
Noodgedwongen

Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten



Samenvatting

Adviesvragen

Een deel van de mensen die kampen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen heeft geen contact met de hulpverlening. Bij hen is geregeld sprake van acute nood. Desondanks ontvangen ze geen psychiatrische hulp of vermijden die zelfs actief. Hoe groot is dit probleem, wat zijn de oorzaken, en welke veranderingen in zorgverlening en wetgeving kunnen bijdragen aan effectievere hulp voor deze patiënten? Deze vragen staan centraal in dit advies.

Omvang van het probleem

Jaarlijks zijn er rond de 24 000 mensen met ernstige psychiatrische problemen die geen contact hebben met de hulpverlening. Ze zijn niet opgenomen en doen vaak ook geen beroep op andere vormen van hulp.

Voor naar schatting 8000 van deze mensen is er daarbij sprake van geregeld optredende acute nood, bijvoorbeeld door verergering van ziekteverschijnselen, zoals wanen of hallucinaties, al dan niet in combinatie met verslavingsproblemen. Vaak hebben deze patiënten ook grote sociale problemen, zoals geen onderdak en gebrek aan voedsel en geld. Ze verzorgen zichzelf slecht en hebben vaak geen contact met familie.

Deze groep van naar schatting 8000 mensen krijgt of zoekt vaak niet de zorg die hulpverleners, familieleden en andere betrokkenen noodzakelijk achten. Soms is er

sprake van overlast voor de omgeving. Maar mensen kunnen ook vereenzamen en verkommeren, soms zichtbaar op straat, vaak zonder dat anderen dit waarnemen.

Oorzaken

Er bestaat voor deze groep van niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten een kloof tussen zorgbehoefte en zorgaanbod. Een complex aan factoren ligt ten grondslag aan de huidige situatie. Drie clusters tekenen zich daarbij af.

1 Grotere en complexere zorgbehoefte

De zorgbehoefte is bij deze groep patiënten groter en complexer geworden. In omvang is de zorgbehoefte toegenomen doordat kwetsbare mensen gemakkelijker in de marge van de samenleving terecht zijn gekomen. De oorspronkelijke sociale vangnetten van wederzijdse hulp in dorpen en buurten zijn ingeruild voor netwerken van verspreid wonende mensen, die contact houden omdat ze elkaar iets te bieden hebben. Wie geen 'meerwaarde' heeft valt erbuiten. Marginalisering heeft ook plaatsgevonden op de arbeidsmarkt en de woningmarkt, vooral in de grote steden. Verslaving kan verder bijdragen aan marginalisering en een stoornis bovendien verergeren. Door al deze ontwikkelingen is de omvang van de zorgbehoefte bij deze specifieke groep patiënten de afgelopen decennia toegenomen.

Complex is de zorgvraag omdat deze groep van patiënten zelf vaak het contact met de hulpverlening afhoudt. Mensen beseffen of erkennen vaak niet dat ze ziek zijn en risico's lopen wanneer ze geen zorg ontvangen. Maar ze kunnen de zorg ook afwijzen door slechte ervaringen met eerdere hulp, zoals een traumatisch verlopen dwangopname. De complexiteit neemt nog toe wanneer mensen meerdere problemen hebben, zoals een combinatie van een psychiatrische stoornis, verslaving en lichamelijke tekorten als gevolg van voedselgebrek, roken en het ontbreken van gewone medische zorg van huisarts en tandarts. Meervoudige problematiek komt steeds vaker voor.

2 Gebrek aan specifieke en passende hulp

De laatste dertig jaar is de psychiatrische hulpverlening erop gericht mensen waar mogelijk niet langer hun leven in instellingen te laten slijten. In plaats daarvan is er een grote variatie aan kleinschalige vormen van opvang, beschermd wonen, dagactiviteiten en ambulante zorg ontstaan, die aan mensen met chronische psychiatrische stoornissen een menswaardiger leven biedt. De groep niet-opgenomen patiënten met ernstige psychiatrische problemen is echter niet goed in staat deze nieuwe vormen van zorg te benutten. Bovendien wordt niet altijd geboden waar zij nu juist behoefte aan hebben, zoals

een combinatie van psychiatrische zorg, praktische hulp, onderdak, veiligheid en voedsel.

Gecombineerde hulpverlening is verder bemoeilijkt doordat in de publieke sector organisaties gedwongen worden zich op hun kerntaken terug te trekken. Daarop worden ze 'afgerekend'. Dit treedt op bij de politie, in delen van de gezondheidszorg, zoals bij huisartsen en in ziekenhuizen, maar ook bij werkvoorzieningen, sociale diensten en woningbouwcorporaties. In toenemende mate erkennen deze instanties wel de problemen van deze patiëntengroep. De verantwoordelijkheid wordt echter al snel gelegd bij de geestelijke gezondheidszorg (ggz).

Ook binnen het domein van de ggz dragen bepaalde factoren bij aan de kloof tussen zorgbehoefte en hulpverlening. Zo ervaren patiënten de bejegening soms als onprettig. Er is verder niet altijd voldoende deskundigheid om met moeilijk bereikbare patiënten om te gaan, en familie wordt niet altijd voldoende ondersteund. Ook ontberen de ggz en de verslavingszorg een gezamenlijke aanpak voor patiënten met dubbele problematiek.

3 Gebrek aan eenduidigheid in wetgeving

Ook ontwikkelingen in wet- en regelgeving spelen een rol in het gebrek aan aansluiting tussen psychiatrische patiënten en zorg. De Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Bopz) en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (Wgbo) hebben de rechtspositie van psychiatrische patiënten aanzienlijk verbeterd. Zo zijn de eisen voor onvrijwillige opname in vergelijking met de Krankzinnigenwet van 1884 aangescherpt: er moet sprake zijn van 'gevaar' voor de patiënt zelf of voor anderen, en een patiënt moet duidelijk aangeven een opname te weigeren. Hiermee is in de relatie tussen hulpzoeker en hulpverlener respect voor de autonomie van de patiënt steeds meer centraal komen te staan.

De keerzijde is echter verwaarlozing en ontoegankelijkheid van noodzakelijke zorg voor de patiënten om wie het in dit advies gaat. Aanpassingen van de Bopz hebben inmiddels wel geleid tot een wettelijk kader voor een aantal nieuwe vormen van hulp, ook ambulante, soms met sterke drang in plaats van dwang via de rechter. Maar daarmee neemt ook de onduidelijkheid toe. De manieren waarop het begrip 'gevaar' in de praktijk wordt ingevuld kunnen daardoor nogal verschillen. Dit betekent weer dat hulpverleners soms niet ingrijpen wanneer dat wel kan, terwijl er in andere gevallen juist meer dwang wordt toegepast dan de wet toestaat. Bovendien zijn niet alle nieuwe wettelijke mogelijkheden zinvol voor de patiënten om wie het hier gaat.

Al deze factoren tezamen, bij de patiënten, in de hulpverlening en in de wetgeving, leveren hun bijdrage aan de kloof tussen zorgbehoefte en zorgaanbod. Rechtstreekse invloe-

den zijn moeilijk aan te wijzen. Bij elke patiënt kan het weer een andere combinatie van factoren zijn die ertoe leidt dat juist in die situatie passende hulp ontbreekt.

Oplossingsrichtingen

Uitgangspunt bij het zoeken van oplossingen is dat psychiatrische patiënten er niet bij gebaat zijn maar 'met rust gelaten te worden' als zij geen hulp zoeken of die zelfs actief mijden. Uiteraard moet hun recht op zelfbeschikking in beginsel gerespecteerd worden. Maar bij kwetsbare mensen kan bescherming van vrijheden leiden tot verwaarlozing, verkommering en verloedering. Dan komt hun recht op zorg weer in het gedrang.

In elke situatie moet opnieuw naar de juiste balans gezocht worden. Hulpverlening en wetgeving moeten dat mogelijk maken. Meer dan nu gebeurt kan aangestuurd worden op een continuüm van zorg, waarbij in het gebied tussen vrijheid aan de ene kant en dwang aan de andere kant meer interventies mogelijk zijn. Hulpverleners zullen zich dan minder gedwongen voelen óf het recht op zelfbeschikking óf het recht op zorg te respecteren.

Ze kunnen zoeken naar een aanbod dat zoveel mogelijk tegemoet komt aan beide behoeften. De mogelijkheden van de patiënt om autonoom te handelen worden daarbij zoveel mogelijk benut. Naarmate de mogelijkheden van de patiënt om de eigen belangen goed te behartigen beperkter zijn, kan de hulpverlener meer inbreng krijgen. Iemands wilsuitingen hoeven niet direct als gegeven beschouwd te worden. Er is ruimte voor dialoog en onderhandeling. Ook waar wordt overgegaan tot drang of zelfs dwang kan dit leiden tot zorg die de patiënt op termijn beter in staat zal stellen de eigen belangen te behartigen.

Om vanuit deze visie te komen tot effectievere hulpverlening, zijn twee ontwikkelingen noodzakelijk.

1 Gecoördineerde bemoeizorg intensiveren

Moeilijk bereikbare patiënten die niet in staat zijn gebruik te maken van de bestaande voorzieningen of zich hebben afgewend van de hulpverlening moeten actief benaderd worden. Deze zogenoemde bemoeizorg heeft zich recent al ontwikkeld, maar kan nog verder uitgebouwd worden. Hulpverleners moeten daarbij hun doelen bijstellen. Contact leggen en houden is al een belangrijk succes. Ook praktische begeleiding bieden is van belang. Pas daarna kan eventueel aan behandeling gedacht worden.

Het aanbod van voorzieningen moet ook beter aansluiten bij waar patiënten behoefte aan hebben. Dus: niet alleen medische behandeling, maar ook praktische hulp. Verder zullen er genoeg bedden voor 'intensive care' bij acute nood beschikbaar moeten zijn. Samenwerking met andere organisaties is bij dit alles essentieel. Bemoeizorgteams

kunnen die noodzakelijke bundeling van zorg coördineren. Op die manier krijgen patiënten toegang tot voorzieningen waar zij anders geen gebruik van zouden maken, omdat zij niet wisten dat ze er waren of de weg naar de juiste 'loketten' niet goed konden vinden. Om bij bemoeizorg de rechten van de patiënt te garanderen moeten goed opgeleide hulpverleners hun patiënten steeds zorgvuldig informeren, en moeten zij volgens richtlijnen handelen.

2 Continuüm van interventies in wetgeving opnemen

Recente aanpassingen van de wet Bopz hebben al geresulteerd in meer mogelijkheden om zorg te verlenen aan niet-opgenomen patiënten met ernstige psychiatrische problemen. Zo kan patiënten via een voorwaardelijke rechterlijke machtiging de keuze gegeven worden tussen een klinische dwangopname of een ambulante behandeling. Maar ook dan moet er sprake zijn van 'gevaar'. Eerder hulp bieden is dus nog steeds niet goed mogelijk.

Op termijn is het dan ook aan te bevelen de wet Bopz in zijn geheel aan te passen. Het is dan de vraag of de scheiding van dwangopname en dwangbehandeling wel gehandhaafd kan blijven. De feitelijke en morele onderbouwing van dwangopname is in veel gevallen immers dat behandeling noodzakelijk is. In plaats daarvan zou een nieuwe wet wellicht een continuüm van mogelijkheden voor klinische en ambulante behandeling kunnen regelen, van bemoeizorg en overreding via drang naar dwang. Een speciale commissie zou de regering in de toekomst moeten adviseren over zo'n nieuwe wet.