

Reactie op 'De Tijdelijke Overbruggingsafdeling Amsterdam'

Hoe tijdelijk is de Tijdelijke Overbruggingsafdeling in Amsterdam?

Met veel belangstelling hebben wij kennis genomen van de Amsterdamse oplossing voor de problemen rond de spoedeisende psychiatrie (Mulder e.a. 2005). Amsterdam heeft voor de acute psychiatrie in Nederland altijd een voorbeeldfunctie gehad. Gedurende een lange periode was het Amsterdamse model van de rijdende psychiater en de stedelijk georganiseerde crisiszorg een voorbeeld dat navolging vond. Na de afbraak van dit goed functionerende systeem werd de Amsterdamse organisatie een voorbeeld van verdeeldheid en onmacht. In deze periode van malaise was het geen uitzondering dat ernstig zieke patiënten 24 uur of langer met een inbewaringstelling (IBS) in een politiecel verbleven voordat zij op een regulier psychiatrisch bed geplaatst konden worden. Enigszins cynisch gesteld: de politiecellen in Amsterdam werden in die zwarte periode gebruikt als tijdelijke overbruggingsafdeling. Een voorbeeld voor de rest van Nederland hoe het niet moest.

Met de opening van de Tijdelijke Overbruggingsafdeling (TOA) in Amsterdam is er nu aantoonbaar een kentering in deze zwarte geschiedenis. Het aantal gastplaatsingen vanuit Amsterdam is drastisch teruggedrongen en de wachttijd in de politiecellen is bijna gehalveerd. De politie, de psychiaters en de managers in Amsterdam mogen met recht tevreden zijn. De vraag dringt zich op of we de Amsterdamse aanpak nu wéér als een voorbeeld voor de rest van Nederland moeten zien.

Als we de situatie met wat meer afstand bekijken, dan kan men zich afvragen wat er met de TOA nu feitelijk is bereikt. Zoals de afdeling in het artikel wordt beschreven is het niet zozeer een psychiatrische eerstehulpvoorziening, als wel een kleine opnameafdeling voor gedwongen opnames.

De afdeling wordt in de praktijk voor 88% van de plaatsingen benut als een doorvoerhaven voor patiënten die met een IBS opgenomen moeten worden. Van de 612 patiënten met IBS-en die in 2002 werden uitgeschreven werd 51% opgenomen in dit voorportaal van de 5 gesloten opnameafdelingen van Amsterdam die uiteindelijk voor de zorg verantwoordelijk zijn. Slechts 40% kon direct in de klinieken terecht. Voor de patiënten in de TOA kost het de verantwoordelijke klinieken ruwweg 3 dagen om ruimte voor hun patiënten te maken. Voor de betreffende patiënten betekent dit een extra schakel in de behandeling. Zij wisselen in korte tijd 3 tot 4 keer van behandelaar (verwijzer, crisisdienst, TOA en dan de uiteindelijke opnamekliniek). Vervolgens kan op de TOA alleen de meest noodzakelijke behandeling plaatsvinden. Wanneer we bedenken dat het hier gaat om ernstig zieke patiënten die dringend adequate behandeling nodig hebben, is dat geen goede zaak. Het zou interessant zijn om ook de ervaringen van de patiënten met de TOA bij het onderzoek te betrekken. Het is niet uitgesloten dat de patiënten niet zo blij zijn met deze tussenvoorziening.

De TOA heeft weliswaar een aantal praktische problemen opgelost, maar in onze ogen is de oplossing niet ideaal. Het is frappant dat met 1 extra separeer en 7 beveiligde kamers de capaciteitsproblematiek voor gedwongen opnames in Amsterdam is opgelost. Het lijkt toch nauwelijks mogelijk dat een paar extra bedden deze hardnekkige problemen uit de wereld helpen. In de praktijk is dat natuurlijk ook niet de juiste analyse. Met de komst van de TOA zijn er niet alleen bedden bijgekomen, maar ook strikte afspraken over de afname van patiënten door de klinieken. Het is niet enkel het aantal bedden, maar ook de doorstroom op de bedden die bepalend is voor de capaciteit. Als de Amsterdamse opnameafdelingen de service aan hun patiënten optimaliseren en de doorstroming beter regisseren wordt de TOA overbodig.

In Den Haag en Rotterdam wordt jaarlijks een vergelijkbaar aantal IBS-en uitgeschreven als in Amsterdam. In 2004 werden in Den Haag en randgemeenten 602, en in Rotterdam 556 IBS-en

uitgeschreven. Gastplaatsingen horen in Den Haag en Rotterdam echter tot de uitzonderingen. In Den Haag werd in 2004 slechts 1 keer (0%) en in Rotterdam 36 keer (6%) uitgeplaatst. En wachttijden in de politiecellen zijn volgens het regulier overleg van psychiatrie, politie en justitie in de laatste jaren in Den Haag en Rotterdam geen knelpunt geweest. Onze conclusie is dat met voldoende doorstroom op de acute bedden geen TOA nodig is. Dat is goedkoper, het geeft geen discontinuïteit in de behandeling en er kan direct gepaste zorg geboden worden. W. Mulder merkt in de discussie terecht op dat de TOA niet zonder meer als exportproduct moet worden beschouwd. Van buitenaf gezien lijkt deze Amsterdamse oplossing inderdaad uniek voor Amsterdam.

LITERATUUR

Mulder, W., Dekker, J., & Gijsbers van Wijk, C.M.T. (2005). De Tijdelijke Overbruggingsafdeling Amsterdam. Ervaringen met grootste delijke acute opnames. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 383-389.

A.M. VAN HEMERT, psychiater

C.L. MULDER, psychiater

ANTWOORD aan Van Hemert en Mulder

Voortschrijdend inzicht

Het is prettig om op een artikel enige reactie te krijgen, zeker als deze afkomstig is van twee collega's die hun sporen hebben verdiend in de acute psychiatrie. Het is bovendien interessant om te lezen hoe twee niet-Amsterdammers aankijken tegen de Amsterdamse organisatie dan wel – zo u wilt – wanorde.

In de eerste plaats wordt door hen gesteld dat Amsterdam lange tijd een stedelijke crisiszorg had die navolging vond, maar die de laatste jaren een voorbeeld werd van verdeeldheid en onmacht. Daar wordt de ontwikkelingsgang van de Amsterdamse ggz ons inziens geen recht mee gedaan.

Waar bestond die zorg uit in deze – door Van

Hemert en Mulder als 'bloeiperiode' waargenomen – tijd? Het was de rijdende psychiater die, georganiseerd door de GGD (toen nog GG&GD), huisbezoeken deed en politiebureaus bezocht. Het werk was ongeveer 50/50 verdeeld, dus 50% politiebureaus en 50% huisbezoeken en EHBO-bezoeken. Er reed 1 arts-assistent: doordeweeks van 17.00 tot 08.30 uur en in het weekend de klok rond. Dat betekende lange wachttijden, oplopend tot 12 uur. Patiënten of vermeende patiënten verbleven vaak gedurende de nacht op het politiebureau onder de titel artikel 2 van de Politiewet. Dat betekent: geen strafbaar feit, wel zorgwekkend. Vanuit het huidige perspectief bekeken, ging het om een schraal aanbod en was vanuit dat oogpunt navolging niet direct gewenst.

Met de komst van de RIAGG's in de jaren tachtig is dit systeem een tijdlang voortgezet totdat er in 1995 in het kader van subregionalisering drie crisisdiensten ontstonden. Dat betekende meer personeel en dus kortere wachttijden. Men reed toen buiten kantooruren met zes personeelsleden, zowaar een hele vooruitgang. Een groot probleem bleef dat deze crisisdiensten geen zeggenschap hadden over opnameplekken. Dit probleem werd groter in de periode dat de extramuralisering van de chronische bedden van de duinen naar de stad werd ingezet. Na de sluiting van Provinciaal Ziekenhuis Santpoort, het ontstaan van kleine wijkgerichte ziekenhuizen in Amsterdam en de regionalisering buiten Amsterdam werd het opnemen van patiënten zowel binnen als buiten Amsterdam steeds moeilijker.

Tegelijk met deze ontwikkeling besloot de politietop in 1998 dat er geen arrestanten meer mochten verblijven op de politiebureaus. Dat leverde volgens de beleidsmakers extra inzet van politiepersoneel op. En opgehouden mensen op basis van artikel 2 hoorden volgens de top van de politie helemaal niet thuis op het politiebureau. Op zich een wijs besluit, want als er niets strafbaars is geschied dan hoort men in principe niet op het politiebureau.

Een probleem werd echter nog steeds gevormd door de groep personen die met een IBS

moeten worden opgenomen. In de *Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen* is de rol van de politie namelijk wel benoemd, maar niet echt duidelijk omschreven. Deze IBS-groep bleef in de periode 1998 tot 2002 toch nog te vaak en te lang in de Amsterdamse politiecel in afwachting van een opnameplek, meestal een gastplaatsing. Op zich niet een uniek probleem voor Amsterdam. In deze periode was er sprake van veel gastplaatsingen vanuit het gehele land en door het gehele land (naar onze mening was er toen in het gehele land een probleem van overbezette gesloten afdelingen met een tekort aan personeel).

Terecht signaleren onze collega's dat de politiecel toentertijd eigenlijk gebruikt werd als tijdelijke overbruggingsafdeling. Volgens ons is dat in heel Nederland het geval. Het ontstaan van de Tijdelijke Overbruggingsafdeling (TOA) heeft te maken met de visie op de aansturing in een Amsterdamse context. De crisisdienst, of, zoals de naam nu in Amsterdam is, de Spoedeisende Psychiatrie kan niet werken zonder zeggenschap over bedden. De GGD had vroeger een noodbeddenregeling, wij hebben nu de TOA. Dat zijn bedden die geoormerkt zijn voor spoedopnames, dus veelal dwangopnames. Aangezien het onbekend is wanneer zo'n opname zich aandient, moet er een bepaalde capaciteit vrijgehouden worden. In een stad als Amsterdam is dat goed te regelen, gezien het beperkte aantal opnames binnen een kleine regio. De TOA is wat ons betreft geen exportproduct of voorbeeld voor andere regio's.

Ten slotte noemen onze opposanten dat het patiëntenbelang niet gediend is met de komst van de TOA. Wij zijn het met hen eens dat het perspectief van de patiënt zeker als belangrijkste moet worden meegewogen. Hun stelling dat de patiënt niet blij is met de extra schakel begrijpen we echter niet goed. Voorheen werden patiënten door het land geplaatst, bijvoorbeeld in Limburg. Dat is pas een extra schakel. Het duurde dan een week voor ze weer in Amsterdam waren. In die week was er weinig tot geen contact geweest met behandelaars en alleen het hoognodige werd gedaan. Op de TOA wordt de vaste behandelaar meteen bij de behan-

deling betrokken, als die er al niet bij betrokken is. Het is dus niet zo dat slechts de noodzakelijke behandeling plaatsvindt.

In de reactie wordt gesteld dat het frappant is 'dat met 1 extra separeer en 7 beveiligde kamers de capaciteitsproblematiek voor gedwongen opnames in Amsterdam is opgelost'. Dat is wat kort door de bocht. Het vernieuwende zit in de personele bezetting en in de afspraken over opname en doorstroom in alle gesloten afdelingen van Amsterdam. De bezetting per bed op de TOA is aan verpleegkundig personeel 2,3 fte (fulltime equivalent). Vergelijk dit met de gemiddelde bezetting van 1,3 fte op een gesloten afdeling in Amsterdam. Dat scheelt nogal wat. Het betekent dat er meer hand-in-hand en oog-in-oog begeleiding gegeven kan worden. Het betekent bovendien dat er snel gedesepareerd kan worden, dat mensen na een gedeeltelijke stabilisatie over kunnen naar een gewone gesloten afdeling met afspraken en dat zij vaak niet meer zo afwijzend staan tegen verdere behandeling. Daarnaast is het van belang om, gezien de opnamedruk (namelijk in 2002 612 IBS-en op 700.000 inwoners in een stad met \pm 100 opnamebedden), ergens een plek te creëren waar leegstand mag. Zo waren er in hetzelfde jaar 2002 30 dagen met 4 of meer IBS-en. Aangezien alle klinieken moeten werken met nagenoeg 100% bedbezetting is het efficiënter om op 1 plek capaciteit te creëren dan op 5 gesloten afdelingen. Met de komst van de TOA is er een stedelijk convenant met bijbehorend protocol ontwikkeld dat de opname en doorstroming van alle gesloten afdelingen reguleert. Dus het idee van onze opposanten dat het niet alleen om meer bedden gaat maar ook om striktere afspraken over opname en doorstroming onderschrijven wij zeker.

We hebben in de Amsterdamse situatie gekozen voor een centrale oplossing: één afdeling, de TOA, met vaste afspraken met de vijf gesloten afdelingen. We willen dit zeker niet als exportproduct uitdragen, maar kunnen ons moeilijk voorstellen dat er in andere grote steden, waar tenslotte ook een druk is van veel dwangopnames, niet enigszins gestuurd wordt op het creëren van over-

bedden of leegstand. Dat is namelijk het werk van een gesloten afdeling: voortdurend de mogelijkheid bieden tot opnemen en dus anticiperen op de komst van nieuwe patiënten. In Amsterdam heeft de afdeling veel onrust uit de lucht gehaald wat de kwaliteit van behandeling ook weer bevordert.

Inmiddels heeft de Amsterdamse ggz de crisisdiensten buiten kantooruren verder gecentraliseerd en is er een 'psychiatrische EHBO' ontwikkeld waar vanaf 1 december 2003 psychiatrische patiënten door de politie ter beoordeling naar toe gebracht kunnen worden. Wachten in een politiecel op een psychiatrische plaatsing is ons inziens in het gehele land, inclusief in Rotterdam en Den Haag, nog steeds een knelpunt. In Amsterdam is dat niet meer het geval. Het komt niet meer voor dat patiënten ten onrechte wachten op een politiebureau en er zijn minder patiënten die ver van hun behandelaar worden opgenomen. Of deze werkwijze navolging dient te krijgen moeten anderen bepalen, maar wij zijn hier voor de Amsterdamse patiënten wel erg blij mee.

W. MULDER

J. DEKKER

C.M.T. GIJSBERS VAN WIJK

Reactie op 'Bijgeloof toen en nu. Notities over geestelijke gestoordheid in de vroegmoderne Nederlanden'

Een magistrale voetballer (en volgens sommigen een groot filosoof), Johan Cruijff, placht voor de wedstrijd zijn kauwgom het veld uit te schoppen, uit bijgeloof. De grootste Nederlandse voetballer aller tijden! De prangende vraag luidt natuurlijk: was hij zo groot geworden als hij dat niet gedaan had? Was zijn bijgeloof waardevol?

Tuinier & Vrolijk stellen in hun essay 'Bijgeloof toen en nu. Notities over geestelijke gezondheid in de vroegmoderne Nederlanden' (2005) bijgeloof op meerdere plaatsen en tijden in de psychiatrie aan de kaak. Allereerst wordt een opsomming gegeven van recente ideeën, beweringen en theorieën die door de auteurs tot bijgeloof worden bestempeld, vervolgens richt de rest van het stuk zich voornamelijk op *debunking* van de visie dat de ideeën over geestesstoornissen in de late Middeleeuwen t/m de zestiende eeuw vooral bepaald werden door bijgeloof en demonologie.

Mijn kritiek richt zich op de argumenten in de eerste paragrafen, welke ik foutief acht. Het is mijns inziens gerechtvaardigd dat de auteurs antipsychiatrie en kritische psychiatrie onder de noemer bijgeloof willen scharen. Hoewel ze zich een verzwakkende kwalificatie ('De zogenoemde antipsychiatrie is *deels* een voorbeeld') permitteren, rechtvaardigt de teneur van de alinea's die volgen deze conclusie. Deze bewering is om meerdere redenen echter vatbaar voor kritiek. Allereerst wordt het begrip bijgeloof niet helder gedefinieerd. De tekstlezende komt 'vreemde, niet-gefundeerde en onwetenschappelijke zienswijze' volgens mij het dichtst in de buurt van een door de auteurs gegeven definitie. De term 'vreemd' lijkt me dusdanig subjectief dat deze direct geschrapt zou moeten worden. 'Ongefundeerd' is een criterium dat verwijst naar een referentiekader, en dit wordt gegeven met de term 'wetenschappelijk'. Kortom: wat niet wetenschappelijk gefundeerd is, is bijgeloof. Daarmee wordt deze definitie een ken-theoretische. Helaas geven de auteurs ook niet aan

wat ze onder 'wetenschappelijk' verstaan. We moeten begrijpen dat daar in elk geval de door hun gegeven voorbeelden niet onder vallen, en dat het maar goed is dat we die zaken achter de rug hebben. Kortom: 'bijgeloof' heeft voor de auteurs een negatieve connotatie in de context van psychiatrie, en 'wetenschappelijk' een positieve. Dat de term 'wetenschappelijk' zowel binnen als buiten de psychiatrie nogal uiteenlopende interpretaties kent, hoeft geen betoog (zie bv. Boyd 1991). Dat de psychiatrie ontologisch en epistemologisch dermate heterogeen is dat één vorm van wetenschap alleen deze niet kan bestrijken, lijkt me evenzeer een open deur. En dat de epistemische keuzes die de psychiatrie in de laatste decennia heeft gemaakt niet onomstreden zijn, is onder meer terug te lezen in het hoofdstuk 'Science' van *Values and psychiatric diagnosis* (Sadler 2005, hoofdstuk 3). Dit alles geeft de auteurs weinig basis om *sweeping statements* te maken over wetenschap en de waardeeloosheid van vermeend bijgeloof.

Een tweede fout maken de auteurs met hun tamelijk slordige omgang met 'antipsychiatrie' en kritische psychiatrie. Terzijde merk ik daarbij op dat ze tegen hun eigen voorkeur voor primaire bronnen zondigen door ten aanzien van deze onderwerpen secundaire bronnen aan te halen. Vergeven wordt de waarschuwing van Blok (2004, paragraaf 1.1) dat de term 'antipsychiatrie' beter niet gebruikt kan worden als paraplueterm, om verschillende redenen, onder meer omdat deze de suggestie wekt van een inhoudelijk coherente denkstroming. In werkelijkheid verschilden de opvattingen in de antipsychiatrie en die in de kritische psychiatrie behoorlijk. De suggestie dat de antipsychiatrie een poging was om gedeïnstitutionaliseerde patiënten weer weg te maken, wordt nergens onderbouwd, en acht ik nogal discutabel (Blok 2004; Gijswijt-Hofstra 1998). Het meest verwijtbare is dat een dermate heterogene fase in de internationale psychiatrie tot een stel overduidelijk onverdedigbare opvattingen wordt gereduceerd. Dit terwijl in het aangehaalde boek van Blok volop voorbeelden staan van positieve invloeden die daarna geïncorporeerd werden in de psychia-

trische praktijk.

Enfin, een oud bijgeloof leert dat alle zonen zijn voorbeschikt hun vaders te vermoorden. Ik ben benieuwd over welk bijgeloof en bijbehorende verschrikkingen we het over 30 jaar hebben. Het schandaal van de evisceratie van de mens uit de 'wetenschappelijke' psychiatrie misschien?

Tot slot een citaat uit een primaire bron (Laing 1960): 'The mad things said and done by the schizophrenic will remain essentially a closed book if one does not understand their existential context.'

Hoezo, de patiënt weg maken?

LITERATUUR

- Blok, G. (2004). *Baas in eigen brein. Antipsychiatrie in Nederland, 1965-1985*. Amsterdam: Nieuwezijds Uitgevers.
- Boyd, R. (1991). *The Philosophy of Science*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Gijswijt-Hofstra, M. (1998). *Cultures of Psychiatry and mental health care in postwar Britain and the Netherlands*. Amsterdam: Rodopi.
- Laing, R.D. (1960). *The Divided Self*. London: Penguin Books.
- Sadler, J.Z. (2005). *Values and psychiatric diagnosis*. Oxford: Oxford University Press.
- Tuinier, S., & Vrolijk, M. (2005). Bijgeloof toen en nu. *Notities over geestelijke gestoordheid in de vroegmoderne Nederlanden. Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 415-424.

A.S.G. RALSTON, psychiater

ANTWOORD aan Ralston

Het is onduidelijk waartegen collega Ralston nu eigenlijk polemiseert. Een essay mag 5000 woorden omvatten en moet nog leesbaar zijn ook. Dus een uitgebreide verhandeling over de wetenschapstheoretische achtergronden van de psychiatrie, over de grenzen van het gebruik van het woord bijgeloof, over de herkomst van de antipsychiatrie, over welke woorden men wel en niet mag gebruiken (van wie overigens?) en over het gegeven of bijgeloof ook nuttig kan zijn en meer van die zaken, horen thuis in aparte publicaties. Dat geldt evenzeer voor de fantastische bijdrage die

collega Laing heeft geleverd aan de behandeling van patiënten met schizofrenie. Het staat Ralston vrij, lijkt ons, om die publicaties te vervaardigen. Het gaat in ons essay om de projectie van voorstellingen over primitief en bijgelovig gedrag en onmenselijkheid naar het verleden. Dit gebeurde in een tijdperk waarin volstrekt ongefundeerde opvattingen populair waren en niet zo lang nadat de grootste massamoord in de geschiedenis had plaatsgevonden. Dat lijkt ons een heel legitiem thema voor een essay.

Wat door Ralston wordt gesteld, maar niet in het essay staat is: (1) dat hetgeen niet wetenschappelijk gefundeerd is een vorm van bijgeloof is; (2) dat er maar één vorm van wetenschap bestaat; (3) dat dé antipsychiatrie een vorm van bijgeloof is; (4) dat kritiek op bijgeloof op meerdere plaatsen en tijden voorkomt in de psychiatrie; (5) dat de antipsychiatrie een inhoudelijk coherente stroming was; en (6) dat de mens uit de wetenschappelijke psychiatrie verwijderd moet worden of dat dit een consequentie is van het streven naar wetenschappelijkheid.

Wat dit alles met ‘vadermoord’ te maken heeft, is volstrekt onduidelijk. Het gedeelte van ons artikel dat Ralston bekritiseert bevat ongeveer 40 regels en zelfs deze heeft hij niet zorgvuldig gelezen. Het begint bij Ralston al met de titel van het essay. Daar leest hij in plaats van ‘geestelijke gestoordheid’ ‘geestelijke gezondheid’. Een *Fehlleistung* die in verband met zijn discussie over de antipsychiatrie toch wel grappig is. Hoezo, de patiënt wegmaken?

S. TUINIER

M. VROLIJK