde professionals te krijgen. Verder pleiten ze voor financiering om omscholing en opscholing (van mbo- naar hbo-niveau) in werktijd mogelijk te maken.

Peter Pierik, tien jaar lang was hij zelf patiënt, nu ervaringswerker bij Mediant, is ten behoeve van het aankomende congres Dwang en Drang gevraagd wat er nodig is om Dwang en Drang verder terug te dringen. Wat draagt bij aan effectieve crisisbestrijding? Hij vat het samen in twee woorden: "Echt contact!" Mooie omgevingen, EBK 2.0, HIC's, academische opleidingen ten spijt, als er geen echt contact is, zal je nooit goede zorg leveren.

Meer dwang in de toekomst!

Met de ambulantiseringbeweging, meer regie en autonomie bij de cliënt, een veranderende en mindere tolerante samenleving en straks een nieuwe behandelwet, de Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg, zal ook buiten de klinieken dwang en drang op de agenda staan. Hoewel de nieuwe wet meer gericht op het voorkómen van verplichte zorg en het kiezen voor minder dwang is verplichte zorg buiten de instelling straks ook een optie. Onder de huidige wet (Bopz) is gedwongen zorg alleen mogelijk in een psychiatrisch ziekenhuis met Bopz-aanmerking. Behandeling tegen de wil in van een cliënt kan alleen bij een gedwongen opname. In de Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg staat dat verplichte zorg meer op maat gegeven moet kunnen worden. Bijvoorbeeld door iemand buiten een instelling verplichte begeleiding te geven, aan huis of in een polikliniek. Een zwartkijker zou kunnen denken dat er straks dus alleen maar meer dwang is. Zowel intramuraal als extramuraal. En meer dwang betekent per definitie meer crisissen.

Hoe nu verder

In 2012 sloot Directeur Paul van Rooij van GGZ Nederland het congres Dwang en Drang af met een oproep om gedegen te onderzoeken wat succesfactoren zijn bij het verminderen van dwang. "Wij gaan door met het terugdringen van dwang en drang," vertelde hij.

Exact zes jaar later, op 29 november, is er een landelijk Dwang en Drang Congres en zullen we de resultaten zien. In 2012 werd de vraag gesteld: "Hoe nu verder?" Nu is het tijd om de balans opnieuw op te maken. En de centrale vragen zijn: "Waar staat, wat doet en wat wil het veld?"

De doelgroep bestaat uit medewerkers uit de ggz die zich bezighouden met het terugdringen van Dwang en Drang in de breedste zin van het woord. Medewerkers van opname afdelingen, HIC's, ouderen afdelingen, langdurige behandelsettings. Terugdringen dwang en drang is voorkomen en tegengaan van crisissen. En het voorkomen en tegengaan van crisissen is het terugdringen van dwang en drang! ●

CRISIS KAART

Deze kaart geef ik u omdat ik in psychische nood verkeer!
Vouw open en kijk hoe u mij kunt helpen.

Persoonlijke gegevens

Naam V. Voorbeeld
Geboren 10 juni 1973
Adres Hoofdweg 1
1122 AA Dichtbij
Telefoon 06-12345678
Verzekering Gouden Kruis
Polisnr. 123456
BSN: 123 4567 000

Hoe ziet een crisis er bij mij uit?

Ik kan soms last krijgen van psychoses waarbij ik dan dingen zie en hoor die er niet zijn. Soms ben ik ook bang dat mensen mij zullen vergiftigen. Dan stop ik met eten. Ik kan wantrouwend zijn in een crisissituatie. Op deze kaart staat wat ik wil dat mensen om mij heen doen, als ik in een crisis kom. Welke pillen ik niet wil en waar ik zeker niet opgenomen wil worden.

Hoe te handelen in geval van een crisis:

Ik wil liever niet aangeraakt worden. Als dat wel moet, dan het liefst door een vrouw. Leg a.u.b. rustig uit wie u bent en wat u gaat doen. Als het niet goed met mij gaat, bel dan mijn zus. Zij weet wat ik nodig heb, regelt de praktische zaken zoals met mijn werk en weet wanneer ze mijn behandelaar moet bellen. In een crisissituatie kan ik vergeetachtig zijn. Herhaal dus enkele keren wat u zegt.

WAARSCHUWING

Geef mij geen Haldol. Daar reageer ik slecht op. Ik word daar nog angstiger van.

Medicijnenlijst

- Antipsychotica
- Rennie 2x daags

Wensen in geval van opname

Mijn voorkeur gaat uit naar:

Naam GGZ Herstel, Afdeling 1
Adres Dijkwal 10
1010 AB Dichtbij
Telefoon 023 300 00 00

Ik wil niet opgenomen worden in de Holtzkliniek.

Vertrouwenspersoon

Naam Stella Steun (zus)
Adres Dalstraat 172
1122 HH Haarlem
Telefoon 06-12 56 34 78

Huisarts Dhr. D. Arts
Telefoon 023 523 53 33

Behandelaar

Naam Dr. Deutsch
Adres Dijkwal 10
1010 AB Dichtbij
Telefoon 023 300 00 00

Crisisdienst GGZ Dichtbij
Telefoon 023 518 7480

Alle genoemde personen zijn volledig op de hoogte van de inhoud van deze crisiskaart. Hierbij geef ik toestemming om in een crisissituatie mijn crisiskaartplan op te vragen bij adviespunt cliëntondersteuning.

datum handtekening

14 november 2017

Deze crisiskaart is van mij en kan alleen werken als de wensen en afspraken door een ieder worden gerespecteerd en opgevat als aanwijzing hoe te handelen.

Belangstelling voor een Crisiskaart?

Neem vrijblijvend contact op met:

E-mail info@crisiskaart.nl
Website www.crisiskaart.nl

“Met die kaart in mijn zak durf ik de straat weer op”

Crisiskaart blijkt een perfect hulpmiddel bij paniek of verward gedrag

Door: Willem Gotink

Stel: je hebt een vorm van autisme en je raakt snel in paniek. Als dat op straat gebeurt, dan is veel ellende te voorkomen als omstanders je broer bellen en verder niet teveel tegen je praten. Of je hebt last van psychoses en het is juist beter als omstanders je kalmerend toespreken en dat ze jouw vertrouwde behandelaar bellen. Of je bent al een aantal keren opgenomen geweest en je grootste angst is dat, als dat nóg een keer gebeurt, je hond een aantal dagen onverzorgd in huis zit opgesloten. Het zijn een paar voorbeelden waarbij omstanders of hulpdiensten relatief eenvoudig erger zouden kunnen voorkomen, als ze maar wisten wat ze moesten doen. Dat is niet altijd makkelijk, want iedereen heeft nu eenmaal een andere gebruiksaanwijzing. En als je in paniek of in de war bent, is het niet eenvoudig om die gebruiksaanwijzing aan wildvreemden te vertellen.

‘Is het niet handig als mensen die een vergroot risico lopen op dit soort gebeurtenissen iets bij zich hebben, waarop die gebruiksaanwijzing staat?’ Dat moeten de ontwerpers van de Crisiskaart zich hebben afgevraagd toen zij een aantal jaren geleden de eerste stappen zetten in de ontwikkeling van zo’n kaart. Een kaart in een handzaam formaat, waarop belangrijke telefoonnummers staan, contactpersonen, noodzakelijke medicatie en andere essentiële informatie. Die kaart kan je in een crisissituatie aan omstanders, de politie, ambulance of andere hulpdiensten geven zodat zij weten wat ze moeten doen en misschien wat ze vooral níet moeten doen.

Zo werd de Crisiskaart geboren. Anderhalf jaar gele-

den werd de kaart ‘ontdekt’ door het Schakelteam Personen met Verward Gedrag, die het idee omarmde en adviseerde het landelijk in te voeren. Sinds die tijd is de Crisiskaart aan een opmars bezig.

Onverwachte bij-effecten

Glenn (52) heeft sinds drie maanden zo’n Crisiskaart. “Ik heb onder andere borderline en kan volledig gedesorienteerd raken. Zo erg dat ik echt de weg niet meer kan vinden. De laatste keer dat me dat overkwam, ben ik in paniek overal aan gaan bellen. Maar niemand wil je helpen, mensen zijn bang, vinden het raar. Uiteindelijk heeft een oud vrouwtje me lopend naar huis gebracht. Dat was vóór ik een Crisiskaart had, zo’n aanval had ik elke maand wel een keer. Het gevolg was dat ik me in mijn comfort-zone opsloot en bijna mijn huis niet meer uitkwam. Naar buiten in mijn eigen buurt was al heel wat. Verder durfde ik echt niet.”

Of zijn Crisiskaart in geval van een crisis ook werkt weet hij niet. De kaart had namelijk een onverwacht bij-effect. Glenn: “Doordat ik die kaart bij me heb, kan ik mensen duidelijk maken wat ze moeten doen als ik in paniek raak. Daardoor ben ik rustiger en durf ik gewoon de straat weer op.” Dat blijkt: Glenn’s comfort-zone bestond uit een paar straten in Amsterdam-Noord. Ons gesprek vindt plaats in Amsterdam-Oost, acht kilometer verderop. Daar durfde hij drie maanden geleden niet eens aan te denken.

“Daarin is Glenn dus niet de enige”, zegt Dorine van Lennep van Cliëntenbelang Amsterdam, de organisatie

die in de regio Amsterdam de Crisiskaart uitgeeft. “De kaart is gemaakt om omstanders te laten weten wat ze moeten doen. Maar die onverwachte bijwerking, het preventieve karakter, dat horen we van meer mensen. Met zo’n kaart op zak durven ze weer de straat op, het geeft ze rust.”

‘Mijn cliënten komen nooit buiten’

Hulpverleners staan over het algemeen niet afwijzend tegenover de kaart, al mag hun opstelling nog wat pro-actiever. Dorine: “Hulpverleners hebben vaak een houding van ‘we hebben onze eigen behandel- en preventieplannen’. Dat daar toch een groot verschil in zit, zien ze niet. Of: ze vinden het wel een goed idee, maar een aanmelding komt er vervolgens zelden”.

Soms is er ook ronduit weerstand: “Laatst was ik bij een Fact-team, waar een medewerker het nut van de kaart niet inzag voor haar cliënten want die kwamen toch nooit buiten. Toen ik uitlegde dat veel mensen juist weer buiten komen dankzij die kaart, was de reactie dat ze dat ook moeten kunnen zónder zo’n kaart.”

Met lichte stemverheffing: “Dan denk ik: ‘Ga jij nou voor je cliënt uitmaken dat hij die kaart niet mag gebruiken’?”

Ook bij Glenn kwam niet de hulpverlener op het idee van een Crisiskaart, maar hijzelf. “Ik liep onder behandeling van het JOT, zag het vaak niet zitten, voelde me onrustig en onzeker en durfde dus de deur niet uit. Daar bij het JOT hing een poster in de gang over de Crisiskaart en daar heb ik mijn behandelaar op gewezen. Toen hebben we een crisiskaartconsulent benaderd en die is bij mij thuis geweest”.

Dorine: “Die behandelaar loopt elke dag door diezelfde gang en ziet die poster dus ook. Maar die komt blijkbaar niet op het idee dat zo’n kaart iets voor Glenn zou kunnen zijn.”

‘Blijkbaar vragen hulpverleners dat zelden of nooit’

En zo begon voor Glenn het traject van de Crisiskaart. Glenn: “Dat had nog best wat voeten in de aarde. De crisiskaartconsulent, René, is drie of vier keer bij me thuis geweest. Je moet je een uitgebreid crisisplan opstellen en daarbij moest er van hem of van mij steeds weer iets anders. Je moet dus heel goed nadenken over wat werkt en wat niet. En als je dat dan duidelijk hebt, moet het zo worden samengevat, dat het op zo’n kaartje past en tóch duidelijk is voor mensen die het lezen. Ik heb twintig medicijnen, maar dat past er niet op. Dus ik heb alleen de allerbelangrijkste erop staan. Verder heb ik het besproken met mijn hulpverlener, die heeft ook nog aanwijzingen gegeven, en met mijn huisarts. Die was echt enthousiast, zij vond het een prachtig plan.”

De vraag of het ook gewoon op een A4-tje had gekund, brengt hem even van zijn stuk. Daar heeft hij eigenlijk nooit over nagedacht. “Tsja, dan was het een gewoon papiertje geweest, dit is wat officiëler. Ik heb zoveel papiertjes in mijn zak. Nee, ik denk het niet.” Had zijn eigen hulpverlener ook een Crisiskaart met hem kunnen maken? Glenn twijfelt: “Ik denk dat ze daarvoor teveel behandelaar is, dat ze teveel in termen van diagnoses en behandelen denkt en dat soort dingen. Het gesprek met de crisiskaartconsulent is breder, het gaat ook om dingen als veiligheid en vertrouwen. Mijn behandelaar heeft wel meegedacht en aanwijzingen gegeven, ze heeft ook haar handtekening eronder gezet.”

Dorine: “Het is een kaart van de cliënt, de cliënt mag bepalen wat er op staat. De crisiskaartconsulent is meestal een ervaringsdeskundige. Die stelt de vraag: ‘Je raakt maandelijks in paniek, wat zou jou op zo’n moment helpen?’ Blijkbaar stellen hulpverleners die vraag zelden of nooit. Ik heb wel eens iemand horen zeggen: ‘Ik heb drie psychiaters gehad en geen één heeft ooit die vraag gesteld’. En de consulent (die geen behandelaar is!), stelt die vraag wél.

Het is best apart dat die vraag zo weinig gesteld wordt.”

Overigens worden hulpverleners wel degelijk bij het maken van de kaart betrokken. Dorine: “Wij raden altijd aan om het met de behandelaar te bespreken. En liefst ook met mensen die een rol spelen bij zo’n crisis. We gaan het niet ‘lekker zelf samen’ doen want hoe meer mensen achter het crisisplan staan en erbij betrokken zijn, hoe beter de opvang zal werken in een crisissituatie.”

Ondertussen is Glenn razend enthousiast over de kaart. “Het is een hele mooie organisatie geweest. De huisarts, mijn behandelaar bij het JOT, de thuiszorg van het Leger des Heils, mijn echtgenote, iedereen is er bij betrokken geweest en heeft zijn handtekening eronder gezet. Mijn huisarts zat echt te kijken, zij vond het zó goed in elkaar zitten.”

Als de kaart geen succes wordt, zal het in ieder geval niet aan Glenn liggen. Hij ontpopt zich als een ware ambassadeur: bij alle organisaties waar hij me te maken heeft of waar hij langskomt, inclusief de huisarts, ligt ondertussen een stapeltje folders over de Crisiskaart.

Zijn enthousiasme is te begrijpen: “Ik zat al drie jaar thuis, ik werd heel veel gepushed om erop uit te gaan, maar door die kaart lukt het me.” ●

In Nederland zijn momenteel 1500 crisiskaarthouders, zij worden ondersteund door 170 crisiskaartconsulenten. De Crisiskaart wordt in Nederland op verschillende manieren bekostigd: via subsidies, door de gemeente, of via de zorgverzekeraar. Voor de kaarthouder zelf is hij gratis.



De Crisiskaart is een samenvatting van een crisisplan. Het opstellen van een Crisiskaart doet de kaarthouder samen met een onafhankelijke crisiskaartconsulent. De inzet van deze ervaringsdeskundige consulent waarborgt het cliëntperspectief en de kwaliteit van de kaart. Eventuele bestaande zorgplannen binnen eventuele lopende behandelingen vormen een uitgangspunt. De meeste kaarthouders delen hun crisisplan met hun behandelaar of met hun huisarts. Die zeggen vervolgens hun medewerking toe en ondertekenen de afspraken.

Denk je dat een Crisiskaart iets voor jou is, of voor één van jouw cliënten? Op de site van [de Crisiskaart](#) vind je alle informatie.



PSYCHOLANCE IS NIET MEER WEG TE DENKEN

Bij inzet gespecialiseerde ambulance is acht op de tien keer geen politie niet meer nodig

Door: Bart Vuijk

De [psycholance](#) bestaat nog maar kort, maar is niet meer weg te denken. Op kabinetsniveau wordt eraan gewerkt om deze speciale ambulance voor 'verwarde personen' tot een instituut te maken. Er wordt in het hele land volop met allerlei vormen geëxperimenteerd. Over het nut ervan bestaat geen twijfel. Alleen over de bekostiging van de psycholance moet nog een robbertje worden gevochten. Iedereen is voor de psycholance, maar niemand wil deze vrij dure voorziening betalen.

De oprichting van de psycholance is een indirect gevolg van het akkoord dat toenmalig gezondheidsminister Edith Schippers in 2012 met de sector sloot tot ambulantisering van de GGZ. De 30.000 bedden in de GGZ-klinieken moesten worden teruggebracht tot 20.000 bedden. Einddatum: 2020.

De bedden verdwenen, de GGZ liep leeg en het akkoord werd dus nageleefd. Dit leidde echter al vrij snel tot aanpassingsproblemen bij zowel de GGZ als bij naar huis gestuurde cliënten, die hier niet op toegerust waren. Het aantal meldingen bij de politie over 'verwarde personen' schoot omhoog, en stijgt nog steeds. Het gaat om tienduizenden meldingen per jaar.

Boeien

Dit ging door totdat de politie het zat was om GGZ-patiënten steeds maar weer in de boeien te slaan en mee te nemen naar het politiebureau, en vervolgens vaak nog een tweede rit naar een GGZ-instelling moest maken. Deze mensen zijn geen criminelen en de politie stopt met het vervoeren van verwarde personen, meldde de Amsterdamse korpschef Aalbersberg in september 2016. De politiek kreeg van hem drie maanden de tijd om een alternatief te bedenken, want de politie zou er per 1 januari 2017 mee kappen. Natuurlijk met de nodige mitsen en maren, want als een verward persoon de wet overtreedt of zichzelf of anderen in gevaar brengt, ligt daar uiteraard wel een taak voor de politie om in te grijpen. Maar in alle andere gevallen was de boodschap van Aalbersberg: zoek het even uit, overheid. Dit is niet de taak van de politie.

Daarmee zat de overheid ineens met een probleem. Aan de ene kant moesten er GGZ-klinieken worden gesloten, waardoor patiënten met een milde problematiek naar huis moesten en daar aangewezen waren op ambulante begeleiding. En op dat laatste werd ook nog eens via de gemeenten stevig bezuinigd. Aan de andere kant was er de politie die weer achter echte boeven aan wilde, in plaats van zich bezig te houden met oneigenlijke zorgtaken. Er werd gekeken naar de regionale ambulancediensten. En niet vergeefs.

Ziekenhuisje op wielen

De ambulancediensten wilden de taak graag op zich nemen, maar ook zij zaten met een probleem. Ambulances zijn er voor mensen die lichamelijk in nood verkeren. Een ambulance is een complete rijdende eerste-hulp post, een klein ziekenhuisje op wielen. Bedoeld voor spoedvervoer van mensen die een hartaanval krijgen, slachtoffers van verkeersongelukken, mensen die ongelukkig van de trap vallen

enzovoorts. Ze zijn er niet voor psychiatrisch patiënten die fysiek verder niets mankeren. Niet alleen zijn ambulances hier niet voor bedoeld, er was nog een groter probleem: de regionale ambulancediensten werden hier noch door de overheid, noch door de zorgverzekeraars voor betaald.

De overheid onderkende dit probleem, en richtte een subsidiepot op voor ambulancediensten en regio's om met 'passend vervoer voor personen met verward gedrag' te experimenteren. Dit heeft in het hele land tot de oprichting van diverse vormen van 'psycholances' geleid. In ongeveer driekwart van het land rijden die nu. In sommige gevallen zijn het gewone ambulances, met in plaats van ambulancebroeders sociaal psychiatrisch verpleegkundigen aan boord. De inrichting is wit, en er is minder apparatuur. In andere gevallen is de psycholance een anonieme witte bus met eveneens een rustige inrichting en op GGZ-gebied geschoold personeel aan boord. De gedachte achter die laatste vorm is dat psychiatrisch patiënten niet gestigmatiseerd mogen worden. Ze zouden ook onnodig schrikken van een ambulance die voorzien van toeters en bellen arriveren om ze mee te nemen.

Dwangbuis

Er zijn dus vele vormen, maar er is één opvallende overeenkomst tussen alle psycholances: het meenemen van cliënten geschiedt altijd op vrijwillige basis. Voor de psycholance is alleen een rol weggelegd als een patiënt niet agressief is, en na overreding door de verpleegkundigen zonder toepassing van dwang meegaan. Geen injectiespuit met een kalmerend middel, geen dwangbuis, laat staan handboeien of ander geweld. Daar leggen de psycholances, net als 'gewoon' ambulancepersoneel, de grens. De psycholance-medewerkers gaan nooit in 'gevecht' met cliënten. Ze zijn er om mensen te helpen, niet om ze eerst buiten gevecht te stellen. In dat soort gevallen wordt toch de politie erbij geroepen.

Dit schrijft Veiligheidsregio Noord-Holland Noord bijvoorbeeld over de 'Diligence', een psycholance in de vorm van anonieme witte busjes: "De GGZ bepaalt in overleg met de meldkamer het best passende vervoersmiddel voor de cliënt. Is er geen spoed? Geen fysiek medisch probleem en dreigt er geen gevaar? Dan vervoeren de medewerkers van GGZ de cliënt in de Diligence, eventueel samen met de familie. Ook de arts en psychiatrisch verpleegkundige rijden mee in de GGZ auto. De veiligheid van het vervoer is geborgd met een noodknop in de auto. Daarmee kan de politie snel worden opgeroepen als dat nodig is."

Er is inmiddels vrij uitgebreid ervaring opgedaan in sommige regio's, en de eerste evaluatierapporten zijn er ook al. In Drenthe ging de psycholance in augustus 2017 van start. Na een half jaar werd een eerste balans opgemaakt. De resultaten zijn erg positief.

Ontlast

Belangrijkste resultaat van de invoering van de psycholance was dat zowel de politie als de 'gewone' ambulances sterk werden ontlast doordat het vervoer van verwarde personen voortaan via de psycholance ging. Wel is de psycholance iets langer bezig dan een gewone ambulance, die gemiddeld iets langer dan een uur met een patiënt bezig is, vanaf de eerste oproep tot de aflevering in het ziekenhuis.

Bij een psycholance verschilt het sterk. De inzetduur varieerde in Drenthe van 19 tot 248 minuten. Gemiddeld is de Drentse psycholance tachtig minuten bezig met een 'inzet'. Bij vrijwel alle ritten ging het om zogeheten A2-vervoer, waarbij er wat minder prioriteit wordt gegeven dan bij de spoedeisende hulp waarbij elke seconde telt.

Drenthe

'A2' houdt in dat de psycholance in Drenthe er in veruit de meeste gevallen een half uur over mocht doen om 'ter plaatse' te verschijnen, tegen een kwar-

ter bij een gewone ambulance. Slechts in een enkel geval ging een agent mee in de psycholance, als de situatie kennelijk als te gevaarlijk werd beschouwd om het aan het psycholance-personeel over te laten. Aanbevelingen van GGZ Drenthe: er moest wat (beperkt) personeel bij, om aanrijdtijden en inzetmogelijkheden te verbeteren. En de uren waarop de psycholance reed, werden aangepast. Bij de start stond de psycholance klaar van 15.00 tot 23.00 uur, maar aangezien er na 22.00 uur nauwelijks ritten werden geregistreerd, is dat later aangepast naar 13.00 tot 22.00 uur. Gemiddeld is de psycholance twee keer per dag ingezet in de provincie. De resultaten in Drenthe zijn zo bemoedigend, dat staatssecretaris Paul Blokhuis er in april persoonlijk een kijkje kwam nemen. Hij vond de Drentse opzet 'een mooi concept'.

Amsterdam

Een evaluatie in Amsterdam, waar de eerste psycholances van het land sinds 2014 rijden, laat eveneens gunstige resultaten zien. Hier werd de psycholance mogelijk gemaakt door zorgverzekeraar Achmea, die de kosten op zich nam. Het scheelt de politie enorm veel werk, de patiënten enorm veel stress en er nauwelijks nog sprake van het gebruik van dwangmiddelen. Patiënten worden steeds vaker gewoon in een stoel vervoerd, in plaats van liggend op een brancard, en komen niet meer onder de stress binnen. Dit betekent dat ook de behandeling meteen van start kan gaan.

Om de psycholance betaalbaar te houden, wordt hij her en der in het land ook ingezet voor ander vervoer. Bijvoorbeeld geplande ritten om patiënten van de ene naar de andere GGZ-instelling te brengen. Subsidiegever ZonMW, de namens de overheid de psycholance-experimenten van geld voorziet, adviseert om psycholance-personeel ook als gewoon ambulancebroeder op te leiden. Zo kunnen zij ook worden ingezet voor planbare ambulanceritten.

Personeelsgebrek

Knelpunt in diverse regio's is het gebrek aan personeel dat de psycholances kan bemensen. Wat geen wonder is, want psycholancebroeder is een compleet nieuw beroep. Er moeten opleidingen voor komen. Die zijn er nu niet. De psycholance moet bovendien onder nog op te stellen protocollen gaan vallen. Er is nog een hoop te doen voordat de nieuwe zorgdienst landelijk kan worden uitgerold.

Bekostiging

Niet het minste probleem hierbij is de bekostiging. In een brief aan de Tweede Kamer erkent staatssecretaris Paul Blokhuis dit volmondig. Er is geen 'betaaltitel' voor dit bijzondere ambulancevervoer. Nu in vrijwel het hele land pilots lopen met psycholances, vindt Blokhuis de tijd gekomen om de Nederlandse Zorgautoriteit te vragen om volgend jaar structurele bekostiging te ontwikkelen die dan in 2020 kan ingaan. In dat jaar wil Blokhuis deze vorm van patiëntenvoer ook vrijgeven voor andere aanbieders, naast de reguliere ambulancediensten. Dat kan echter alleen als zeker is dat er in alle regio's voldoende ritten kunnen worden gemaakt, merkt de staatssecretaris op in zijn brief aan de Tweede Kamer. Aangezien er dagelijks nog altijd honderden meldingen worden gedaan over verwarde personen, lijkt dit laatste wel verzekerd. De teller stond eind vorig jaar op ruim 85.000 meldingen. ●

Feiten en cijfers

Het aantal verwarde personen waar de politie bij is gehaald, is de afgelopen jaren gestegen van 44.000 in 2012 tot meer dan 83.000 eind 2017. Zo'n zeven-duizend verwarde personen per jaar werden door de politie opgehaald, totdat die er in 2017 mee stopte. Daarbij moet wel worden aangetekend, dat de E33-code, waaronder de politie 'verwarde personen' registreert, niet eenduidig is.

In 2012 sloot minister Edith Schippers met de GGZ een akkoord om tienduizend van de dertigduizend bedden te schrappen tot 2020. Veel psychiatrische patiënten wonen sindsdien thuis, en worden ambulante begeleid.

Begin dit jaar was in 31 procent van de regio's in Nederland een psycholance actief. Inmiddels is dat gestegen naar 72 procent. Uit onderzoek is gebleken dat bij tachtig procent van de meldingen de aanwezigheid van de politie niet meer nodig is, als de psycholance wordt gestuurd. Gestreefd wordt naar een landelijk dekkend netwerk van psycholances. Er lopen momenteel twintig pilots in het hele land.

Ambulance Amsterdam heeft de kosten van de psycholance becijferd. Een dagdienst van 8.00 tot 24.00 uur kost 808 euro. In Amsterdam wordt de psycholance op dezelfde wijze bekostigd als de reguliere ambulance. De Amsterdamse psycholance is 300 keer per maand in touw. 's Nachts moet in de hoofdstad echter nog altijd een gewone ambulance verschijnen bij een melding. In totaal zijn er in Amsterdam 450 ritten per maand met de indicatie psychiatrie.



Het dilemma rond de verwarde man

Wie is er eigenlijk niét verantwoordelijk?

Door: Willem Gotink

Een maand geleden stak een Syrische asielzoeker, Malek F., in Den Haag drie mensen neer. Een dramatische gebeurtenis voor alle betrokkenen: de familie van de man, de slachtoffers en hún familie, de (ex-) hulpverleners en de toegesnelde politieagenten. En niet in de laatste plaats voor de man zelf, die in zijn eigen land geen toekomst meer zag, na een lange en problematische vlucht in een Nederlandse ggz-instelling terecht kwam en nu waarschijnlijk met een fikse beenwond en in verwarde toestand in een ziekenhuis ligt. In Nederland ziet zijn toekomst er niet meer zo rooskleurig uit als hij had gehoopt.

De familie van de man spande een rechtszaak aan tegen de Parnassia Groep, die onvoldoende zorg zou hebben geboden. Op diverse internetfora hadden posters geen boodschap aan psychiatrische problematiek: hier was sprake van een terrorist en de psychiatrie werd er alleen maar bijgehaald omdat 'de politiek haar kop in het zand bleef steken', aldus de kort-doorde-bocht-reacties. Eén van de slachtoffers hinkt op twee gedachten: hij overweegt een aanklacht in te dienen tegen Parnassia, maar vermoedt óók terroristische motieven. Een onwaarschijnlijke, maar niet onmogelijke combinatie.

Anders Breivik: de politiek

De vraag of iemand terrorist is of 'verward', is op zichzelf al lastig genoeg. Voor de Noorse Anders Breivik, die in 2011 maar liefst 77 mensen vermoordde, was anderhalf jaar onderzoek nodig om te beslissen dat hij toerekeningsvatbaar was tijdens zijn daad en dat hij terroristische motieven had. Daarvóór werd ook

gedacht aan een psychose of een persoonlijkheidsstoornis. Het besluit dat hij toerekeningsvatbaar was, maakte dat de schuld voor zijn daad bij hem kwam te liggen. Het leverde hem 21 jaar gevangenisstraf op.

Vóór de afsluiting van het psychiatrisch onderzoek, wezen onder andere Alexander Pechtold en Bart Jan Spruyt op de (mede-)verantwoordelijkheid van Geert Wilders. In documenten die Breivik naliet werd namelijk regelmatig verwezen naar het gedachtengoed van de PVV-leider. Alexander Pechtold is natuurlijk een politieke tegenstander van Wilders, maar Spruyt is dat bepaald niet. Hij is oprichter van de rechts-conservatieve denktank de Edmund Burke-stichting, die qua gedachtengoed dicht bij dat van de PVV-leider staat. Ook Spruyt vond dat Wilders zich te weinig leek te realiseren wat zijn woorden tot gevolg hadden. Spruyt tegen de NOS: "De door Wilders opgeroepen apocalyptische sfeer heeft er toe geleid dat mensen in oplossingen gaan denken buiten de politiek om, aan niet-politieke, gewelddadige oplossingen. Dat heeft Wilders niet gewild, daar heeft Wilders niet toe opgeroepen of toe willen aanzetten, maar het is wel gebeurd."

Tristan van der V.: politie en ouders

Maar als iemand niet toerekeningsvatbaar is, bijvoorbeeld omdat hij psychotisch is of ernstig in paniek? In het geval van Malek F. wees de familie naar de Parnassia-groep. De rechterlijke uitspraak zal nog wel even op zich laten wachten.

Maar het is niet altijd de ggz die de schuld krijgt. In hetzelfde jaar dat Anders Breivik in Noorwegen





om zich heen schoot, deed Tristan van der V. dat in Alphen aan de Rijn, met zes doden als gevolg. Grote verschillen: Tristan van der V. was zeer waarschijnlijk psychotisch en hij pleegde onmiddellijk na zijn daad zelfmoord. De overlevenden van de schietpartij en de nabestaanden van de dodelijke slachtoffers konden geen verhaal meer bij hem halen. Dat deden ze wel bij de politie en de ouders van Tristan. Ze kregen deels hun zin: het hof oordeelde in maart van dit jaar dat, door Tristan een wapenvergunning te geven terwijl die vanwege diens psychische problemen had moeten worden geweigerd, burgers onvoldoende waren beschermd. En dat dus de politie aansprakelijk was voor de schade van de slachtoffers van de schietpartij. Het hof zette daarmee een streep door de beslissing van de rechtbank, die eerder oordeelde dat er fouten waren gemaakt bij de wapenvergunning, maar daarop geen aansprakelijkheid liet volgen.

Minder twijfels had de rechtbank over de aansprakelijkheid van de ouders. "De ouders van Tristan treft geen enkel verwijt", oordeelde de rechter. "Op geen enkele manier blijkt dat de ouders op de hoogte waren van de geruchten dat Tristan tegen zijn collega's zou hebben gezegd dat hij iedereen ging neerschieten. De ouders hadden geen enkele indicatie dat Tristan op deze manier zijn wapens zou gaan gebruiken."

Michael P.: de rechter

In september vorig jaar vermoorde Michel P. Anne Faber. Michael P. was op dat moment opgenomen in een kliniek van Altrecht, waar hij het laatste deel van zijn gevangenisstraf uitzat. De vader van Anne Faber vindt dat de dood van zijn dochter het gevolg is van het 'falen van de rechtsgang'. In een open brief in de Volkskrant riep hij eind mei de voorzitter van het gerechtshof dan ook ter verantwoording. Zijn analyse: 'Het hof heeft signalen over een psychische stoornis

bij Michael P. genegeerd en heeft geen duidelijke motivering gegeven over zijn strafvermindering in hoger beroep. Doordat het hof de maximumstraf van 16 jaar (eerder door de rechtbank opgelegd na de verkrachting van twee minderjarige meisjes) met vijf jaar verlaagde en hem ook geen tbs oplegde, kon Michael P. vorig jaar vrij rondlopen op straat. In die tijd verkrachtte, vermoordde en begroef hij de 25-jarige Anne Faber.

Anne's vader in de Volkskrant aan raadsheer Rinus Otte: "Ik stel vast dat het gerechtshof de doelen van de strafrechtspleging, namelijk het voorkomen van herhaling en het beschermen van de samenleving, uit het oog heeft verloren. Ik acht u, als voorzitter van het hof, in belangrijke mate verantwoordelijk voor het falen van de rechtsgang van destijds, en ik vind dat u uw huidige functie als procureur-generaal moet neerleggen in het belang van de geloofwaardigheid en het vertrouwen in de rechtspraak."

Hij voegt er aan toe: "Men wist dat er een grote kans bestond dat de man zich in de toekomst zou kunnen vergrijpen aan iemand als Anne, wanneer hij de kans zou krijgen. Ik hoef waarschijnlijk niet uit te leggen dat ik die gedachte ondraaglijk vind."

Rechter Rinus Otte kon zelf niet reageren. Het is rechters nu eenmaal niet toegestaan om zelf nadere uitleg te geven over een arrest. Dat mocht rechtbank-president Fred van der Winkel wel. Hij nam het op voor Otte. Zijn stelling: "Het was destijds onmogelijk om verdachte Michael P. tbs op te leggen voor de verkrachtingen van de meisjes. Bovendien heeft het hof hem wel degelijk een 'relatief hoge straf' gegeven". Met andere woorden: de rechter treft geen blaam. Op het moment dat dit artikel geschreven wordt, is niet bekend of de vader van Anne Faber verdere stappen onderneemt.

Wie is verantwoordelijk voor de bescherming van de maatschappij?

Een misdadiger krijgt straf, hij is tenslotte zelf verantwoordelijk voor zijn gedrag. Voor iemand met een onverwachte en ernstige psychose geldt dat hij niet toerekeningsvatbaar is. Daartussen ligt een uitgebreid scala aan mogelijkheden en daarbij komt de schuldvraag soms (deels) bij iemand anders te liggen. In de bovenstaande voorbeelden zijn dat de ggz-instellingen, de politie, familie en vrienden, de rechter en de politiek. Een bont gezelschap.

Het moge duidelijk zijn dat de uiteindelijke verantwoordelijkheid niet bij één partij ligt, tenzij er aantoonbaar grove fouten worden gemaakt. Damiaan Denys, psychiater en voorzitter van de landelijke vereniging van psychiaters tegen EenVandaag: "Onvoorspelbaarheid hoort bij de psychiatrie, dat weet iedereen en dat moet gedragen worden door de behandelaren, instellingen en de politie. Maar ook door de maatschappij." Iedereen verantwoordelijk. Is dat een dragelijke gedachte? ●

VOORKOMEN IS BETER...

**WRONG
WAY**

