

Zichtbare en onzichtbare acute zorgnood

De verwarring rond het begrip verwarde mensen

Verwarde mensen zijn mensen in acute zorgnood. De politie krijgt alleen te maken met zichtbare acute zorgnood, terwijl er ook veel buiten beeld blijft. Om de acute zorgnood te ledigen is een betere balans nodig tussen de verzorgingsstaat en de participatiemaatschappij. De Eindhovense aanpak lijkt een passend antwoord te bieden.

DOOR Carl H.D. Steinmetz

De term verwarde mens is alomtegenwoordig. Het Trimbos Instituut (2016¹) spreekt haar misnoegen uit over deze term en stelt dat dit mensen in acute zorgnood zijn. Ze onderbouwen dit als volgt: 'verward is ongelijk aan het hebben van een psychische aandoening en is ongelijk aan gevaarlijk.' De term verward verwijst ten onrechte te vaak naar psychiatrische problemen. De term verward draagt volgens het Trimbos (2016) bij aan sociale uitsluiting (waaronder discriminatie, achterstelling in onderwijs, maatschappij en werk) en blokkeert participatie in de maatschappij. Om sociale uitsluiting van verwarde mensen te vermijden, stelt het Trimbos het minder beladen begrip 'mensen met een acute zorgnood' voor.

Maar dan nog: in de gezondheids- en gemeentelijke zorg, bij de politie en in de politiek is er verwarring over de invulling van het begrip acute zorgnood. Verwarring één is dat het vooral gaat over de zorgnood die op het bord van de politie terecht komt. Volgens Abrahams e.a. (2014) hebben zes procent van de politiedossiers betrekking op inzet bij verwarde mensen (= zichtbare acute zorgnood). Die werkzaamheden beslaan dertien procent van de totale arbeidstijd van de politie.

De zorginspanning is als het ware op het bord van de politie gedeponneerd. Verwarring twee is dat de onzichtbare acute zorgnood buiten beeld is gebleven.

Het gaat daarbij volgens het Trimbos om mensen bij wie de psychosociale problematiek escaleert door een veelheid aan risicofactoren zoals schuldenproblematiek, een complexer wordende samenleving en een afnemende tolerantie.

Deelbegrippen

Het begrip acute zorgnood valt dus te onderscheiden in twee deelbegrippen: onzichtbare en zichtbare acute zorgnood. Buijck (2013²) zegt over onzichtbare acute zorgnood in de somatische zorg dat 'patiënten gemiddeld op een werkdag (dus nog minder in het weekend) slechts tien procent van de tijd een verpleegkundige of verzorgende zien, inclusief wassen, eten en aankleden.' Verder stelt zij dat deze patiënten

verder toegenomen als gevolg van de bezuinigingsmaatregelen in de ggz-sector (2012³) en door institutionalisering lopen psychiatrische patiënten in de samenleving meer risico om slachtoffer van geweld en andere misdrijven te worden (de Vries, 2011⁵).

Onzichtbare acute zorgnood komen we ook tegen bij 'Hollandse' overbelaste mantelzorgers en eenzame mensen die alleen leven en voor wie niemand zorgt. En verder bij immigranten, vluchtelingen en expats in de Grootfamilie⁶, het participatiemodel bij uitstek. Dit zijn omvangrijke groepen: in de vier grote steden wonen bijna evenveel immigranten/vluchtelingen/expats als 'Hollanders' (Hajer, 2014⁷). Het aantal oudere migranten neemt snel toe en dementie

Bij immigrantengroepen worden thuiszorg en intramurale zorg zo lang mogelijk uitgesteld, want dit past niet bij hun collectivistische opvattingen.

de helft van de dag alleen zijn en dus alle tijd hebben voor negatieve gevoelens en piekeren. Ook in de psychiatrie is er sprake van onzichtbare acute zorgnood. Mensen met psychische aandoeningen participeren aanzienlijk minder in het arbeidsproces dan de gemiddelde Nederlander (Boumans³ et al. 2016). Het aantal crisisopnamen in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is

verdubbelt de komende jaren. Bij immigrantengroepen worden thuiszorg en intramurale zorg zo lang mogelijk uitgesteld, omdat deze zorg niet past binnen de collectivistische opvattingen van Grootfamilies. Door een veelheid aan collectieve taken van deze immigranten mantelzorgers neemt hun overbelasting verder toe (Van Wieringen, 2014⁸). Zeker nu de overheid een nog groter beroep



Fotolia

Onzichtbare acute zorgnood komt bijvoorbeeld voor bij overbelaste mantelzorgers.

doet op het participatiemodel van de Grootfamilie (Steinmetz e.a. 2015⁹).

Oorzaken

Oorzaken van zichtbare- en onzichtbare acute zorgnood zijn te vinden in een veelheid van factoren. Om te beginnen de overgang van de verzorgingsstaat naar de participatiemaatschappij in de periode Rutte II van 2012 t/m 2017; de overheid en de zorgverzekeraar die de burger wantrouwt met als instrument van het wantrouwen de opgeklopte bureaucratie, waarvoor burgers (laag- en hoogopgeleid) over krachtige denk- en doenvermogens moeten beschikken om zich daartegen te kunnen weren (WRR, 2017¹⁰); onbetaalbaarheid van zorgkosten bij lage inkomens (Nibud, 2016¹¹); het ontbreken van bewust cultureel werken waardoor immigranten en vluchtelingen bij (zorg) instellingen¹² en overheden uit de boot vallen; en tot slot analfabetisme en laaggeletterdheid (1,3 miljoen Nederlanders¹³). De enige rechtvaardige conclusie is dat de participatiemaatschappij niet het enige antwoord is op vragen, problemen en zorgen van burgers. Gezocht moet worden naar een betere balans tussen participatiemaatschappij en verzorgingsstaat. Aan die balans moet dan wel de eis worden gesteld dat deze betaalbaar is. Dat laatste lukt alleen als de overheid bereid is om de zorg zodanig te herstructureren dat de winstmarge van

zorgverzekeraars, particuliere maatschappijen, farmacie industrieën en lonen van specialisten in de somatische en psychische zorg fors aan banden wordt gelegd.

Eindhoven

Tot slot in het kort de aanpak in Eindhoven. Eindhoven heeft een centraal gemeentelijk de-escalatie team (GDT) van ongeveer tien regisseurs voor de zichtbare en onzichtbare acute zorgnood, dat organisatorisch aan het veiligheidshuis hangt en begin 2015 van start ging. Dit team staat aan de top van de zorgpiramide, boven de nulde, eerste en tweede lijn. Het GDT is er voor generalisten van WijEindhoven, maar ook voor andere partners in de stad, die vastlopen met een complexe ondersteuningsvraag van een inwoner. Het GDT helpt met informatie en advies en zorgt ook voor het opschalen van acute nood. Potentiële klanten van dit de-escalatie team zijn alle mensen die nazorg nodig hebben na detentie, TOP X aanpak, asielzoekers, statushouders, bed, bad en broodregeling mensen, dak- en thuislozen en mensen in psychische nood (potentiële doelgroep is ongerekend ongeveer 1,5% van de bevolking). De werkwijze van het GDT bestaat uit escaleren (= een oplossing forceren), denken in toekomstige scenario's van cliënten en over de aanpak die daaruit voortvloeit onderhandelen met andere

gremia/partners. Daarbij wordt er gewerkt met het motto: probeer vat te krijgen op toekomstige ontwikkelingen van personen met acute zorgnood (controlling the decontrolled), om zo problemen van partners en cliënten met succes aan te pakken en af te ronden. ■

Carl H.D. Steinmetz is managing director van Expats & Immigrants, dat staat voor het realiseren van een tolerante en rechtvaardige maatschappij. carl@expats-immigrants.com | 06 54213711

Noten

1. Trimbos Instituut (2016). Verwarde personen of 'mensen met een acute zorgnood'.
2. Buijk, Bianca Ivonne (2013). Multi-dimensional challenges in geriatric rehabilitation; the GRAMPS-study. Proefschrift, Radboud Universiteit Nijmegen.
3. Boumans, Jenny, Hoof, van, Frank, Knipsel, Aafje, Michon, Harry, Rooijen, van, Sonja (2016). Over geestelijke gezondheidszorg binnen een Wmo-kader. Whitepaper van Sociaal Bestek 2016- mensen met verward gedrag
4. Zorg en Financiering (2012). Meer crisisopnamen in de ggz door eigen bijdrage. Bohn Stafleu van Loghum 2012
5. Vries, de, Sanne, Kamperman, Astrid, Lako, Irene, Sytema, Sjoerd, Bervoets, Petra, Gaag, van, der Mark, Ttheunissen, Jan, Swildens, Wilma, Nugter, Annet, Kroon, Hans, Weeghel, van, Jaap & Mulder, Niels (2011). Geweld tegen psychiatrische patiënten in Nederland. 2011 | 1 | 2 MGv | 66 | 8 – 19.
6. Steinmetz, Carl H.D. en Berg, van, Jette (2015). De grootfamilie aan Zet. De participatiemaatschappij in het klein. Zie: <http://www.boekenbestellen.nl/boek/de-grootfamilie-aan-zet-de-participatiemaatschappij-in-het-klein>.
7. Hajer, Maarten (2014). De Nederlandse bevolking in beeld. Verleden, heden en toekomst. 24 infographics op basis van de PBL/CBS-regionale bevolkings- en huishoudensprognose. Planbureau voor de Leefomgeving.
8. Wieringen, van, Joke C.M. en Grondelle, Nies J. (2014). Migrantenmantelzorgers: onzichtbaar, onmisbaar... overbelast. *Bijblijven*. May 2014, Volume 30, Issue 5, pp 32–39.
9. Steinmetz, Carl H.D. en Soomeren, van, Paul (2015). Zorgparticipatie: windje mee of in zwaar weer. *De Grootfamilie als participatiemodel*. April/ mei 2015. Sociaalbestek.
10. Wetenschappelijke Raad voor de Regering (2017). Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid.
11. Nibud, Sociaal Bestek 2016, nr. 4
12. Jong, de, Joop en Colijn, Sjoerd (red.) (2010). *Handboek Culturele psychiatrie en psychotherapie*. De Tijdstroom, Utrecht.
13. <https://www.hr-kiosk.nl/hoofdstuk/arbeid/analfabetisme-en-laaggeletterdheid>