

## Beter worden doe je thuis

I. P. M. KEET

Nederland en België zijn wereldwijd koplopers in het gebruik van psychiatrische bedden. Het zit diep verankerd in de psychiatrische behandelcultuur en komt ongetwijfeld voort uit een zorgende instelling en goede bedoelingen. Er zijn echter ook goede redenen om aan te nemen dat het hoge aantal bedden geen goede investering is in de geestelijke gezondheid.

Enkele cijfers: per 100.00 inwoners heeft Nederland 135 ziekenhuisbedden, terwijl Engeland het doet met 63 bedden, Zweden met 58 en Italië met 5 bedden. Er zijn uitzonderingen. In Noord-Holland Noord is het aantal bedden 72 per 100.000 inwoners en dit aantal wordt nog verder verlaagd, onder het motto 'Beter worden doe je thuis'.

Veelvuldig en langdurend opnemen draagt in het algemeen niet bij aan een betere behandeling. Opnames vergroten de kans op langdurende hospitalisatie, opname en ontslag zijn risicofactoren voor suïcide en na opname is terugkeer in de maatschappij beladen.

*Vergelijking somatiek en psychiatrie* We kunnen in dezen leren van de somatische geneeskunde. Was het in de tweede helft van de vorige eeuw nog gebruikelijk dat iemand voor een routinematige ingreep zoals een liesbreukoperatie een week in het ziekenhuis lag, nu meldt iemand zich nuchter in de ochtend, ondergaat de ingreep en ligt die zelfde avond weer in het eigen bed thuis. Diagnostiek en behandeling gebeuren waar het kan ambulante. Eenzelfde ontwikkeling heeft zich in de psychiatrie niet voorgedaan. De ambulante en de klinische behandeling zijn daar gescheiden wegen gegaan. Langdurende psychiatrische opnames zijn nog steeds regel. Hoe is het zo ver gekomen dat de psychiatrie vasthoudt aan frequente en langdurende opnames?

*Total Institutions* Tot ver in de twintigste eeuw waren er verblijfsafdelingen van het klassieke psychiatrische ziekenhuis met paviljoenen gelegen in de bossen en de duinen. Deze voorzieningen voldeden geheel aan de kenmerken van een *Total Institution*, zoals Goffman (1961) het treffend heeft beschreven in zijn klassieke boek *Asylums*. Het totale instituut bepaalde volledig het leven van de bewoners: sociale contacten, werk, ontspanning, slapen en eten, het vond allemaal daar plaats. Het enige domein van de patiënt was zijn bed en nachtkastje. Er was een scherpe scheiding tussen staf en bewoners, al was het maar omdat de medewerkers wel 's avonds naar huis gingen en contacten hadden met de rest van de samenleving (Goffman 1961). Deze instituties bestaan in deze vorm niet meer. Helemaal verdwenen zijn ze niet. Het epicentrum van veel ggz-organisaties is nog steeds het klassieke terrein met hoofdbouw en paviljoens. De patiënten van de voormalige verblijfsafde-

lingen wonen vaak nog op het terrein, gelukkig vaak wel in eigen appartementen. Het totale instituut is echter ook blijven hangen in ons denken.

**ACT, FACT en Querido** Inmiddels is in de sociale psychiatrie in Nederland een niet te stuiten ambulantisering opgetreden, zichtbaar in de ontwikkeling van functie-assertive community treatment (ACT en FACT), maar ook ver daarbuiten. In feite is hiermee een model voor zorgorganisatie ontstaan dat goed aansluit bij het ideaal van Arie Querido (1901-1983), pleitbezorger van de sociale dimensie in de psychiatrie (voor een overzicht zie Querido 1970). Querido maakte er systematisch werk van om crises ter plekke op te lossen. Zo kon hij het aantal opnames beperken. Opname had in zijn ogen zelden het beoogde effect en was dus in het nadeel van de patiënt. Het was een schijnoplossing die dreigde herhaald te worden. Beter was het volgens Querido de contacten met de gemeenschap te verstevigen en in de concrete situatie van de patiënt een oplossing te vinden.

**Psychiatrisch ziekenhuis en Riagg: gescheiden werelden** Het psychiatrisch ziekenhuis van vandaag vertoont nog steeds de trekken van de genoemde Total Institution met een strikte scheiding tussen binnen en buiten en tussen patiënten en staf. De accommodatie is vaak gebrekkig, er verblijven te veel patiënten dicht op elkaar, de verpleegpost is veelal een gesloten bolwerk en de samenwerking met ambulant is onvoldoende of zelfs geheel afwezig.

Hoe heeft dit kunnen voortbestaan? De verklaring hiervoor ligt naar mijn idee bij de ontwikkeling in de sociale psychiatrie in de jaren zeventig van de vorige eeuw. Toen vond een scheiding plaats tussen ambulante en klinische psychiatrie die ten grondslag lag aan de Riagg-vorming (*Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg*). De terechte afwijzing van onnodige opnames sloeg om in totale afwijzing van alle vormen van klinische zorg. De werkelijkheid bleek weerbarstig: het ziekenhuis werd niet overbodig, maar kwam wel geheel buiten de ontwikkeling van de sociale psychiatrie te staan.

Het streven naar transmuraliteit en het ontstaan van regionale ggz-instellingen heeft daar in de afgelopen decennia weinig aan veranderd. Ambulante zorg en kliniek kwamen wel binnen één organisatie, soms zelfs binnen één gebouw, maar er was daarmee nog niet één gezamenlijke visie. Vooral de patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen werden de dupe. Deze hadden sowieso minder te halen bij de Riagg's, die zich meer richtten op de lichtere psychische stoornissen van de gezonde mens dan de sociale aspecten van de zorg voor ernstige psychiatrische aandoeningen.

## LITERATUUR

Goffman E. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Garden City: Anchor Books; 1961.

Romme MAJ, Gorter-Willemsse WJZ, red. Querido A. *Werk in uitvoering: een keur uit de geschriften van prof. Dr. A. Querido*, Amsterdam. Leiden: Stenfert Kroese; 1970.

## AUTEUR

RENÉ KEET is psychiater en directeur behandelzaken divisie langdurende psychiatrie, GGZ-Noord-Holland-Noord, Alkmaar.

Correspondentieadres: dr. René Keet, GGZ NHN, Postbus 18, 1850 BA Heiloo.

E-mail: r.keet@ggz-nhn.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Getting

better at home, not in the hospital

Het psychiatrisch ziekenhuis binnen de huidige sociale psychiatrie We kunnen met minder, maar zeker niet zonder psychiatrische ziekenhuisbedden. Wat staat ons te doen? Allereerst dienen wij te zorgen voor een goede ambulante zorgorganisatie en transmurale samenwerking. Deze maakt de opname tot wat deze zijn moet: een intermezzo in het ambulante behandelproces.

Ziekenhuisbedden verdwijnen niet vanzelf. Ondanks de ambulantisering neemt het aantal bedden nog steeds toe ([www.zorgvisie.nl](http://www.zorgvisie.nl), Nieuws, 'Aantal bedden stijgt in ggz', 9-3-2011) Daarom is het zaak de overbodig geworden bedden actief te sluiten. Tegelijkertijd dienen wij ervoor te zorgen dat het afgeslankte psychiatrisch ziekenhuis een prettige plek wordt om te verblijven die echt bijdraagt aan het herstel van de opgenomen patiënt. Een multidisciplinair behandelteam en de inzet van ervaringswerkers dragen hieraan bij. De verpleegpost kan beter verdwijnen en vervangen worden door een goed aangeklede woonkamer met mooie meubels en warme kleuren. Het Planetree-concept is een goed model in dezen ([www.planetree.nl](http://www.planetree.nl)). En last but not least, wij dienen te zorgen voor een nauwe samenwerking en dialoog tussen kliniek en ambulante teams. Zo worden ambulante en kliniek samen tot één sociaal psychiatrisch team.