

Het wegloophuis

T. C. VERHEY

Het Wegloophuis Gelderland is een van de elf 'wegloophuizen' bestemd voor cliënten die zijn weggelopen uit een psychiatrische inrichting. Onderzocht werd hoeveel cliënten zich na het wegloophuis min of meer zelfstandig kunnen handhaven, en hoe het medicijngebruik van deze cliënten zich ontwikkelt. Een derde van de weglopers slaagt in het vinden van een zelfstandige – zij het vaak beschermde – woonvorm en de voorgeschreven medicatie neemt duidelijk af; dat laatste geldt ook, zij het in mindere mate, voor degenen die terugkeren naar een psychiatrische inrichting.

Inleiding

In Nederland bestaan elf 'wegloophuizen', die zich ten doel stellen een eerste opvang te bieden aan cliënten die zijn weggelopen uit een psychiatrische instelling om van daaruit nieuwe huisvesting te vinden.

Functioneren als huisarts voor zo'n wegloophuis is een uitdaging: enerzijds krijgt men te maken met hulpvragen op somatisch gebied – anticonceptie, geslachtsziekten, migraine, luchtweginfecties, enz. – anderzijds wordt men geconfronteerd met min of meer psychiatrische problemen. De weglooper is echter vaak met een 'antipsychiatrische' motivatie uit de inrichting vertrokken en de huisarts kan dan niet kiezen voor het klassieke psychiatrische model.

Dit onderzoek in het Wegloophuis Gelderland heeft betrekking op twee vragen:

– hoeveel cliënten zijn na hun verblijf in het wegloophuis min of meer zelfstandig gaan wonen en hoeveel zijn opnieuw opgenomen in een psychiatrische inrichting;

– leidt het verblijf in het wegloophuis tot veranderingen in de medicatie?

Methoden

Globaal gesproken heeft 90 procent van de bewoners van het wegloophuis de

auteur als huisarts. Het onderzoek heeft betrekking op 100 cliënten die zich in de periode mei 1982 – mei 1986 minstens eenmaal op mijn spreekuur hebben gemeld.

De registratie van de uiteindelijke behuizing is gebaseerd op mededelingen van de medewerkers van het wegloophuis en incidenteel op officiële berichtgeving. Indien – voor zover bekend – een meer zelfstandige behuizing binnen zes weken werd vervangen door een nieuwe opname, werd deze laatste verblijfplaats aangehouden.

Aangezien 60 procent van de bewoners niet langer dan drie weken in het tehuis verblijft,¹ ontbreekt het veelal aan specifieke psychiatrische gegevens over medicatie en pre-existente morbiditeit. Bovendien kan het opvragen van deze gegevens bij de inrichting leiden tot ongewenste consequenties voor de weglooper, vooral als deze is opgenomen met een nog voortdurende rechterlijke machtiging. De hier gebruikte gegevens

Tabel 1. De leeftijdsverdeling van de onderzoekspopulatie (n=100).

Leeftijd in jaren	Aantal
15-24	15
25-34	58
35-44	18
45-54	4
55-64	5

Tabel 3. Medicatie bij vertrek naar huis/pension (HP) of naar inrichting/ziekenhuis (IZ), vergeleken met de medicatie bij binnenkomst in het wegloophuis (n=90).

Medicatie	Vertrokken naar HP		Vertrokken naar IZ	
	binnenkomst	vertrek	binnenkomst	vertrek
Neuroleptica	25	13	45	39
Antidepressiva	3	3	7	4
Hypnotica	4	4	13	11
Tranquillizers	13	10	17	19
Lithium	1	2	5	5
Parasympaticolytica	10	2	17	9
Zonder	4	15	2	5

berusten dan ook vaak uitsluitend op de auto-anamnese.

Resultaten

Uit tabel 1 blijkt dat bijna driekwart van de 100 cliënten bij opname in het wegloophuis jonger was dan 35 jaar.

Een derde van de cliënten slaagde er in om een meer zelfstandige woonvorm te vinden, terwijl meer dan de helft terugging naar een psychiatrische inrichting of een PAAZ. Tien patiënten werden om verschillende redenen anderszins gerubriceerd (tabel 2).

De meesten van de resterende weglopers (95 procent) kregen tijdens hun verblijf in de inrichting psychofarmaca toegediend (tabel 3). Van degenen die neuroleptica gebruikten (70 procent), ontving bijna 40 procent een parasympaticolyticum, en 20 procent een combinatie van meer orale neuroleptica.

In de groep die het wegloophuis verliet voor een min of meer zelfstandige woonvorm, steeg het vrij zijn van psychofarmacagebruik en daalde het gebruik van neuroleptica en parasympaticolytica. In de groep die weer terugging naar de psychiatrische inrichting of de PAAZ, was deze tendens eveneens waarneembaar, zij het in mindere mate. Het gebruik van tranquillizers en hypnotica bleef in beide groepen bijna gelijk.

Tabel 2. Bestemming/verblijfplaats van de cliënten bij ontslag c.q. aan het eind van de onderzoeksperiode (n=100).

Bestemming/verblijfplaats	Aantal
Inrichting	50
PAAZ, ziekenhuis	6
Pension, woning	34
Nog aanwezig	3
Elders overleden	3
Onbekend	4

T.C. Verhey, huisarts te Arnhem, Sonsbeekweg 30, 6814 BC Arnhem.

Beschouwing

De meeste weglopers uit dit onderzoek zijn goed gemotiveerd. Desondanks is ongeveer de helft niet in staat een stabiel bestaan buiten de inrichting op te bouwen. Bij ongeveer 35 procent lukt de doelstelling van het wegloophuis wel. Vaak is dit mede te danken aan de actieve betrokkenheid van de medewerkers, in samenwerking met de huisarts. Incidenteel wordt ambulante hulp ingeschakeld (RIAGG, psychiater). Vele weglopers zijn aangewezen op beschermende woonvormen, zoals Schakelhuisen en psychiatrische pensions.

De uitkomsten van dit onderzoek zijn te vergelijken met de schatting van *Van Lieshout*, die berekent dat ongeveer 25 procent van de weglopers zijn weg vindt naar de maatschappij.⁴ Onze gegevens sluiten ook aan bij het recente onderzoek van *Haveman e.a.* naar de mogelijkheid om langdurig opgenomen psychiatrische patiënten over te plaatsen naar een andere, meer in de samenleving geïntegreerde voorziening.⁵

In de onderzoeksgroep gebruikten slechts weinigen antidepressiva/lithium. Daarentegen was het gebruik van neuroleptica zeer hoog. Is dit een afspiegeling van het gebruik in de psychiatrische inrichting? Of zijn weglopers per definitie lastige klanten, die daarom neuroleptica krijgen?

Hoewel is gebleken dat ongeveer 30 procent van de patiënten met chronisch neurolepticagebruik zonder deze medicatie verder kon,² zijn er bij acuut staken van alle medicatie, *rebound* reacties te verwachten. Uitsluipen van de medicatie over een langere periode is daarom aangewezen, maar dit vereist het vertrouwen van de cliënt en een intensieve *follow-up*. Het al of niet slagen van deze aanpak loopt parallel met het uiteindelijk succes (post of propter?).

Indien zich tijdens uitsluipen c.q. staken van de neuroleptica wanen en/of ontremmingen voordoen, wordt gekozen voor butyrofenonen (haldol, impro-

men), meestal oraal, eventueel in combinatie met een depotpreparaat. Ook het staken van het parasympaticolyticum kan gunstig uitwerken.³

Overigens gaan sommige weglopers manipulatief om met 'wanen'. Hun ervaring in de inrichting dat uitweiden over hun doorgemaakte wanen beloond wordt met (sedatieve) neuroleptica, dient duidelijk onderscheiden te worden van wanen ten gevolge van een psychose. Enkele malen werden wanen bij weglopers geluxeerd door het gebruik van soft of hard drugs.

Acute psychiatrische momenten deden zich niet vaak voor; de structuur en de werkwijze van het Wegloophuis Gelderland speelde daarbij een beschermende rol. Crisisituaties konden meestal in het wegloophuis zelf worden opgelost. Sommige bewoners gingen – meestal uit eigen wil; slechts één inbewaringstelling – terug naar de inrichting; meestal kon echter worden volstaan met een geruststellend, begrijpend gesprek, eventueel ondersteund met psychofarmaca. Tien suïcidepogingen, alle na inname van psychofarmaca en zonder fatale afloop, werden in ziekenhuizen behandeld. Wél overleden twee patiënten na hun vertrek uit het wegloophuis ten gevolge van suïcide.

Psychiaters – indien al bereikbaar – blijken in het algemeen weinig coöperatief te reageren op acute psychiatrische momenten die hospitalisatie vereisen. Een aanvraag om opname in een PAAZ wordt bijvoorbeeld afgedaan met een antwoord als 'hij kan op de wachtlijst' of 'neem maar contact op met de inrichting waar hij vandaan komt'. Overigens worden de contacten met Psychiatrisch Ziekenhuis Wolfheze, van waaruit de meeste bewoners van het Wegloophuis komen, tegenwoordig gekenmerkt door zakelijkheid en coöperatie.

Werken als huisarts voor een wegloophuis voor psychiatrische patiënten is, door het karakter en de antipsychiatrische identiteit van zo'n huis, een uitda-

ging; bovendien geeft het slagen van een redelijk aantal weglopers extra kleur aan het toch al bont geschakeerde palet van de huisarts.

Het feit dat dit alles verwezenlijkt kan worden door het initiatief van de psychiatrische patiënt zelf, met een *low budget*-subsidie, dankzij de inzet van niet-geschoolde medewerkers en door het staken of verminderen van de gegeven medicatie, geeft een idee van de beperkingen van de huidige inrichtingspsychiatrie.

¹ Anonymus. Jaarverslag 1984. Arnhem: Wegloophuis Gelderland, 1985.

² Modestin J. 30 Jahre Neuroleptica-Zeit zur kritische Auseinandersetzung. Dtsch Med Wochenschr 1983; 108: 1446-51.

³ Hoes M, Sangster B. Antiparkinsonmiddelen bij de behandeling met neuroleptica. Geneesmiddelenbulletin 1981; 15: 59-62.

⁴ Van Lieshout P. Wegloophuizen. Maandbl Geest Volksgezondh 1985; 2: 123-35.

⁵ Haveman MJ, Poelijoe NW, Tan ES. Vervangende zorg voor langdurig opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1986.

Abstract

Verhey TC. The runaway home. Huisarts Wet 1987; 30: 70-1.

The 'runaway home' Gelderland is one of eleven runaway homes in the Netherlands for clients who have run away from a mental hospital. The general practitioner of this runaway home tried to determine how many clients can cope more or less independently after their stay in the runaway home, and what they do about medication. One-third of the run-aways succeed in finding an independent – if often sheltered – accommodation, and medication distinctly diminishes. The latter also applies – be it in lesser degree – to those return to the mental hospital.

Key words: Family practice; Runaway home.

Correspondence: T.C. Verhey, Sonsbeekweg 30, 68414 BC Arnhem, The Netherlands.