

In maart van dit jaar stierf in Brussel een psychiatrisch patiënt door een interventie van de politie. Het incident riep heel wat vragen op over de samenwerking tussen politie en geestelijke gezondheid. Kirsten Catthoor is voorzitter van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie en werkt als psychiater in het Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg (Antwerpen) op de afdeling psychozorg. We gaan met haar in gesprek in de hoop wat antwoorden rond dit thema te krijgen.

4

Balanceren tussen orde en zorg

Interview Kirsten Catthoor

Zijn er meer geweldstussenkomsten van de politie met personen met een psychische kwetsbaarheid dan met andere burgers?

Ik heb geen cijfers over overlijdens van personen met een psychische kwetsbaarheid na tussenkomst van de politie. Als iemand psychisch ziek is en door verwardheid slachtoffer wordt, dan vind ik het nog erger dan in alle andere gevallen die uiteraard ook verschrikkelijk zijn. Een verward persoon is op dat moment weerloos, wilsonbekwaam. Als hetzelfde zou gebeuren bij iemand met een zichtbare mentale of fysieke handicap, dan zou iedereen dat heel choquerend vinden. Een patiënt met psychische problemen, daar valt uiterlijk niets bij op, en dan komt het misschien minder heftig over.

Tegelijk zijn er ook echt heel fijne samenwerkingen waarbij de politiemensen in zorgvuldig contact gaan met hulpverleners. Daar begint alles mee: intensief luisteren naar mekaar en duidelijk uitleggen wat het probleem is. Ik herinner me een zwaar psychotisch persoon die vlak voor een raam op de derde verdieping stond. Ik dacht 'die springt daaruit'. Ik was al anderhalf uur bezig geweest met praten en onderhandelen om haar van dat raam weg te krijgen, maar kreeg geen veilig contact. Elke wederkerige reactie bleef uit. De persoon was te psychotisch. Toen politiemensen binnenkwamen gaf ik hen een stand van zaken. Ze overlegden samen met mij en hebben dan voorgesteld kort pepperspray te gebruiken om het acute gevaar op te lossen. Op die manier konden wij ook al alles voorbereiden om die persoon na de tussenkomst te helpen, met de ogen te spoelen en extra medicatie geven. De interventie was effectief op minder dan een minuut klaar. Had het anders gekund? Onze mogelijkheden waren op, het overleg bood wat geruststelling. En eigenlijk heeft dat minimaal trauma veroorzaakt, die persoon was ziek en wij voelden ons te angstig over wat er zou kunnen gebeuren. We hebben dat samen opgelost en de dag daarna was het beter.

Uiteraard moet je er op inzetten om elke vorm van gewelddadig contact te vermijden. Vaak lukt dat ook. Regelmatig komen

er mensen op spoed samen met politie. Als we zien dat het allemaal heftig is, dan gaan we er meteen even bijzitten. Dan zakt de agitatie in het overgrote deel van de gevallen. Op straat zou dat ook moeten gaan. Met iemand die daarvoor opgeleid is, speciale teams binnen de politiediensten die met mensen kunnen spreken, onderhandelen, die ziektebeelden kunnen herkennen en er op inspelen. Ik snap dat politiemensen geen hulpverleners zijn, maar met een zieke mens spreken op een respectvolle manier is ook geen rocket science. Geestelijke gezondheidszorg is niet de opdracht van de politie, daar ben ik het mee eens. Maar er zijn wel richtlijnen over hoe je iemand moet ophalen bij een gedwongen opname, namelijk met ambulancediensten; en met politie als er ongerustheid is over eventuele agressie en onregelmatigheden tijdens het vervoer waardoor ook andere mensen in gevaar kunnen komen. Als de politiemensen vinden dat dat niet hun opdracht is, dan is het aan de beleidsmakers om ervoor te zorgen dat er een andere specifieke beroepsgroep voor aangesteld wordt.

Wij hebben in Stuivenberg ook security die deel uitmaakt van het ziekenhuis. Zij lossen drie kwart van de problemen op. Dat is geen extern bedrijf maar een dienst van het ziekenhuis met een duidelijke opdracht. Het grote voordeel is dat de security binnen een ziekenhuis een vast team is. Ze lopen rond op het terrein, zijn zichtbaar, doen een babbeltje met de patiënten. Als zij erbij geroepen worden in noodgevallen, is de spanning eigenlijk al wat gezakt van het moment dat ze aankomen. Louter omdat ze de patiënt kennen.

Ik wil de politie niet afbreken en ik besef dat anders omgaan met mensen met psychische problemen voor hen een grote paradigmashift is. Ik begrijp ook dat niet alle politiemensen daarvoor geschikt zijn. Maar 'awareness' zou in het opleidingskader moet komen. Alleen al de taal in zo'n commissariaat, vb. 'dat is er een met een hoek af' zou een dringend werkpunt moeten zijn. Woordgebruik is op die manier een stuk onmenselijk. Je zou ook kunnen zeggen 'dat is iemand waarmee we eens moeten spreken'.

■ Werken vanuit de crisis

Vanuit management zegt men 'never wast a good crisis', wordt dat in de ggz ook zo gezien?

Moet je iemand tijdens een relationele crisis in een heel duur psychiatrisch bed leggen? We hebben in België niet veel anders. Of je neemt die persoon op of je stuurt die terug naar huis met de ongerustheid dat er iets kan gebeuren. In Nederland bestaat zoiets als een opvanghuis (ingericht door de gemeente): een heel basic ingericht pension met een keuken, een badkamer en een slaapkamer, waar je een week terecht kan om de crisis te laten zakken. Dat concept zou je kunnen uitbreiden naar andere vormen van crisis. Waar je even letterlijk uit je nood-situatie kan treden en waar je een bemiddelaar vanuit het GGZ-crisisteam kan ontmoeten. Die bemiddelaar kan op zijn of haar beurt allerlei externen inzetten om de persoon in crisis te helpen. Deze manier van werken is op alle vlakken winst. Want als je zo een 'good crisis' laat passeren en het loopt op dan kan het eindigen in iets dat veel erger is en veel langer duurt. Dat gebeurt helaas te veel in de ggz, er worden nietszeggende antwoorden gegeven als *'Er is niets mogelijk', 'alle bedden liggen vol', 'die wil eigenlijk ook zelf niet veel'...*

De idee om vanuit de aanmelding of de crisissituatie te werken, komt dat in de praktijk naar bovendien?

Ik denk dat dat stilaan begint. Wij hebben bijvoorbeeld een vrije raadpleging waar mensen zonder afspraak tijdens kantooruren kunnen binnenlopen. Het probleem is dat we de toestroom niet altijd verwerkt krijgen. Ik ben zeker verdediger van het ziekenhuissysteem omdat ik vind dat het soms niet anders kan en omdat te weinig ziekenhuis ook heel veel schade oplevert. Tegelijkertijd zou er iets parallel moeten kunnen bestaan waarbij er heel soepel kan geschakeld worden tussen verschillende vormen van zorg. Maar voor dat parallel circuit zijn er weinig of geen middelen. Er bestaan multidisciplinaire eerstelijnspraktijken waar een huisarts, een psycholoog, een verpleegkundige een maatschappelijk assistent samen mensen kunnen dragen. Samen. Maar daar zijn onvoldoende middelen voor omdat die dan gefinancierd moeten worden via de inkomsten van de huisartsen. Nochtans is dat vanuit het standpunt van volksgezondheid wel een goed model. En daar moeten we naartoe, naar dragende systemen. Hetzelfde met die mobiele teams, dat zijn ook dragende systemen. Die kunnen van een chronisch opgenomen patiënt een draaideur-



patiënt maken. En dat is grote winst voor iedereen. Je hebt het ziekenhuis nodig maar je hebt ook dat mobiel team nodig. Als je een performant systeem wil dan moet je een aantal dingen die er niet zijn verder ontwikkelen. En dat kost geld. Met verschuiving van budgetten, nog meer uit de ziekenhuizen halen komen we er niet; de wachtlijsten zijn al zo lang. Als je in een heftige crisis naar huis gestuurd wordt, ik vind dat mensonterend. Je stuurt ook niet iemand weg met een appendicitis. Die leg je in een bed met een baxter. En dan beslissen ze morgen of overmorgen of die geopereerd wordt of niet. Dus je hebt niet alleen een ziekenhuis nodig, maar daarnaast andere soorten zorg die veel meer moet ontwikkeld worden. We moeten veel meer out of the box denken over organisaties en samenwerking met andere partners, met politiek, met de gemeente, met werkgevers, met scholen, preventieadviseurs. Dan ga je een veel performanter ggz hebben. Het aantal crisissen zal geleidelijk aan dalen.

In hoeverre kunnen de mobiele teams een antwoord bieden op het werken vanuit een crisis?

Die kunnen zeker een antwoord bieden. Ik ben nu ook psychiater in een outreach team voor transitieleeftijd. Dat zijn allemaal jongeren met een ernstige psychiatrische aandoening. Soms zo ernstig dat ze te angstig, te getraumatiseerd, te psychotisch zijn om in een ziekenhuis te verblijven. Maar wij zijn eigenlijk een 2B-team, en kunnen dus één keer per week aan huis gaan. Sinds we gestart zijn, zie ik dat het enorm goed werkt om jongeren uit het ziekenhuis te houden. Je kan hen helpen om ontwikkelingsstapjes te zetten zodat ze sterker worden. Tegelijk is er die ernstige psychiatrische problematiek die niet te ontkennen valt en soms opschaling vereist. Je zou soms twee of drie keren per week aan huis moeten gaan en nog beter elke dag. Maar dat is niet voorzien in het kader. De 2A-teams, de crisisteams, kunnen ook opschalen, maar ik ken geen teams die in het weekend aan huis gaan of die 's avonds werken. Als je de klok rond continuïteit wil bieden, dan ben je bijna verplicht om het ziekenhuis in te schakelen. Maar misschien kan je bij sommige crisissen zelfs de politiek samen met een mobiel crisisteam op pad sturen. Ik denk wel dat dat zou helpen om de situatie te ontmijnen. Dat je tegen

de persoon kan zeggen: “morgen komen wij terug en overmorgen ook en we gaan elke dag met u kijken wat er nodig is. Onze dokter komt kijken of medicatie kan helpen”. Ik ben ervan overtuigd dat op deze manier mobiel werken crisissen kan laten verdwijnen en dat er daardoor minder nood is aan politieinterventies. We hebben nood aan mobiele ggz-ontmijningsdiensten.

Er is een tendens in de huisartsgeneeskunde om huisbezoeken te ontmoedigen. Terwijl huisbezoeken wel heel belangrijk zijn om de context van de patiënt te begrijpen.

Uit het armoedeonderzoek dat wij gedaan hebben, blijkt dat artsen niet weten hoeveel medische zorg en medicatie kost. Als je bij de mensen aan huis komt, dan kan je zien hoe zij leven. Maar als de mensen enkel bij de arts in het kabinet op raadpleging komen, dan weet je dat dus niet. Op huisbezoek zag ik het meest armoedige maar ook gevaarlijke appartement dat je je maar kan voorstellen. Dan denk je: natuurlijk word je hier ziek. Om het voor de maatschappij en voor iedereen beter te maken moeten we weten hoe mensen leven. Waardoor crisissen ontstaan, waar en hoe je moet ingrijpen kan je alleen maar leren begrijpen door ter plekke te gaan. Zo kan je weten waar je moet opschalen, wie er bij nodig is. Clusters van samenwerkende instanties die mensen dragen! Een bredere blik, een betere samenwerking, meer middelen!

Zijn er goede voorbeelden die dit al in de praktijk omzetten?

Het outreachteam ‘dak- en thuislozen’ in Antwerpen vind ik een goed voorbeeld. Zij gaan op straat dakloze mensen met psychische problemen opzoeken. Ze zetten in op contactname en een vertrouwensrelatie, in de hoop een vorm van hulpverlening te kunnen opstarten.

Ontmoetingscentrum De Moester heeft een wooncontainer waar mensen die er even tussenuit willen, enkele dagen kunnen verblijven, een variant van een respijthuis.

Waarom worden mensen ziek of gaan mensen uit hun dak? Omdat overprikkeling in een stad psychisch een enorme belasting geeft. Housing first is absoluut de oplossing! Als je geen onderdak hebt en altijd op straat verblijft, dat is onmenselijk. Ik neem soms psychisch kwetsbare mensen op die dakloos zijn. Zij mogen rustig alleen slapen in een eenpersoonskamer. Ze krijgen niet noodzakelijk medicatie, maar wel drie keer per dag eten. Er worden gesprekken met hen gevoerd, ze krijgen therapeutische aandacht en investering en na een week is hun psychische toestand dag en nacht verschil. Continu in een gestreste stad moeten rondlopen is onmenselijk. Ook in een krot wonen is voor uw psychisch leven catastrofaal. Als je mensen een deftige woonst biedt, gaan er sowieso minder psychiatrische crisissen zijn.

Onze diversiteit aan zorgverlening is smal zodat de bestaande zorgvoorzieningen overbevraagd worden. De reconversie van ziekenhuispsychiatrie naar maatschappij gerichte psychiatrie verloopt traag.

Het idee achter de reconversie was niet slecht maar de uitvoering kon veel beter. Psychiaters zeggen al van bij de opstart dat als je ambulante wil werken, je eerst die specifiek werkende teams moet oprichten, zorgen dat ze voldoende bemand zijn en dan pas kijken hoe je bedden kan afbouwen. Maar ze hebben het andersom gedaan. Eerst moest afgebouwd worden, pas daarna werden mobiele teams geïnstalleerd. Zo zit je twee

keer met een capaciteitstekort. De nieuwe zorgvorm is nog niet uitgebouwd en de andere is al moeten stoppen.

■ Gestructureerde samenwerking als sleutel

Wat is essentieel aan zo'n goede praktijk?

Het is essentieel dat je structurele samenwerkingen opzet tussen politie en ggz. Nu brengt de politie iemand binnen met de boodschap: ‘alstublieft psychiatrie die is voor u’. En nadien zegt de ggz: ‘alstublieft maatschappij die is voor u’. Wat we nodig hebben is een gedragen samenwerking tussen alle partijen: O.C.M.W., CAW, politie, gemeenten, ggz. Hierdoor zouden we via casemanagement vlot kunnen schakelen: bij een crisis snel aan huis gaan, een bed op recept aanbieden, een ambulante consult afspreken binnen enkele dagen. We hebben korte lijnen nodig, om snel te schakelen met veel partners die zich allemaal betrokken en verantwoordelijk voelen.

De 2B-teams zijn opgericht om mensen uit een T-bed te halen. Ze werken twee jaar en dan ronden ze af. Dat staat zo in de voorwaarden. Maar stel je voor dat we iemand met diabetes na twee jaar insuline afnemen met de boodschap: ‘vanaf nu zal uw pancreas het wel overnemen’. Iedereen zou je uitlachen. Maar bij chronische psychiatrische problemen ronden we af na twee jaar. Alsof de maatschappij zegt dat het dan moet gedaan zijn. Het zou veel gradueler moeten. De ambulantisering zou zo moeten verlopen dat als je uit het ziekenhuis komt, er een team klaarstaat dat de patiënt intensief kan begeleiden. Daarna stilaan afbouwen en stoppen, en als het zou nodig zijn eventueel terug opstarten.

Het is niet allemaal kommer en kwel, maar in de overgang van het ene zorgsysteem naar het andere is de continuïteit veel te laag. Zorgvuldige overgangen in de continuïteit van zorg kosten enorm veel tijd, maar dat wordt onvoldoende beseft. Een verslag maken, bellen met een ambulante medewerker,...dat kost allemaal veel tijd. Om iets goed te doen heb je tijd nodig!

Hoe moeten die samenwerkingen tot stand komen?

Die intensieve samenwerkingen moeten geofficialiseerd zijn in samenwerkingsmodellen met een reeks hulpverleningsinstanties, juridische instanties en medische instanties, die in clusters gebundeld zijn en die voor een kwetsbare patiënt heel snel schakelen en heel snel inzetten op wat er op dat moment nodig is. Case management moet ruimer zijn dan het psychiatrienetwerk. Want anders wordt het te vaak doorgeschoven ‘het is ons probleem niet’. Als de hulpverlening ruimer wordt opgevat, met de gemeente, het OCMW, de politie, de school, het werk en het buurtnetwerk officieel als samenwerkende partners, dan wordt ook iedereen verantwoordelijk gemaakt. Wie verantwoordelijk is, zet zich ook intensiever in. Zo werkt dat in het leven.

Rik Van Nuffel

oud-medewerker Steunpunt Geestelijke Gezondheid

Stefaan Plysier

Stafmedewerker Psyche vzw

Transcriptie: Lene Cooman