



Adger Hondius is psychiater

sinds 1995. Hij werkte tot 2006 in Apeldoorn (nu GGNet), waarna hij als geneesheer-directeur in Ermelo/Lelystad is gaan werken (nu GGz Centraal). Hij is opgeleid in Leiden/Den Haag (professor Rooijmans) en promoveerde in 1992 in Leiden. Hij was tot 2014 voorzitter van Commissie Wet- en Regelgeving van de NVvP en actief lid van de afdeling Geneesheer-directeuren. Hij is betrokken bij de consultaties over de Wet verplichte ggz.

Publieke taken: niet nieuw, wel nodig

Toen koning Willem I rond 1818 een besluit nam over de zorg voor psychiatrische patiënten, was dat gericht op bescherming van de samenleving. Geneesheren werden aangesteld om gestichtspatiënten te beschermen. Hun publieke rol werd vastgelegd in Krankzinnigenwetten en later in de Wet Bopz. De psychiater werd de expert in het vaststellen van een causaal verband tussen stoornis en gevaar. Daarmee is hij de schakel tussen het publieke domein (maatschappij beschermen) en het opkomen voor ernstig zieke mensen (patiënt beschermen). Dit is de rol als 'medical expert'. Deze rolvervulling lijkt echter te worden teruggedrongen ten faveure van een andere rol: die van behandelaar, de medisch specialist. Er ontstaat een rolconflict en dat is niet goed voor de *public mental health*.

Ik geef enkele voorbeelden en draag daarna enkele praktische oplossingen aan. Publieke taken van psychiaters richten zich op de 'mentale hygiëne' in de samenleving, gericht op (preventieve) bescherming van patiënten en maatschappij, ook op de langere termijn.

Een eerste voorbeeld betreft het vermarkten van langdurige zorg. Onze 'beschavingswet' – de AWBZ – wordt uitgedaan, waarbij onvoldoende rekening wordt gehouden met handicaps van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Zo zal een bepaalde groep mensen permanent behoefte houden aan de 'oase-functie' van de APZ-terreinen (Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen) die momenteel stelselmatig wordt ontmanteld.

Het risico is groot dat nieuwe maatschappelijke inzichten over tien jaar maken dat er een nieuwe asielfunctie moet worden gecreëerd: 'een staatspsychiatrisch asiel'.

De Wet verplichte ggz (Wvvgz)¹, beoogd opvolger van de Wet Bopz, spreekt van publieke regio's (Wet publieke gezondheid) om verplichte zorg te bieden: de ggd-regio's. De zogeheten zorgaanbieders (ggz-instellingen) kunnen hun (verplichte) zorg aanbieden in zo'n publieke regio. Dat betekent dat instellingen er niet langer verantwoordelijk voor zijn dat iedereen in die publieke regio ggz-zorg krijgt, er is immers geen zorgplicht meer. Dat kan makkelijk leiden tot uitsluiting van bepaalde (lastige) patiënten. Psychiatrische hulp voor deze groep moet niet vermarkt maar gegarandeerd worden.

Een derde voorbeeld is het zorgen voor de veiligheid van medepatiënten en medewerkers in de ggz. De ambulantisering - een goede zaak - en de koppeling van de Wet forensische zorg aan de Wvvgz zullen druk zetten op de uitgedane opname-afdelingen. Meer forensische patiënten stromen door naar de reguliere ggz en 'zware bedden' worden nauwelijks meer vergoed door zorgverzekeraars. Het streven naar sepa-

reer vrij behandelen (2018, 200 jaar na Willem I) is een breed gesteunde gedachte, maar berichten over agressie jegens verpleegkundigen laten zien dat er behoefte blijft aan beveiliging in ernstige situaties. Het is onduidelijk of de veelbelovende HIC-beweging (*High & Intensive Care*) voldoende zal zijn en financieel gedragen wordt.

Als vierde wil ik noemen de druk op het beroepsgeheim. Zo wil 'de maatschappij' dat 'de ggz' deelneemt aan publieke overlegsituaties, waarbij gelaveerd moet worden tussen de rol als medical expert én het beroepsgeheim (veiligheidshuizen, OGGZ-meldpunten). Onduidelijk is of het risico op psychiatrisering van overlast en dreigend strafbaar gedrag afneemt als de ggz deelneemt aan dergelijk overleg. Het is wel nodig om een weg te vinden zonder opoffering van vertrouwelijkheid waarop patiënten twee eeuwen konden rekenen.

Wat kunnen psychiaters doen om hun publieke taken wél te kunnen vervullen? In ieder geval erkennen dat zij óók publieke taken hebben, dat zij *medical expert* zijn. Zij kunnen in het publieke domein en de media laten horen dat deze in het medisch domein moeten blijven. Psychiaters dienen hun Bopz-taken *con amore* uit te voeren. Op congressen en in opleidingen moet meer ruimte komen voor discussie en standpuntbepaling en het aanleren van vaardigheden zoals het maken van een geneeskundige verklaring en hoe je je opstelt in een veiligheidshuis. Er kan actiever gewerkt worden aan ontschotting van de forensische zorg, bijvoorbeeld door de titelgebonden financiering anders te regelen. 'Pendelzorg'² volgens de zorg-veiligheidsmatrix maakt 'pendelen' mogelijk tussen forensische (FPK) en reguliere ggz bij de op- of afschaling van intensiteit van zorg en veiligheid. Of taakherschikking functioneler is, lijkt mij een retorische vraag. Discussie is noodzakelijk over de aard en omvang van de publieke taken van psychiaters.

De medisch specialist heeft de rol van behandelaar én van *medical expert* die de publieke taken bewaakt. ←

¹ Zie www.psychiatrienet.nl, wet en regelgeving

² *Stoornis en delict*, Raad voor Volksgezondheid & Zorg (2012)