

Drentse kliniek biedt psychiatrische patiënten uit de Randstad toekomstperspectief

Niet 'opbergen' maar behandelen

Anouck Visscher,
journalist en anios psychiatrie

beeld: GGZ Drenthe,
Henk Boudewijns

De Kliniek voor Duurzaam Verblijf in het Drentse Beilen biedt langdurig intensieve zorg aan psychiatrische patiënten uit Amsterdam en Rotterdam. Een complexe patiëntenpopulatie, die in eigen stad tussen wal en schip valt en daar bovendien veel overlast veroorzaakt.

De criteria zijn eenvoudig', zegt Wijnand Mulder, psychiater en hoofd Behandelbeleid in de Kliniek voor Duurzaam Verblijf in Beilen. 'Hier kunnen patiënten uit Amsterdam en Rotterdam terecht met een ernstige, langdurig bestaande psychiatrische stoornis, die niet veel baat hebben gehad bij eerdere hulpverlening en opnamen. Ze zijn verslaafd, dakloos, vaak ernstig lichamelijk verwaarloosd en het merendeel is in aanraking geweest met justitie voor kleine vergrijpen. Via een rechterlijke machtiging op basis van hun eigen maatschappelijke teloorgang worden ze

op de gesloten afdeling in Beilen geplaatst.'

De vier grote steden en het ministerie van VWS spraken in de vorige kabinetsperiode af dat in 2012 betere zorg moet zijn gerealiseerd voor 60 procent van de huidige tienduizend dak- en thuislozen. Van hen voldoet een klein deel, in Rotterdam en Amsterdam samen zo'n zeshonderd personen, aan Mulders omschrijving. Utrecht en Den Haag vangen deze patiënten in of nabij de eigen stad op, de opvang voor de Amsterdamse en Rotterdamse patiënten is aanbesteed. Van de vijftien inzendingen, waaronder ook de

plannen van GGZ-instellingen in Rotterdam en Amsterdam, is het voorstel van GGZ Drenthe en Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) als beste verkozen.

Het duurde even voordat de GGZ en de overheid het eens waren over de insteek van Duurzaam Verblijf in Beilen. Een behandeling was namelijk niet wat het ministerie van VWS voor deze complexe en ernstig geproblematiseerde doelgroep voor ogen had. Mulder: 'Vanuit VWS was het plan voor Duurzaam Verblijf aanvankelijk een "opbergplan", voornamelijk met het idee de overlast te bestrijden die deze mensen veroorzaken. Ze bedelen immers, stelen, maken lawaai, gebruiken drugs en alcohol op straat en bevuilen zichzelf en hun omgeving. Het is door psychiaters in Amsterdam en Rotterdam en gemeenteambtenaren herschreven tot een behandelplan.'

Gevaarlijke gekken

Volgens Mulder, voorheen hoofd van de spoedeisende psychiatrie in Amsterdam en geneesheer-directeur van de Amsterdamse GGZ-instelling Mentrum, ontbreekt het de GGZ in de grote steden al jaren aan specialistische opvang voor langdurig zorgafhankelijke patiënten (LZA-patiënten). Een ernstige tekortkoming in het circuit van langdurige psychiatrie, die door twee ontwikkelingen steeds sterker opvalt. Mulder: 'De roep vanuit de samenleving om "iets te doen aan al die gevaarlijke gekken op straat" klinkt steeds luider. Daarnaast bestaat in de psychiatrie een toenemende tendens om gebruik te maken van dwang. Momenteel worden er per jaar ongeveer achtduizend rechterlijke machtigingen

De samenleving wil dat er iets wordt gedaan 'aan al die gevaarlijke gekken op straat', vertelt psychiater Wijnand Mulder.

beeld: GGZ Drenthe, Henk Boudewijns





en achtduizend inbewaringstellingen uitgeschreven, de rapporten van de inspectie spraken in sommige jaren over een toename van meer dan 10 procent. Als we de LZA-patiënten in de grote steden adequate, langdurige (klinische) zorg kunnen bieden, zal dit ook positief bijdragen aan een vermindering van het aantal dwangopnamen.'

Draaideurpatiënten

Dat zoveel patiënten met psychiatrische problematiek zich op straat bevinden, is deels te verklaren door de ontmanteling van de psychiatrische ziekenhuizen. Midden jaren negentig kregen de ziekenhuizen van de overheid de

opdracht bedden in te leveren; er werd ingezet op de 'vermaatschappelijking' van de psychiatrische patiënten. Mulder: 'Santpoort bijvoorbeeld, een psychiatrisch ziekenhuis bij Amsterdam, ontsloeg in 2001 de laatste

van haar tweeduizend patiënten. Ze vertrokken naar Amsterdam, terug de samenleving in, waar ze in kleinschalige klinieken en daklozenopvanghuizen terecht kwamen. De zorgverlening was niet langer in huis, maar kwam naar ze toe. Die zorg was echter vele malen minder dan op een chronische afdeling in een psychiatrisch ziekenhuis. Ook ontbrak het toezicht op de kwaliteit van die zorg, zoals de inspectie dat in de gaten hield bij de ziekenhuizen. Er trad een verpaupering van de huizen op. De vermaatschappelijking kwam nauwelijks van de grond, omdat er onvoldoende doorgroeimogelijkheden waren voor de patiënten naar bijvoorbeeld een zelfstandiger woonvorm. De patiënten bleven hangen in de daklozenopvanghuizen, werden daar uitgegooid als ze te lastig waren en kwamen op straat terecht.'

Als ze te lastig waren, werden ze uit opvanghuizen gegooid

In de reguliere GGZ zijn deze patiënten niet welkom. Dat heeft vooral te maken met de hoge kosten die zijn verbonden aan de gespecialiseerde psychiatrische, somatische en maatschappelijke zorgverlening die deze doelgroep nodig heeft. De 150 euro waarover een instelling momenteel per dag per patiënt beschikt, is niet voldoende voor een adequate behandeling. De weigering deze patiënten op te nemen, leidt tot zogenaamde 'draaideurpatiënten', die nergens welkom zijn voor langduriger opname, eventjes zorg ontvangen in geval van een crisis of in het kader van detentie, maar daarna weer belanden in een sociaal pension of op straat.

Verslavingsgedrag

'Wil je deze mensen goed helpen, dan zul je aandacht moeten besteden aan al hun levensgebieden: wonen, werken, sport en andere activiteiten zijn net zo belangrijk als de psychiatrische behandeling en somatische zorg', zegt Mulder. 'Het doel van de behandeling in Duurzaam Verblijf is ze een toekomstperspectief te bieden dat bij hun leeftijd, wensen en reeds afgelegde "carrière" past. Ons hoogste streven is de patiënten in een zo zelfstandig mogelijk leven te passen, hier of elders.'

De gemiddelde leeftijd van de patiënten in Beilen is veertig jaar. Van hen kreeg 90 procent rond het achttiende levensjaar schizofrenie. Ruim twintig jaar psychosen, in combinatie met drugsgebruik en het leven op de straat, draagt ertoe bij dat Mulder in Beilen heel ernstige symptomen voorbij ziet komen: mutisme, catatonie, allerlei woordvindstoornissen, een enorm verlies van cognitieve functies.

Medicatie, verliesverwerking en psycho-educatie zijn belangrijke pijlers van de psychiatrische behandeling, maar Mulder legt uit waarom het in de praktijk nooit neerkomt op het simpelweg volgen van richtlijnen. 'De richtlijnen en



Links: Er is plaats voor 120 patiënten die allen gedwongen zijn opgenomen.

beeld: Reyer Boxem, HH

Midden: Een patiënt op zijn kamer in de Kliniek voor Duurzaam Verblijf.

Rechts: Een van de patiënten toont wat hij tijdens de creatieve therapie heeft gemaakt.

beelden: Sake Elzinga, HH

protocollen houden weinig rekening met co- of multimorbiditeit: het vóórkomen van dubbele of drievoudige problematiek. Er is bij onze patiënten niet alleen sprake van schizofrenie, maar ook van verslaving, somatische aandoeningen en sommigen hebben een persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast zitten patiënten over het algemeen 'aan het einde van de richtlijn': ze hebben al hele series medicatie geprobeerd, zonder effect.'

De behandeling in Duurzaam Verblijf richt zich op de combinatie van problemen en begint vanaf dag één met abstinentie van drugs en alcohol. De meeste mensen vertonen nauwelijks ontweningsverschijnselen, omdat ze in het verleden door geldgebrek niet regelmatig drugs hebben kunnen kopen. Het verslavingsgedrag houdt echter stand. Mulder: 'Je ziet dat ze onmatig zijn in alles: in aandacht, in roken, in het stoppen van andere spullen in hun sigaretten, in eten. Ze verhandelen van alles onder elkaar.'

Gedwongen verblijf

Plaatsing in Beilen is gedwongen, maar dat heeft weinig consequenties voor de medewerking die patiënten verlenen aan het behandelprogramma van de kliniek. Het gros van de patiënten geeft weliswaar aan snel weer terug te willen naar de stad, maar dit vertaalt zich bijna nooit in verzet tegen hun gedwongen verblijf. Iedere twaalf maanden beslist de rechter tot het al dan niet verlengen van de rechterlijke machtiging. Mulder legt uit: 'Ze zitten op een plek waar ze niet meer weg hoeven, waar niemand ze zomaar uit zal gooien. Daarnaast waarderen de mensen dat ze hier bezitten wat ze jarenlang niet meer hebben gehad: een eigen, schone kamer, voldoende te eten en te drinken, schone kleren. Nogal een omslag als je jaren hebt moeten vechten voor eten en drinken en vervuild op straat hebt geleefd.'

Veel patiënten weten niet meer goed hoe ze voor zichzelf moeten zorgen. Het behandelteam steekt daarom veel energie in het (opnieuw) leren uitvoeren van de algemene dagelijkse levensverrichtingen. Dat betekent op tijd opstaan, jezelf schoonhouden, spullen opruimen en wennen aan een regelmatig leven. In Beilen probeert men via 'hand in hand'-begeleiding de patiënten basale vaardigheden bij te brengen. Door samen aan de slag te gaan en het simpelweg voor te doen. 'Soms is het slechts een kwestie van opfrisen, liggen de vaardigheden nog ergens opgeslagen', zegt Mulder.

Geen eindstation

De gemeenten Amsterdam en Rotterdam hebben geen moeite kandidaten te vinden voor de kliniek. Op 1 april van dit jaar arriveerden de eerste patiënten van de tweede lichting van 36 patiënten in Duurzaam Verblijf. Volgend jaar komen hier nog eens 36 bewoners bij, tot de kliniek uiteindelijk plaats biedt aan honderdtwintig LZA-patiënten.

Evaluatie na ruim een jaar Duurzaam Verblijf laat zien dat men in Beilen goede resultaten boekt in het behandelen van een moeilijke patiëntengroep. In plaats van als eindstation te functioneren, maakt de kliniek volwaardig deel uit van de ketenzorg met Amsterdam en Rotterdam. Vier patiënten stabiliseerden voldoende om terug te keren naar de stad van herkomst. Ze zijn geplaatst in een beschermde woonvorm of een kliniek. Een van hen is overleden. Een ander staat alweer op de wachtlijst voor terugplaatsing in Beilen. Toch is dat geen reden het beleid aan te passen. Mulder: 'Je moet mensen een kans geven. Recidieven horen erbij. Het vraagt echter wel een snelheid van handelen binnen de keten, dat is essentieel om iemand weer op tijd een plek te garanderen waar hij de benodigde hulp kan krijgen.' De mensen die niet terug willen



Een patiënt met zijn grasparakiet, die hij heeft leren verzorgen.

beeld: Reyer Boxem, HH

naar de eigen stad kunnen doorschuiven naar de beschermde woonvorm op het terrein van Duurzaam Verblijf. Hoewel het succes van de kliniek overheid en samenleving positief verrast, kijkt Mulder er niet van op. 'Jarenlang is de opdracht aan de GGZ geweest deze mensen voor een dubbeltje hulp te bieden. Nu is er eindelijk oog voor deze groep en hebben we de middelen om passende zorg te bieden. Dan is het ook logisch dat je iets weet te bereiken.'

Kritiek

Het feit dat Amsterdam en Rotterdam in hun aanpak van dezelfde patiëntenpopulatie verschillen van Utrecht en Den Haag, maakt het mogelijk het resultaat van de behandelingen onderling te vergelijken. Den Haag bouwt een soortgelijke Kliniek voor Duurzaam Verblijf nabij de stad,

Utrecht heeft geïnvesteerd in *assertive community treatment* (ACT)-teams. Deze ACT-teams zoeken de patiënten in eigen stad actief op om ze zorg te bieden op alle levensgebieden.

De aanpak van Amsterdam en Rotterdam kon

in de media op de meeste kritiek rekenen. Dat 'verslaafde schizofrenen' uit hun sociale context worden gehaald om ze gedwongen ergens langdurig op het 'afgelegen platteland' te plaatsen, stuitte veel mensen tegen de borst. Mulder weerspreekt dit. 'Deze groep kenmerkt zich doordat ze uit 'los zand'-families komen, vaak zijn ze naar de grote steden toe geblazen. Van onze doelgroep heeft 80 procent geen familie in de Randstad, dus het maakt niet veel uit waar je ze nou precies behandelt.'


Een vergelijkend onderzoek tussen de verschillende methoden staat inmiddels gepland. Mulder denkt echter niet dat er 'een gouden standaard' uit zal komen rollen. 'Het is niet

goed allemaal dezelfde plannen na te jagen. De steden kunnen onderling verschillen in de samenstelling van hun patiëntenpopulatie. Iedere gemeente probeert een zo passend mogelijke oplossing te vinden. Ik vind ook helemaal niet dat iedere gemeente zijn eigen duurzaam verblijf moet hebben. Je moet erg voorzichtig zijn met gedwongen opnameplekken; vraag en aanbod vullen elkaar nogal aan. Hoe meer gesloten opname, hoe meer mensen daar zullen worden geplaatst en dat is niet de bedoeling.'

Opwinding

Wijnand Mulder snijdt een heikel punt aan: de terugkeer van de langdurig gesloten opname, nadat deze een aantal jaren eerder zo demonstratief is ontmanteld, zorgt voor nogal wat opwinding. Hij heeft begrip voor de commotie. 'Je ontnemt mensen langdurig hun vrijheid. Daarnaast komt er een ethisch aspect bij kijken: willen we mensen die niet meekomen in de maatschappij dan maar achter een deur stoppen?'

Toch lijkt het een onontkoombare vorm van zorg. 'Hoe je het ook organiseert, er blijft altijd een kleine groep over die je gedwongen achter een deur zet. Van de Nederlandse bevolking lijdt 1 procent aan schizofrenie. Het uitgangspunt is dat van deze groep naar schatting 5 procent zijn of haar hele leven klinisch zal zitten. Iemand die vanaf zijn achttiende schizofrenie heeft, kan ook gewoon 75 worden. Voor een beperkte groep zal gesloten, langdurige opvang dus goed moeten zijn geregeld. Uiteraard moet je voorzichtig omgaan met gedwongen opnamen en er heldere procedures voor hebben, maar dan sta ik erachter.'

Het stoort Mulder dat beroepsgenoten zoveel kritiek leveren op de werkwijze van de Kliniek voor Duurzaam Verblijf. 'Als iets lukt, hoor je over het algemeen al gauw van een beroepsgenoot: "ooh, maar dat doen wij al jaren zo" of "jullie herstellen gewoon Santpoort". En inderdaad, er zijn overeenkomstigheden tussen Beilen en de psychiatrische ziekenhuizen uit het verleden, maar er zijn ook belangrijke verschillen. Dat zit hem in "meer handen aan het bed", een goed onderhouden omgeving en het kunnen bieden van een eigen kamer en privacy voor de patiënten. We hebben aandacht voor alle levensfacetten. Waar de GGZ zich eigenlijk niet mag bemoeien met wonen en activiteiten, maar zich puur moeten focussen op behandeling en medicatie, doen wij alles vanuit één hand.' En met resultaat. 

Het succes van de kliniek heeft overheid en samenleving verrast