

Een nieuwe psychiatrische inrichting van Amsterdam?

3. Van dwangtoepassing naar samenwerking

Twintig jaar geleden werd veel kritiek uitgeoefend op het toepassen van dwang in de psychiatrie. Dwangmiddelen en dwangopnames zouden zo niet afgeschaft, dan toch verregaand teruggedrongen moeten worden. De bevelshuishouding die in de inrichtingen gebruikelijk was, zou vervangen moeten worden door een onderhandelingshuishouding. Maar onderhandeling is slechts een tussenstap, het einddoel zou een samenwerkingshuishouding moeten zijn. De toegenomen aandacht voor de rechtspositie van hulpvragers leidde tot een juridisering van de psychiatrie, met het uitgangspunt dat inbreuken op het zelfbeschikkingsrecht slechts gelegitimeerd worden door het dreigen van gevaar. Anderen stelden dat door dit gevaars criterium veel mensen niet de hulp krijgen die ze nodig hebben. Maar zijn er geen alternatieven tussen dwang en niets-doen? En zou vraagsturing hier niet de weg kunnen wijzen?

4. Van patiënt naar burger

Heeft de psychiatrie primair een beschermende of een emanciperende functie? Is een cliënt met psychische problemen vooral gebaat bij afscherming van een bedreigende maatschappij, of blijft de cliënt in de eerste plaats altijd een verantwoordelijke burger? In de afgelopen eeuw heeft de psychiatrie zich meestentijds gericht op het excuseren van cliënten ten aanzien van normale burgerplichten, vanuit de gedachte dat een 'normaal leven' te belastend zou zijn. De keerzijde van deze beschermende houding werd in de jaren '80 duidelijk: cliënten voelden zich behandeld als een kind en wensten als een volwaardig burger bejegend te worden. Dat wil zeggen, als iemand met recht op arbeid, recht op een goede woning en recht op invloed op de behandeling. Het scheiden van wonen en behandelen werd bepleit om te voorkomen dat de afhankelijkheid van hulpverleners zich over meerdere levensgebieden gaat uitstrekken. Normalisering van de woonsituatie is mogelijk door bijvoorbeeld beschermende woonvormen onder te brengen in gewone huizen. In plaats van bestwil denken zouden hulpvragers invloed moeten kunnen uitoefenen op het hulpaanbod door vraagsturing en door participatie in de besluitvorming op alle niveaus.

5. Van grootschaligheid naar kleinschaligheid

De behoefte aan bundeling van expertise en efficiëntie hebben er, tezamen met economische factoren, in de afgelopen eeuw voor gezorgd dat psychiatrische zorgvoorzieningen steeds grootschaliger zijn geworden. Gaandeweg ontstond echter het inzicht dat wat goed is voor een bedrijf niet automatisch weldadig is voor een individu. Zowel cliënten als hulpverleners voelden zich vervreemd raken van de primaire taak van de GGZ, namelijk zorg verlenen. Bureaucratische handelingen en abstracte regels begrepen de mogelijkheden van behandelaars om creatief in te springen op de persoonlijke omstandigheden van hun cliënten. Cliënten op hun beurt voelden zich niet geholpen, maar gedwongen zich aan te passen aan een log, traag en inflexibel systeem dat er meer op gericht was zichzelf in stand te houden dan daadwerkelijk adequate zorg te verlenen. Men concludeerde dat de menselijke maat zoek was. Cliënten en hulpverleners zouden directer zeggenschap moeten krijgen over de wijze waarop zij zorg invulling willen geven. Om dat te bereiken dienen zorgvoorzieningen kleinschalig te zijn, gemakkelijk toegankelijk en zou besluitvorming via korte lijnen moeten verlopen.



Informatie

Entree: € 10,-
(mensen met minimum-inkomen € 5,-)

Info: Platform GGZ Amsterdam, tel: 020 - 679 44 43
e-mail: wijmo@mac.com

Het 7^e Deviant-debat wordt financieel mogelijk gemaakt door een bijdrage van het VSB-fonds en het Centraal Fonds RVVZ.

Illustratie: Heinz Mölders, INCA Projectbureau Amsterdam Vormgeving: Conny van den Bussche / Chvadrat BNO



Vrijdag 12 november 2004, 12.00 - 18.00 uur
De Rode Hoed, Keizersgracht 102, Amsterdam

Als het aan wethouder Belliot ligt komt er in Amsterdam weer een “gekkenhuis”. Zij vindt dat lastige burgers met ernstige psychiatrische problemen buiten de samenleving moeten worden geplaatst. En zij is niet de enige (wethouder) in Nederland die er zo over denkt.

Het jubilerende Platform GGZ Amsterdam ijvert al 20 jaar met succes voor het sluiten van inrichtingen en voor het vermaatschappelijken van de hulp. De gemeente Amsterdam deed mee in het zogenoemde Amsterdams Model. Keert het tij in Amsterdam, of staan we nog steeds achter het idee dat de psychiatrie in de samenleving hoort? En zo ja, hoe kunnen we daar voor zorgen? Daarover gaat het zevende Deviant-debat.



Vermaatschappelijking

Waar ging het ook al weer over? In plaats van in psychiatrische inrichtingen moest de hulp in de samenleving geboden worden. Deze ontwikkeling is onder te brengen in vijf thema's:

1. Van uitstoting naar integratie
 2. Van klinische naar sociale psychiatrie
 3. Van dwangtoepassing naar samenwerking
 4. Van patiënt naar burger
 5. Van grootschaligheid naar kleinschaligheid
- Verderop worden deze vijf thema's nader beschreven.

Programma

- 11.00 zaal open, opbouw van standjes
- 12.00 ontvangst en integratiemarkt
- 13.00 voorzitter Gee de Wilde opent het debat
- 13.10 eerste ronde: waar staan we nu en hoe zijn we daar gekomen?
- 14.30 pauze en muziek
- 15.00 tweede ronde: waar gaan we naar toe en hoe gaan we dat doen?
- 16.30 borrel en muziek
- 18.00 afsluiting

Speciale gasten

- Andrée van Es (Voorzitter GGZ Nederland)
- Grietje Santing (Ypsilon Amsterdam)
- Matthé Ribbens (Zorgverzekeraars Nederland)
- Wil Codrington (Gemeenteraadslid Groen Links)
- Detlef Petry (Psychiater, Vijverdal)
- Toon van der Aa (Amsterdams Patiënten/Consumenten Platform)

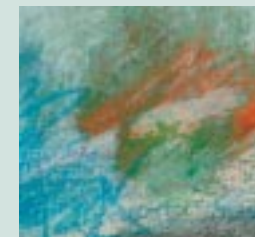
Integratiemarkt

Vernieuwende initiatieven in en rond de psychiatrie presenteren zich. Uitgenodigd worden projecten op het gebied van arbeidsrehabilitatie, dagbesteding, belangenbehartiging, zelfhulp, lotgenotencontact, informatievoorziening, consumer-run projecten etc. Inlichtingen: 020-6794443



1. Van uitstoting naar integratie

Werd de inrichting in de duinen voorheen nog geprezen als een oase van rust, eind jaren '70 begon het op te vallen dat die inrichtingen wel ver van het gezichtsveld van de samenleving gelegen waren. Alleen al door de geografische ligging maakten psychiatrische ziekenhuizen het cliënten onmogelijk op een zichtbare wijze deel te nemen aan het maatschappelijk leven. Men begon zich af te vragen in hoeverre de psychiatrie vooroordelen van de samenleving ten aanzien van bijzondere mensen bevestigde door hen het recht op normale menselijke behoeften zoals sociaal contact en arbeid te ontzeggen. Om acceptatie en integratie van cliënten te bevorderen, zo vond men, zouden de inrichtingen gesloten moeten worden. Ook deed het rehabilitatiedenken zijn intrede. De nadruk moest niet meer uitgaan naar wat de cliënt niet kon, maar op het ontwikkelen van diens mogelijkheden. Door kwartiermaken en facetbeleid zou bovendien de gastvrijheid van de samenleving verbeterd moeten worden.



2. Van klinische naar sociale psychiatrie

Volgens het traditionele medische model binnen de psychiatrie is een ziekte iets 'in' de cliënt dat genezen moet worden. Iemand die psychisch lijdt, moet dus naar een dokter of een psychiatrisch ziekenhuis om beter te worden. Gaandeweg de jaren '80 ontstond echter het inzicht dat psychisch leed ook oorzaken kan hebben die 'buiten' de persoon van de cliënt liggen: slechte huisvesting, problemen met werk, traumatische levenservaringen of moeite met acceptatie door de 'gezonde' samenleving. In plaats van cliënten door middel van een opname te isoleren van hun maatschappelijke omstandigheden om iets 'in' hun psyche te veranderen, zou men cliënten beter behandeling kunnen bieden in hun actuele leefsituatie en hen beter kunnen helpen ter plekke de omgang met het dagelijks leven te verbeteren. Om dit doel te realiseren zou de dokter naar de cliënt moeten komen in plaats van andersom, en zou het medische model vervangen moeten worden door een sociaal model. Hulp zou geboden moeten worden in de situatie waarin de problemen ontstaan.