

Van asiel naar oase

In de psychiatrie spreekt men van een 'asielfunctie' voor mensen die zeer langdurig, soms zelfs permanent onder begeleiding en binnen de beschutting van een psychiatrisch ziekenhuis leven. Het gaat daarbij om een groep mensen die er (in ieder geval tot voor kort) volgens veel beleidsmakers niet is, of die er niet hoort te zijn. Wij echter hebben dagelijks met hen te maken en worden steeds enthousiaster voor het werken met deze groep. Vaak blijkt namelijk dat met veel creativiteit, onorthodoxe oplossingen en andere verhoudingen tussen hulpverlener, patiënt en omgeving, verrassende verbeteringen tot stand kunnen worden gebracht in de kwaliteit van leven. Volgens ons gaat het hierbij om een kernfunctie in de zorg voor psychiatrische patiënten, een die een positievere naam dan 'asiel' verdient: 'oase'.

Opbergen of opvangen?

Het woord asiel heeft volgens het woordenboek zowel met opbergen als met opvangen te maken. In de loop van de geschiedenis van de zorg voor psychiatrische patiënten werd nu eens nadruk gelegd op het ene aspect, dan weer op het andere (Janssen, 1997; Parry-Jones, 1988). In de zeventiende eeuw werden gevangenen en geesteszieken veelal gezamenlijk opgeborgen, terwijl in de loop van de achttiende en de eerste helft van de negentiende eeuw een veel duidelijkere scheiding tussen hen werd aangebracht. Geesteszieken werden toen vanuit humane motieven geïnstitutionaliseerd, opgevangen in grote tehuizen. In de tweede helft van de negentiende, en het begin van de twintigste eeuw kregen deze instituties de functie van opbergplaats weer terug, om de maatschappij te vrijwaren van de overlast en gevaren die psychiatrische patiënten opleverden. In de tweede helft van de twintigste eeuw kreeg dit opbergen een steeds negatievere bijklank. In de jaren zestig verscheen de

FRANSEN & HONDIUS

antipsychiatrie, die het ziektemodel en daarmee ook de inrichtingspsychiatrie verwierp. In Nederland leidde dat tot een stop op nieuwbouw voor psychiatrische ziekenhuizen, het Moratorium, in februari 1983 (Vijselaar, 1997). Dit vormde de start van de Nederlandse de-institutionalisering, die tot voor kort leek aan sturen op het volledig afbouwen van de asielfunctie, zowel wat opvangen als wat opbergen betreft.

Thans lijkt daar een kentering in op te treden, waarbij door patiënten, familieleden, instellingen, overheid en media gepleit wordt voor het in zekere mate behouden van deze functie, vaak aangeduid met de oude term Asiel. Sommigen lijken het daarbij vooral over de opbergfunctie te hebben (overheid), anderen vooral over de opvangfunctie (hulpverlening, familie en patiënten) (Schoemaker e.a., 1997; Janssen, 1997; Van Ewijk, 2000).

Een nieuw asiel

Onderzoekers en beleidmakers zijn toenemend geïnteresseerd in de asielfunctie van psychiatrische ziekenhuizen (Borgesius e.a., 1999; Van Liemd e.a., 1996; Thuis in de GGZ, 1996). Steeds duidelijker wordt het dat niet iedereen met een chronische psychiatrische handicap buiten het psychiatrisch ziekenhuis kan wonen. Maar er blijven nog veel vragen over. Wie zijn dat dan die in het psychiatrisch ziekenhuis blijven wonen: zijn het mensen die heel moeilijk zijn voor hun omgeving, of zijn het zelf juist heel kwetsbare mensen? Waarschijnlijk gaat het om beide groepen, maar welke zorg moeten die dan krijgen, waar kan dat het beste plaatsvinden en kunnen beide groepen samenleven?

Onderzoek naar de gevolgen van deinstitutionalisering is in feite indirect onderzoek naar de asielfunctie. Men zou kunnen zeggen dat de asielfunctie er is voor diegenen bij wie deinstitutionalisering niet lukt. Een zeer korte samenvatting van Engels, Amerikaans en Nederlands onderzoek levert het volgende beeld op. Van de chronische klinische populatie komt 15 tot 30% niet aanmerking voor extramuralisering. Dat komt neer op ongeveer 0,25 à van de bevolking. Het percentage hangt erg af van de gekozen definitie en context: als men bijvoorbeeld zwerven een aanvaardbaar alternatief voor opname vindt komt men uit op een lager percentage. Maar als de zorg voor de oudere psychiatrische patiënt en de verpleeghuispopulatie erbij wordt geteld, komt men juist hoger uit. Als men het kostenaspect in het onderzoek betreft, lijkt men door te investeren in nazorg en vervangende woonvormen ongewenste bijeffecten als zwerven en verloedering in een groter aantal gevallen te kunnen voorkomen, maar tegelijkertijd lijkt de financiële winst van het extramuraliseren daardoor te verdwijnen.

Kenmerk van niet-extramuraliseerbare patiënten is dat er sprake is van allerlei gevaarlijk en grensoverschrijdend gedrag, zowel in zelfdestructieve als

agressieve zin. Daarnaast zijn patiënten die zijn gehospitaliseerd niet goed in staat om weer de maatschappij in te gaan. Psychiatrisch-diagnostisch gaat het vooral om de diagnoses schizofrenie en bipolaire stoornis, in combinatie met de geschetste gedragsproblematiek en vaak met een somatische handicap (Trieman e.a., 1996; Bigelow, 1988).

427

Beleid

Een tweetal beleidsstukken geeft een schets van het geplande beleid met betrekking tot de asielfunctie: een brief van minister Borst aan de Tweede Kamer en de uitvoeringstoets inzake Herziening planningsnorm GGZ van het College van Ziekenhuisvoorzieningen, beide uit 1998. Zeer kort samengevat ligt de nadruk van het beleid op extramuralisering van de zorg voor de langdurig zorgafhankelijken. Men wil echter een asielfunctie in de orde van grootte van 0,8 à voor het APZ behouden. In vergelijking met de getallen op grond van het onderzoek lijkt dat in eerste instantie ruim, maar de cijfers zijn moeilijk vergelijkbaar: onder die 0,8 à moeten alle gesloten opnames vallen, en er wordt gerekend op een forse instroom uit de zogeheten raakvlakken zoals de forensische psychiatrie, de zorg voor verslaafden, de zorg voor verstandelijk gehandicapten en de verpleeghuizen. Ook hier worden (zij het in wat andere bewoordingen) de 'opbergfunctie' en de 'opvangfunctie' onderscheiden. De 'opbergfunctie' dient om de maatschappij te beschermen tegen gevaarlijk en agressief gedrag als gevolg van de psychische aandoening en verslaving. De 'opvangfunctie' is bedoeld voor degenen die dreigen te verkommeren en verloederen. Hoe beide functies met dergelijke instroom en zulke relatief kleine aantallen in steeds meer ontmantelde psychiatrische centra moeten worden vormgegeven, staat echter nergens uitgewerkt. Van Ewijk, directeur van de Geestgronden, voorheen Vogelenzang, constateert onzes inziens dan ook terecht dat niemand weet wat men aanmoet met de asielfunctie. Hij voorspelt dat GGZ-centra als zelfstandige organisaties zullen ophouden te bestaan, dat chronisch psychiatrische patiënten daarvan de dupe zullen worden, en dat in de bossen en tussen de duinen waar de oude inrichtingen zijn verdwenen weer asielen zullen ontstaan (Van Ewijk, 2000).

Mevrouw A

Mevrouw A is een vrouw van middelbare leeftijd die al vele jaren gedwongen opgenomen is in verband met steeds terugkerende paranoïde psychotische episoden, oordeels- en kritiekstoornissen en ernstige gedragsproblemen in het kader van schizofrenie en (vooral narcistische) persoonlijkheidsproblematiek. De psychotische problemen zijn vooral voor haarzelf vervelend: zij is dan doodsbang dat er rampen als oorlogen en ziektes dreigen uit te breken en wil zich dan verbergen of preventief suïcideren. De oordeels- en kritiekstoornissen

FRANSEN & HONDIUS

en de gedragsproblemen zijn vooral voor haar omgeving hinderlijk. Zij is dan volgens haarzelf met iedereen bevriend, kan alles, weet ook allerlei dingen van te voren, en bemoeit zich met alles en iedereen. Als anderen daar niet van zijn gediend wordt zij vaak kwaad en ontstaat met regelmaat een ordinaire kloppartij. Mevrouw kan met haar forse postuur daarbij zulke rake klappen uitdelen dat zij uiteindelijk in de separeer belandt.

Alles wat de psychiatrie te bieden heeft is bij mevrouw A geprobeerd: medicatie, klinische psychotherapie, ambulante behandeling met crisisinterventie et cetera. Uiteindelijk resteerde een gedwongen verblijf op een gesloten chronische afdeling, waar zij jarenlang tot ieders ongenoegen zeer veel in de separeer, soms zelfs gefixeerd, vertoefde.

Dat is inmiddels echter lang geleden. Na vele jaren vruchteloos pogen om mevrouw A te veranderen, hebben we haar omgeving veranderd, en dat hielp. Ze kreeg een eenpersoonswoning op de afdeling, met een eigen ingang. Toen zij daardoor niet meer zoveel noodgedwongen in contact kwam met haar medepatiënten, kreeg zij minder vaak ruzie en werd zij steeds minder gesepareerd. Nu heeft zij haar eigen sociale netwerk - op en soms buiten het terrein van ons psychiatrisch centrum. Een enkele keer gaat het nog wel eens mis en moeten we ingrijpen, maar dat staat in geen verhouding tot vroeger. Mevrouw A is veel tevredener over haar levenssituatie, en wij ook. Alleen is het voor andere afdelingen wennen: die doen nu soms hun deur dicht om haar buiten te houden. Ook de horeca in de stad is niet altijd even enthousiast. Maar wij zijn nog drie van die eenpersoonswoningen aan het bouwen: mevrouw A is niet de enige bij ons die vooral in de omgang met anderen problemen heeft en geeft.

Meneer B

Meneer B is een man van rond de vijftig die al gedurende tientallen jaren met steeds kleinere tussenpozen overal in het land opgenomen is geweest. Zijn leven is getekend door een kwetsbaarheid voor psychotische desintegratie, vaak samengaan met fors reëel en traumatiserend leed. Diagnostisch is er heel veel over hem gezegd, maar zonder veel therapeutische waarde. Eigenlijk is hij altijd wat verward bezig om ergens anders te komen dan waar hij nu is, enerzijds vanuit psychotisch gekleurde angst dat iets of iemand hem bedreigt, anderzijds vanuit de hoop dat hij elders opeens weer gezond zal zijn en normaal zal kunnen leven.

In ons psychiatrisch centrum werd hij eerst enkele jaren onder rechterlijke machtiging opgenomen op een gesloten afdeling binnen de langdurige zorg. In feite strandde daar al het op verandering gericht beleid op zijn paranoïde verwerking daarvan: hij zag in elke aanranding tot verandering allerlei complotten, of het nou medicatie was of arbeidstherapie, en ging

schelden, slaan of vluchten als we doorgingen met wat hij ervoer als pressie. Geleidelijk aan werd het roer daarom omgegooid: er werd volstaan met minimale medicatie, minimale eisen met betrekking tot hygiëne, kleding en maaltijden, de rechterlijke machtiging werd opgeheven, en hij werd overgeplaatst naar een grote, oudere verblijfsafdeling op het terrein van het ziekenhuis, de laatste woonafdeling die nog 24-uursbegeleiding kent. Hoe zijn dagen er daar thans uitzien wisselt al naar gelang zijn stemming en psychische conditie. In goede doen leeft hij een vrij onopvallend leven met zijn medepatiënten, zit in een hoekje in de gang stil te roken met een muziekje uit zijn cassette recorder, wandelt wat op het terrein van het ziekenhuis en bezoekt vrijblijvend een activiteitenafdeling. Soms verandert dit vrij abrupt en gaat hij boos en onsamenhangend allerlei verdenkingen tegenover zijn omgeving uit. In een dergelijke toestand, die soms dagen of weken kan aanhouden, is hij eigenlijk onbenaderbaar. Soms doet hij dan pogingen om echt weg te gaan, maar die stranden eigenlijk vanzelf buiten het ziekenhuis: zijn verwarde beschuldigingen roepen op straat tegenreacties op, waardoor hij ietwat verloren terugkeert naar de afdeling. Hem daartegen beschermen door hem tegen te houden, bijvoorbeeld op een gesloten afdeling, zou zeer bedreigend voor hem zijn en zeker tot ernstiger incidenten leiden dan wat nu op straat gebeurt.

Grenzen aan extra- en intramuralisering

Waarom zouden deze twee patiënten nu wel op het terrein van het psychiatrisch ziekenhuis moeten blijven wonen, terwijl ieder ander geëxtramuraliseerd wordt? Mevrouw A zou best elders willen wonen, maar is te hinderlijk en te agressief voor haar directe leefomgeving om dat haalbaar te maken. Meneer B is in zijn frequente verwardheid te kwetsbaar voor negatief gedrag vanuit zijn omgeving, dat hijzelf vanuit zijn paranoïde beleving snel zal oproepen. Tevens is er groot risico voor zwerven en verwaarlozing. Bij de beslissing om te mogen blijven, die bij beiden in feite meer met daden dan met woorden wordt genomen, spelen bij mevrouw A dus sterk de risico's mee die zij voor haar omgeving oplevert, terwijl het bij meneer B vooral om de risico's voor hemzelf gaat. Opbergen en opvangen dus.

Bij het inschatten van die risico's is het wel van belang om goed zicht te hebben op wat tegenwoordig ambulant aan zorg te leveren is en wat de grenzen zijn van niet aan psychiatrische instellingen verbonden woonvormen. Want met sociale pensions, langdurige psychiatrische thuiszorg, case-management, dagopvang, knipkaarten voor crises enzovoort, is tegenwoordig heel veel mogelijk. Mevrouw A en meneer B lijken, hoe verschillend ook, daar

FRANSEN & HONDIUS

niet mee geholpen, vooral niet omdat zij vanuit hun pathologie geen enkele constantie in relaties met hulpverleners en hun verdere directe leefomgeving toelaten. De luwte en de sociale rek die het terrein van een psychiatrisch ziekenhuis te bieden heeft maakt dat daar nog net kan, wat elders net niet of helemaal niet kan.

Maar ook op het terrein van het psychiatrisch ziekenhuis kan niet alles. We waren heel enthousiast over de inleunwoning van mevrouw A, zo enthousiast zelfs dat we er nog drie gaan bouwen. Maar mevrouw A heeft nog steeds hetzelfde probleem in de omgang met anderen, al speelt zich dat nu af in de kantine van het ziekenhuis, tijdens belangrijke vergaderingen in het hoofdgebouw, of in een plaatselijke kroeg. Wij bieden vanuit de afdeling ondersteuning aan kantinepersoneel en anderen die dan met haar geconfronteerd worden, en in overleg met de wijkagent grijpen politie en verpleegkundigen soms gezamenlijk in. Waarschijnlijk zit er een duidelijke grens aan het aantal patiënten met dergelijke problemen dat op het terrein van één psychiatrisch ziekenhuis kan verblijven, wil het bijvoorbeeld voor meneer B en de kantinevrouw leefbaar en werkbaar blijven. En ook aan de aard van de problematiek zit een limiet: psychiatrie met een beetje maatschappijbescherming is goed mogelijk, maar als de maatschappijbescherming gaat overheersen mis je het daarbijbehorende bewakingspersoneel en wordt het voor mensen als meneer B te onveilig.

Meneer B heeft nog het geluk dat hij op een groot oud paviljoen op het terrein woont, met veel ruimte in het gebouw om je eens even terug te trekken, en 24 uur per dag verpleegkundige begeleiding. De afdeling wordt binnenkort echter afgebroken, en in het kleine gezellige huisje met een hechte groep en partiële begeleiding waar hij dan heen moet zal hij het waarschijnlijk niet meer redden: in zijn achterdochtige perioden verdraagt hij dat niet, en bij het soort problemen dat er dan ontstaan is het wel heel prettig als er steeds een verpleegkundige in de buurt is. Waarschijnlijk komt hij dan op de afdeling waar mevrouw A ook zit, maar meneer B kan niet goed tegen mevrouw A.

Asielfunctie in de praktijk

In het werken als hulpverlener met mevrouw A en mevrouw B draait het er vooral om dat een team het als een blijvende uitdaging moet zien om voortdurend te zoeken naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven voor de patiënt binnen acceptabele grenzen voor alle betrokkenen qua veiligheid en overlast. Ook is erg belangrijk dat men blijft zoeken naar beweging en verandering in situaties die sterk neigen naar stilstand en patstellingen. Dat vergt erg veel van een team, zowel qua professionele deskundigheid als qua

teambuilding en visieontwikkeling. De praktijk in veel psychiatrische ziekenhuizen is echter dat de asielfunctie als een soort sluitpost wordt gehanteerd: men plaatst er de patiënten waar men elders mee vastloopt, soms ook het personeel dat elders in de problemen komt, en de functie moet niet te veel kosten qua personeel, faciliteiten en bouwplannen want op termijn wordt toch iedereen uitgeplaatst. Dat geeft te weinig professionele deskundigheid, te weinig aandacht voor teamprocessen en meer aandacht voor de waan van de dag dan voor visieontwikkeling.

431

De term asiel is belast; ze wordt geassocieerd met 'hospitalisering', 'uitbehandeld', 'pappen en nathouden'. Zowel onder patiënten als onder personeel is het vaak duidelijk dat men daar niet moet wezen. Met een dergelijke niet-inspirerende term kan de functie nooit het elan krijgen dat nodig is voor die blijvende uitdaging. Daarmee wordt patiënten te kort gedaan: zonder een dergelijk elan voelen teams zich snel verwaarloosd en gaan ze zich neerleggen bij de ellenlange separaties van mevrouw A of de voortdurende achterdochtige uitbarstingen van meneer B binnen een strakke structuur.

Een nieuwe naam

Wij zouden deze functie een nieuwe naam willen geven, om zo ruimte te scheppen voor het ontwikkelen van een nieuwe, positieve plek en identiteit in de zorg voor psychiatrische patiënten. 'Oase' lijkt ons een geschikt alternatief. Van oorsprong is dit een Koptisch woord voor 'bewoond oord'. In het Nederlands betekent het, volgens Van Dale, 'een van water voorziene, vruchtbare plaats in een woestijn' en 'een lieflijke plek te midden van een minder aangename omgeving'. De term heeft dus een positieve betekenis, en heeft met wonen te maken: een plaats waar zaken van levensbelang worden geboden aan mensen die daarbuiten zouden verkommeren. Deze term reikt zo ook een oplossing aan voor het indicatiedilemma: een oase is alleen bedoeld voor hen die de buitenwereld als een woestijn ervaren.

Voor mensen als mevrouw A en meneer B (vertegenwoordigers van twee categorieën patiënten die maar beter op het terrein van een psychiatrisch ziekenhuis kunnen blijven) houdt een goede Oase het volgende in: (1) Individuele zorg op maat: aan de hand van iemands individuele problematiek wordt de professionele zorg en de omgeving (zowel de sociale als gebouwde omgeving) dusdanig vormgegeven dat iemand daar met maximale zelfstandigheid en kwaliteit van leven, en minimale risico's voor zichzelf en de omgeving langdurig dan wel permanent beschut kan wonen. Ook zijn er mogelijkheden voor hotelachtige voorzieningen voor mensen die af en toe de luwte van de Oase nodig hebben. Essentieel is dat dergelijke vergaande individuele zorg op maat niet in een bevelshuishouding door hulpverleners voor patiënten wordt

bedacht en dan aan de omgeving wordt medegedeeld. Dat levert haast altijd meer van hetzelfde op. Echt nieuwe plannen worden in een vergaande onderhandelingshuishouding tussen hulpverlening, patiënt en omgeving ontwikkeld en bijgesteld. Concreet houdt dat bijvoorbeeld in dat patiënten bij ons voortdurend meevergaderen en meebeslissen, dat familie en wijkagent makkelijk even aanschuiven en dat de buurt ons weet te vinden als er problemen zijn. Van Veldhuizen (2000) noemt een dergelijke verandering in de verhoudingen tussen hulpverlener, patiënt en omgeving binnen het psychiatrisch ziekenhuis treffend 'interne vermaatschappelijking'. (2) Qua professionele hulp gaat het daarbij niet alleen om een voldoende aantal verpleegkundigen, maar om een kwantitatief en kwalitatief goed toegerust multidisciplinair team:

- een psychiater die ook deze moeilijke doelgroep toch steeds waar mogelijk kan laten profiteren van de nieuwe ontwikkelingen op het vakgebied, en die goed om kan gaan met de ingewikkelde verantwoordelijkheidsdilemma's;
- een gedragswetenschapper die de directe begeleiding kan coachen en kan instrueren bij de permanente methodiekontwikkeling die voor een dergelijke vergaande zorg op maat nodig is;
- een hecht, goed georganiseerd en qua deskundigheidsniveau goed gedifferentieerd team van directe begeleiders (verpleegkundigen, inrichtingswerkers e.d.) die sterk gestimuleerd worden om zich voor deze doelgroep specifiek te scholen in bijvoorbeeld casemanagement, vrouwenhulpverlening, onderhandelingsmethodieken, omgaan met agressie, en met ruime mogelijkheden voor supervisie en intervisie. Met het oog op het onderhandelingsklimaat moet dit team duidelijk omschreven rechtstreekse verantwoordelijkheid hebben ten opzichte van de individuele patiënt;
- een goed geschoolde maatschappelijk werker als stabiele verbindingsfunctionaris in de vaak zeer problematische relaties met buiten (familie, politie, wijk);
- laagdrempelig toegankelijke, diverse, en goed aan te sturen zorgprogramma's (activiteiten, trainingsmogelijkheden, recreatie, sport, non-verbale therapieën).

(3) Een overzichtelijk gebied met duidelijk zichtbare grenzen, met een overzichtelijke en aan de diverse behoeften van de doelgroep goed aangepaste bouw en structuur. Het gebied moet open en toegankelijk zijn voor derden, er moet een grote mate van tolerantie heersen ten aanzien van gek gedrag, maar tegelijkertijd moet de veiligheid worden gewaarborgd door basale regels, een soort versterkte portiersfunctie en een nauwe samenwerking met de wijkagent.

(4) Een goed toegankelijk aanbod van basale voorzieningen in het gebied of

directe omgeving (kantine, postkantoor, winkels e.d.) met mogelijkheden tot afstemming.

Oude wijn in nieuwe zakken?

Het gevaar van een nieuwe naam voor iets bestaands is natuurlijk het verkopen van oude wijn in nieuwe zakken. Daarom zijn er volgens ons ook een aantal randvoorwaarden waaraan een goede oase moet voldoen. (1) Een 'oase mag niet te klein zijn: voor een dergelijke vergaande individuele zorg op maat moet men toch op zijn minst de mevrouwen A en mieren B kunnen scheiden, er moet een aanbod zijn van eenpersoons huizen, kleine hechte groepen, en grotere anonieme groepen enzovoort. Dat vergt een zekere minimale grootte. (2) De door de overheid gewilde grote instroom vanuit de 'raakvlakken' (forensisch, verstandelijk gehandicapten, verslaafden, verpleeghuizen) zal het evenwicht binnen en rond de Oase ernstig verstoren. Teveel mevrouwen A zullen ten koste gaan van de zorg voor de heren B, en de hekken terugbrengen. En verstandelijk gehandicapten leiden vaak een heel moeilijk leven tussen de zwaardere psychiatrische patiënten waar het hier over gaat. Ook verslaafden vergen hun eigen setting en attitude die erg bepalend kan zijn voor de mensen om hen heen. In feite is het bovengeschetste verhaal over mevrouw A en meneer B natuurlijk een simplificatie van de werkelijkheid: mevrouw A staat in het verhaal voor het raakvlak met justitie, maar in feite zijn er natuurlijk vele raakvlakken, niet alleen met justitie, maar ook met verstandelijk gehandicapten, verslaafden, verpleeghuizen. Alleen via chronische forensische klinieken, aparte afdelingen voor verstandelijk gehandicapten en patiënten met verworven hersenletsel, en/of circuitvorming met deze raakvlakken in de vorm van tijdelijke plaatsingen binnen de Oase kan een evenwichtige vorm van samenleven mogelijk worden gemaakt.. Schaap en Cornet (1999) maken een onderscheid tussen verschillende vormen van de asielfunctie dat voor het denken hierover mogelijk goed bruikbaar is. Zij onderscheiden maatschappelijke opvang (het asiel van de 3 b's: bed, bad, brood); toevluchtsoord (het asiel van de 4 b's: bed, bad, brood, bescherming); en de custodiale functie (het asiel van de 5 b's: bed, bad, brood, behandeling en beveiliging).

3. Expliciet moet erkend worden door instelling en overheid dat de Oase een kernonderdeel van de GGZ is met een deels maatschappelijke functie. Die erkenning moet vooral blijken uit de toewijzing van voldoende middelen en faciliteiten om de eerder gegeven inhoudelijke schets van een goede Oase mogelijk te maken. Bij de maatschappelijke functie gaat het er om dat een team hulpverleners niet alleen een patiënt binnen de verantwoordelijkheden van de WGBO en de BOPZ behandelt en buiten die kaders slechts concludeert dat het een zaak is voor de buurt, familie of justitie.

FRANSEN & HONDIUS

In een goede Oase wordt door hulpverleners, patiënt, en de andere betrokkenen in gezamenlijkheid en voortdurend nagedacht over alle haken en ogen van al dan niet langdurig opnemen. De kaders daarvoor moeten nog worden bedacht. Samenhangend hiermee staan de privacyregelingen rond patiëntengegevens op gespannen voet met de noodzaak tot afstemming met de omgeving. Bij een expliciete erkenning van de functie zouden hier landelijk gedragsregels voor afgesproken moeten worden.

Tot slot

Het is te strijdlustig en te gemakkelijk om te zeggen dat aan al deze voorwaarden voldaan moet zijn wil een Oase als echt nieuwe voorziening kans van slagen hebben. Er bestaat nu een asiel functie binnen de psychiatrische centra en die zal als het goed gaat geleidelijk aan steeds meer kenmerken van de Oase moeten krijgen. Sinds kort is er ook op initiatief van de auteurs een landelijk platform in oprichting dat beoogt om een dergelijke ontwikkeling te bevorderen. Maar als duidelijk is dat de huidige afbouw van de psychiatrische centra geen enkele ruimte laat voor iets wat ook maar enigszins op een Oase lijkt, dan vrezen wij dat Van Ewijk toch gelijk gaat krijgen. Buiten de GGZ zullen in de bossen en tussen de duinen weer asielen voor psychiatrische patiënten ontstaan. Maar die zullen beslist niet de naam Oase verdienen.

Literatuur

- Bigelow, D.A. (1988). Characteristics of the state hospital patients who are hard to place. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 181-185.
- Borgesius, E., W. Brunenberg (1999). Behoeftte aan Asiel? *Woon en zorgbehoeften van "achterblijvers" in de psychiatrie*. Utrecht: Trimbosinstituut.
- Brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal. Geestelijke Gezondheidszorg (1998). *Tweede Kamer vergaderjaar 1998-1999*, 25-424, nr 6, 1-53.
- College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Uitvoeringstoets inzake Herziening Planningsnorm ggz, rapportnummer 465 (1998). Utrecht.
- Dayson, D. (1993). The TAPS-project 12: Crime, vagrancy, death and readmission of the long term mentally ill during their first year of local reprovision. *Brit. Journal of Psychiatry*, 162 (19), 40-44.
- Ewijk, W.M. van, (2000). De toekomst van de psychiatrische centra. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42 (1), 23-28.
- Fioritti, A., L.L. Russo, V. Melagna (1997). Reform Said or Done? The Case of Emilia-Romagna Within the Italian Psychiatric Context. *Amer. Journal of Psychiatry*, 154, 94-98.
- Gersons, B.P.R. (1982). Het lot van de chronische psychiatrische patiënt in de Verenigde Staten, *MGV* 10, 1023-1036.
- Goffman, E. (1963). *Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books, Doubleday & Co.
- Hallam, A., J. Beecham, M. Knapp, A. Fenyo (1994). The costs of accommodation of care. *Community provision for former long-stay psychiatric hospital patients*. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 243, 304-310.
- Hogg, L.I., M. Marshall (1992). Can we measure need in the homeless mentally ill? Using the MRC Needs for care assessments in hostels for the homeless. *Psychological medicine*, 22, 1027-1034.
- Janssen, M.A. (1997). De asielfunctie van de psychiatrie. *Passage*, 6, 184-192.
- Knapp, M., J. Beecham, A. Fenyo, A. Hallam (1995). Community mental health care for former hospital in-patients. Predicting costs from needs and diagnoses. *Brit. Journal of Psychiatry*, 166, (27), 10-18.
- Lamb, H.R. (1993). Lessons learned from deinstitutionalization in the U.S. *Brit. Journal of Psychiatry*, 162, 587-592.
- Leff, J., N. Trieman, C. Gooch (1996). Team for the assessment of psychiatric services (TAPS) project 33: prospective follow-up study of long-stay patients discharged from two psychiatric hospitals. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1318-1324.
- Liemd, I. van, E. Hoekstra, A.L.C.M. Henkelman (1996). *Thuis in de ggz. Achtergrondstudie. Zoetermeer: voorlopige Raad voor Volksgezondheid*.
- O'Driscoll, C. (1993). The TAPS project 7: Mental hospital closure - a literature review of outcome studies and evaluation techniques. *Brit. Journal of Psychiatry*, 162 (19), 7-17.
- Parry-Jones, W.L. (1998). Asylum for the mentally ill in historical perspective. *Bulletin of the Royal College of Psychiatrists*, 10, 407-410.
- Schaap, G.E., P. Cornet (1999). De asielfunctie van de ggz. *Medisch Contact*, 54, 208-211.
- Schoemaker, B., M. van Rooyen (1997). *Sorgdrager over gestoorde gevangenen: Asielfunctie moet terug*. *Psy*, 2, 10-13.
- Simpson, C.J., C.E. Hyde, E.B. Faragher (1989). The chronically mentally ill in community facilities. A study of quality of life. *Brit. Journal of Psychiatry*, 154, 77-82.
- Trieman, N., J. Leff (1996). Difficult to place patients in a psychiatric hospital closure programme: the TAPS project 24. *Psychological Medicine*, 26, 765-774.
- Veldhuizen, J.R. van (1994). *Psychiatrische Zorg: thuis in Australië*. *MGV*, 3, 290-303.
- Veldhuizen, J.R. van (2000, februari). *Vermaatschappelijking en interne vermaatschappelijking. Lezing ter gelegenheid van het minisymposium over 'moderne vormgeving van de asielfunctie in een tijd van extramuralisatie'*. Apeldoorn, P.C. de Wellen.
- Vijselaar, J. (red.) (1997). *Gesticht in de duinen. De geschiedenis van de provinciale ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849 tot 1994*. Hilversum: Verloren.
- Wegner, E.L. (1990). *Deinstitutionalisation and community-based care for the chronic mentally ill*. In: Greenley, J.R. *Research in community and mental health*, volume 6. Londen: J.A.I. Press Inc.

FRANSEN & HONDIUS

Summary

Fransen, H.D. & A.J.K. Hondius.

From Asylum to Oasis.

For years the Dutch mental health care system aimed at total deinstitutionalisation of its 'asylum-function'. Nowadays a slight change is taking place. The government now pleads in favour of an 'asylum-function' of constricted extent, with an influx from various side-branches of general psychiatry: forensic care, mental deficiency, addiction and nursing homes. But nobody knows how to design one asylum for all these groups. The authors outline a 'new style asylum' and name it Oasis. In this concept a well organized multi-disciplinary team tries to reach the best liveable balance between patients and surroundings by continuous and far-reaching negotiation with patients and all other parties involved (family, institute, neighbourhood, police). Central part of this Oasis-concept is a new way of relating of patient and professional, and carefully matching the surrounding to the patient, including architectural adaptations. A number of bottle-necks in developing this Oasis are described, among them the risk of too large an influx from the side-branches, which may cause a disbalance.

Personalia

Drs. H.D. Fransen (1952), psycholoog, is verbonden aan 'Spatie', Centrum voor Geestelijke Gezondheid te Apeldoorn, als gedragstherapeut en behandelcoördinator van een afdeling voor intensieve zorg, training en behandeling binnen het cluster Sociale Psychiatrie. Eerder was hij werkzaam bij het Deltaziekenhuis in Rotterdam en bij de Queridostichting in Amsterdam.
Adres: Spatie, Centrum voor Geestelijke Gezondheid, Postbus 928, 7301 BD Apeldoorn.

Dr. A.J.K. Hondius (1953), psychiater, is verbonden aan 'Spatie', Centrum voor Geestelijke Gezondheid te Apeldoorn als psychiater en manager voor het cluster Sociale Psychiatrie. Eerder was hij werkzaam bij Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen. In 1992 promoveerde hij op het proefschrift Vluchtelingen en Gezondheid.