

Helga Aalders:

‘Het was pionieren en proberen’

Een gesprek op 30 september 2020, twee dagen nadat premier Rutte de coronamaatregelen weer aangescherpte vanwege de tweede golf besmettingen, met klinisch psycholoog Helga Aalders, Inhoudelijk Leidinggevende van de Zorgeenheid Persoonlijkheidsstoornissen van Altrecht. Deze bestaat uit elf ambulante teams (GIT-PD en AMBIT) en vier (dag)klinische teams. De laatstgenoemde teams zijn gehuisvest in gebouw De Brink in Zeist. Vanuit deze locatie kijkt zij terug op een bewogen halfjaar, waarin corona een centrale rol speelde in het aansturen en uitvoeren van de behandeling voor patiënten en medewerkers.

Door Arnout ter Haar



De Brink maakt deel uit van de Zorgeenheid Persoonlijkheidsstoornissen van ggz Altrecht, waar klinische psychotherapie wordt geboden in drie verschillende units. Er is een schematherapie-kliniek voor patiënten met Cluster B-persoonlijkheidsstoornissen, met een programma van achttien weken, van zondagavond tot vrijdagmiddag. Na die achttien weken kan de behandeling gecontinueerd worden in een tweedaagse deeltijd van 24 weken. Voorts is er een Affect Fobie Therapie-kliniek (AFT) voor patiënten met Cluster C-persoonlijkheidsstoornissen, waar de behandeling zestien weken duurt. De derde kliniek betreft de Pitstop, een psy-

chotherapeutische crisisafdeling. Opname in de Pitstop betekent twee weken behandeling vanuit het motto 'crisis is een kans', om daarna de oorspronkelijke ambulante behandeling weer te continueren. Deze Pitstop bleek van cruciale waarde tijdens de lockdown. Aalders zelf is werkzaam als klinisch psycholoog bij de schematherapie-kliniek, en is daarnaast als leidinggevende inhoudelijk verantwoordelijk voor onder meer de drie klinieken, naast de ambulante GIT-PD-teams.

Zullen we om te beginnen teruggaan naar maart 2020, toen premier Rutte de eerste lockdown aankondigde?

'Het was bij aanvang nogal zoeken voor eenieder hoe de 'intelligente lockdown' te vertalen naar de dagelijkse praktijk. Binnen Altrecht was al wel enkele weken eerder een crisisteam en een operationeel team geformeerd, die druk doende waren met het opstellen van richtlijnen en protocollen zoals voorgeschreven door RIVM en GGZ NL. Maar dit omzetten naar de zorg van alledag vraagt toch om maatwerk. Ik herinner me dat we op vrijdagmiddag bij het wekelijkse afscheid van patiënten vanwege het weekend nog gewoon 'tot maandag' tegen elkaar zeiden. Op die zaterdag heb ik alle patiënten ter geruststelling gemaïld om hen te informeren dat onze klinieken gewoon open zouden blijven. Maar op zondag had ik contact met een collega van het crisisteam en heb ik samen met mijn collega-leidinggevende toch besloten de klinieken te sluiten. Belangrijke redenen waren dat we de op dat moment verplicht gestelde anderhalve meter afstand niet konden borgen en patiënten vanwege het weekendverlof heen en weer moesten reizen, soms lange afstanden met het OV. Sommige patiënten

waren erg angstig en wilden zelf de stap naar de kliniek niet maken. Dat betekende opnieuw alle patiënten informeren om te zeggen dat ze maandag thuis moesten

'Ik merkte al snel dat er veel angst en onzekerheid was, zowel bij patiënten als bij teamleden'

blijven. Die maandag hebben we met een groot deel van het team dat wel naar het werk was gekomen, besproken hoe we voor continuïteit in de behandeling konden zorgen. Dat begon met individueel beeldbellen met alle patiënten in de eerste week, en vervolgens nadenken over wat we online met de groepsprogramma's zouden kunnen doen.

'Ik merkte al snel dat er veel angst en onzekerheid was, zowel bij patiënten als bij teamleden. En dat er ook veel verschillen waren, zo waren er collegae die thuisbleven en niet naar de kliniek wilden komen en vervolgens heel positief en enthousiast over het online werken werden, maar ook collegae die heel graag naar hun werk wilden komen, en alles wat daar tussenin zat. Bij de patiënten zag ik dat de groep met Cluster C-persoonlijkheidskenmerken uit de AFT-kliniek vooral controlebehoeftiger werden, terwijl de Cluster B-patiënten uit de schematherapie-kliniek een grillig patroon lieten zien in hun (al dan niet) angstige reacties. Bij de teamleden van beide klinieken waren parallelprocessen waarneembaar.

'De Pitstop-kliniek is al die tijd gewoon opengebleven. Aanvankelijk ging men terug van twaalf naar acht bedden om te voldoen aan de anderhalve-metermaatregelen. Inmiddels is het aantal bedden van de Pitstop weer uitgebreid naar twaalf en voorjaar 2021 zullen we verder uitbreiden naar twintig bedden. De vraag naar deze groeps-psychotherapeutische vorm van crisisbehandeling is enorm groot en we zijn dan ook blij dat we dit aanbod mogen vergroten.

'Bij aanvang van de lockdown was het behoorlijk improviseren. Een deel van het team uitte enthousiasme voor het experimenteren met online werken, en daar werden verrassende en creatieve oplossingen bedacht. Zo stuurde onze beeldend therapeut pakketten met materiaal naar patiënten thuis, om hiermee vervolgens via beeldbellen samen aan de slag te gaan. Wat het beeldbellen zelf betreft, werd gezocht naar verschillende opties, en kwamen we uiteindelijk uit op Starleaf voor de interne overleggen en Google Meet voor de groepsprogramma's omdat dat het meest veilige programma zou zijn, maar niet het fijnste programma in gebruik. Het was, samen-gevat, pionieren en proberen.'

Dat zal niet altijd gemakkelijk zijn geweest.

'Al snel, zo na de tweede of derde week, kreeg ik in de gaten dat niemand het op deze wijze zou gaan volhouden. Patiënten vielen terug in hun oude (disfunctionele) copingstijlen, de suïcidale tendenties namen toe, en patiënten trokken zich vaak angstig en vermijdend terug uit het contact, waardoor een ingewikkelde en ongewenste dynamiek ontstond. Mede hierdoor werd besloten de klinieken na de derde week

weer te openen, maar de groepen op te delen zodat de anderhalve-metermaatregel gewaarborgd kon blijven. Zo kwam de ene helft van het leefmilieu van zondagavond tot woensdagochtend, en de andere helft van woensdagmiddag tot vrijdagavond. Het geluk van de locatie De Brink in Zeist was dat er drie grote groepsruimtes zijn, waardoor er in groepen van elf personen met voldoende afstand bijeengekomen kon worden. Elk team kreeg zijn eigen grote groepsruimte, zodat er niet steeds gewisseld hoefde te worden en daarmee gevaar voor besmetting tussen de groepen zou kunnen ontstaan.

'In de dagen dat een groep thuis zat, werd de behandeling online aangeboden. Ook voor de teamleden werd op deze wijze afgewisseld tussen thuiswerken en op locatie werken. De behandeling werd zo voor zowel patiënten als teamleden *blended* van aard. Het gaf soms aanleiding tot hilariteit, maar het was vooral ook gedoe, en voor iedereen vermoeiend, waardoor uitputting op de loer lag. In die periode werd overigens wel weer eens duidelijk waarom de opzet van het

'Half mei hebben we met elkaar besloten onze patiënten als één huishouden te beschouwen'

klinische behandelprogramma is zoals die is: de vijf dagen klinisch werken zijn nodig om goed in het proces te komen en in het proces te blijven. Voor patiënten die voor de lockdown al in behandeling waren, leek de

aanpassing naar het blended werken wel te doen, omdat zij een goede basis hadden meegekregen. Maar voor patiënten die nog maar net begonnen waren, was het niet te doen, zij kwamen niet goed of helemaal niet in het proces. Op grond daarvan hebben we half mei met elkaar het volgende besloten: we gaan onze patiënten als één huishouden beschouwen. Dat klopt natuurlijk niet, omdat deze achttien patiënten in het weekend wel thuis waren en daar in contact met anderen konden komen, maar dat was een risico dat we na intensief overleg met de psychiater van de kliniek en op aandringen van de raad van bestuur van Altrecht toch genomen hebben. De keuze voor deze zeer kwetsbare patiëntengroep was dus óf om zo door te modderen met het risico op drop-outs, decompensatie en suïcidaliteit, of de groep als één huishouden beschouwen, met het risico op besmetting. Het werd dus de laatste optie. Op basis van vertrouwen en op basis van de werkrelatie werd aan alle betrokkenen duidelijk gemaakt dat de behandeling op deze wijze alleen door kon blijven gaan als iedereen in de weekenden thuis geen risico's zou nemen wat betreft sociale contacten en dus besmettingsgevaar. Er werd niets op papier gezet, en kwamen geen contracten aan te pas, alles werd in mondeling overleg besproken en uiteengezet, en eenieder, zowel patiënten als teamleden, werd op zijn eigen verantwoordelijkheid aangesproken. Ook werd daarbij benadrukt dat niemand verplicht was om zo mee te doen. Voor patiënten met een kwetsbare lichamelijke gezondheid, bijvoorbeeld vanwege astma of een eetstoornis, was dit een spanningsvolle beslissing, waarin de risico's zorgvuldig werden afgewogen.'

Hoe ging dat in de praktijk?

'Iedere dag werd bij aanvang geïnventariseerd of iemand klachten had en of iemand (in de omgeving) positief getest was, waardoor steeds bevestigd werd dat alertheid geboden bleef, dat het een actueel thema is waar gedurende de dag rekening mee gehouden moet worden. Personeelsleden werden wel geacht (en gefaciliteerd) de anderhalve meter afstand te bewaren, zowel ten opzichte van andere teamleden als ten opzichte van de patiënten, maar er zijn altijd momenten waarop dat even niet gaat. Gelukkig is dat wel goed gegaan. Maar dat betekende niet dat het bij de teamleden geen stress veroorzaakte. Twee teamleden konden niet goed met deze situatie uit de voeten, en dan is het zaak dat je over en weer begrip voor elkaar opbrengt, je in elkaar blijft verplaatsen, en afspraken te maken die wél werkbaar zijn. Als je thuis blijft als teamlid, heeft dat meteen consequenties voor de collegae die wel naar het werk komen. Ook ontstond er een tweedeling waarbij de angstige teamleden steeds enthousiaster werden over het online thuiswerken, terwijl de teamleden die op locatie werkten vonden dat er in een online-groep niets of te weinig therapeutisch gebeurde.

'Verschillen tussen de drie klinieken werden ook zichtbaar in de wijze waarop teamleden met corona-angst omgingen. In de schematherapie-kliniek vielen er twee teamleden uit, maar de dertien die binnenboord bleven vormden wel een krachtig en gemotiveerd team. In de AFT-kliniek was over het algemeen sprake van meer voorzichtigheid en aarzeling in het team, maar zijn er geen teamleden uitgevallen. Bij de Pitstop was het vooral een logistieke puzzel om de

personeelsbezetting rond te krijgen, mede omdat er voor de in allerijl opgezette Altrecht-brede corona-afdeling (voor besmette patiënten die een gesloten setting nodig hebben) ook verpleegkundig personeel nodig was.

‘Van half mei tot eind september is het in alle klinische psychotherapie teams goed gegaan. Nu is de kliniek tijdelijk (tien dagen) dicht omdat er één patiënt met corona besmet geraakt was. Het was al wel merkbaar dat men in de zomermaanden wat nonchalanter omging met afstand houden. Morgen (1 oktober - red.) gaat de kliniek weer open, de meeste patiënten hebben zich laten testen, en tot nu toe is verder nog niemand positief bevonden.’

Werd er goed samengewerkt binnen de organisatie?

‘Om in deze periode de belangen van de klinische psychotherapie goed te kunnen behartigen is het heel helpend dat ik als leidinggevende een grote mate van autonomie heb, en bovendien samenwerk met een raad van bestuur die goed begrijpt wat de risico's zijn van het sluiten van klinieken voor de geestelijke gezondheid van deze patiëntengroep. Bij andere instellingen begrijp ik dat men vaak meer afwachtend of angstig is, met als gevolg verhoogde suïcidaliteit, meer crisisinterventies en oplopende wachtlijsten omdat de behandeling gedurende een langere tijd onderbroken wordt. Als patiënten te lang moeten wachten op zorg, leidt dat tot een toename van crises. Bij De Brink is de wachttijd door corona al met al met acht weken toegenomen. De online periode en de blended periode hebben onvoldoende therapeutische effect geboden om met de reguliere behan-

deltijd helemaal uit te komen. En extra zorg die crisisdiensten moeten verlenen kost natuurlijk ook weer meer geld. Maar naast deze financiële aspecten gaat het ons echt om het welzijn van onze patiënten. Zo hebben we zelfs de quarantaine een dag ingekort omdat er een weekend tussen zat; we maken steeds de afweging wat de coronarisico's zijn en wat de decompensatierisico's zijn.

‘De vastgoedafdeling heeft in een heel korte periode een villa gebruiksklaar gemaakt voor groepsbehandeling’

‘Binnen het crisisteam van Altrecht zijn heel veel inspanningen verricht om de zorg zo goed mogelijk doorgang te laten vinden. Naast het faciliteren van online programma's is er ook veel energie gestoken in het creëren van passend vastgoed. Binnen de Zorgenschap Persoonlijkheidsstoornissen staan bij alle behandelprogramma's groepsbehandelingen centraal. Dit betekende dat we opeens voor het vraagstuk stonden om op alle locaties voldoende grote groepsruimtes te realiseren. Daaraan heeft de hele organisatie, van raad van bestuur tot behandelstaf maar ook de administratieve ondersteuning en ander personeel dat niet in het primaire proces werkzaam is, een bijdrage geleverd aan het beschikbaar stellen van geschikte groepsruimtes. De vastgoedafdeling van Altrecht heeft in een heel korte periode een grote villa hier op het terrein die verkocht zou worden, gebruik-

klaar gemaakt voor groepsbehandeling, waarbij muren zijn weggehaald zodat er groepskamers ontstonden die groot genoeg waren voor onze patiëntengroepen en voor teamoverleg. Dat we als teams – dat geldt zeker ook voor de ambulante teams – toch op deze manier bijeen konden komen is heel erg belangrijk om de verbinding te behouden, iets wat bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen essentieel is. Ook andere ruimtes werden beschikbaar gesteld, van de kantine tot aan de kapel hier op het terrein. Inmiddels zijn we zo ver dat alle groepen door kunnen gaan, en dat er alleen (op indicatie en in overleg) individueel online gewerkt wordt.

‘Ook voor het grootste deel van de patiënten is heel duidelijk geworden dat fysieke aanwezigheid en verbinding essentieel is voor het behandelproces. Bij de herstart van de zorg op locatie bleek dat er stilstand of achteruitgang was bij patiënten, en bleek het moeilijk om met name met patiënten met vermijdende persoonlijkheden contact te krijgen. De coronacrisis werd een legitimatie voor hun al aanwezige vermindering, en dat kregen we online niet vlot getrokken, we kregen met een deel gewoon geen contact. Het werd duidelijk dat dit op lange termijn zeer problematisch zou worden, zodat we alle behandelingen een bepaalde mate verlengd hebben om de verloren tijd in te halen.’

Hoe houd je je teamleden gemotiveerd in een periode waarin zoveel verandert in korte tijd, er steeds geïmproviseerd moet worden en er dus veel extra's van hen gevraagd wordt?

Aalders geeft als voorbeeld de recente coronabesmetting bij een van de patiënten.

‘Ik werd op zondag gebeld door het weekendhoofd met dit bericht, en dan moet er snel gehandeld worden. Weer sluiten en ingehaald worden door de tijd was het laatste wat ik wilde, er moest dus snel een plan komen. Het team stond niet echt te springen om weer online het programma op te starten. Belangrijk is dan om het niet te forceren en telkens de middenweg te blijven bewandelen. Zo hebben we een plan gemaakt om maximaal één groepsbehandeling per dag aan te bieden en dit goed te spreiden over de verschillende teamleden. Gelukkig hoefde dit maar heel kort ingezet te worden. Nu ligt het als draaiboek klaar in geval dat we toch weer even in quarantaine moeten. Daarnaast is het van belang tijd en ruimte te maken om even stoom af te kunnen blazen en zoveel als mogelijk fysiek bij elkaar te blijven komen, ook als de patiënten weer thuis in quarantaine zouden moeten zijn.’

Moet iedere kliniek in het land zijn eigen wiel uitvinden of leert men van elkaars ervaringen?

‘Er bestaat binnen het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen een platform waarbij veel psychotherapieklinieken aangesloten zijn, men kent elkaar en er zijn overlegstructuren. Vanuit De Viersprong werd voorgesteld online te overleggen en elkaar te informeren over de praktische uitvoering van de coronamaatregelen. Uit dat overleg bleek dat het al dan niet hebben van een mandaat het grootste probleem was: heb je als hoofd van een kliniek voldoende ruimte gekregen van de directie om te handelen naar eigen inzicht? Dat betekent concreet dat een aantal klinieken nu, eind september, nog dicht is en met

oplopende wachtlijsten en verlenging van behandelingen worstelt. In de klinieken waar blinded gewerkt werd, heeft men toch achterstand opgelopen. Voor de vaktherapeuten zoals de psychomotore therapeut en de creatieve therapeut is het veel lastiger het werk te continueren dan voor groeps-psychotherapeuten.

‘Het is belangrijk dat zowel teamleden als patiënten zelf een afweging mogen maken en dat de raad van bestuur daartoe ruimte geeft’

‘Ik heb in dit overleg gezegd dat wij onze patiëntengroep als één huishouding zien, dat dit een besluit is waarmee je tegen bepaalde regels in gaat, maar waar je veel tijd mee wint en dat het van belang is dat de raad van bestuur deze keuze begrijpt en onderschrijft. Het gaat steeds om het afwegen van risico’s, moet je ingrijpen of neem je het risico om niet in te grijpen? Of is ingrijpen juist risicovoller dan niet ingrijpen? Dat is iets waar wij vanuit ons werk altijd al mee bezig zijn, gezien de problematiek van onze patiënten, en dat maakt het nu misschien wel makkelijker om risico’s te verdragen. In onze kliniek zijn we sterk gericht op autonomie, dan is het ook belangrijk dat in deze situatie zowel teamleden als patiënten zelf een afweging mogen maken en dat de raad van bestuur daartoe ruimte geeft. Vanuit de ruimte om te mogen afwegen, kan je tot een zinvol besluit komen, en dat helpt enorm. Als leidingge-

venden vertrouwen uitstralen en niet alles uit angst dichttimmeren of de angst laten regeren, kunnen we daar in het team en in de behandeling van onze patiënten ook op aansturen.

‘Vertrouwen bieden betekent overigens niet dat je je gezond verstand niet hoeft te gebruiken. In de wachtkamer zaten zonet nog patiënten te kaarten. Dat is nu echt niet nodig en daar zijn ze op aangesproken. Mensen die hier moeten zijn, moeten ook weten dat ze hier kunnen zijn en dat er rekening gehouden wordt met afstand en dat we elkaar de ruimte moeten geven. En als medewerkers door woon- of gezins-situaties niet thuis kunnen werken, dan mogen ze hier komen, maar dan moeten ze een lege kamer zoeken en zich aan de regels houden, handen wassen en afstand houden. En omgekeerd, als iemand beter functioneert als hij thuis kan werken, dan is dat ook prima. Als vanuit angst een keuze gemaakt wordt, is het zaak te onderzoeken of de angst gegrond is. Dat doen we altijd met respect voor de angstige medewerker, maar we kijken ook naar de vraag: wat heb je nodig om wél te komen of wél door te kunnen gaan met dit werk?’

‘Inmiddels zijn we door deze ervaring wijzer geworden en liggen er draaiboeken op de plank. We hebben in korte tijd moeten leren om snel te schakelen, om een afgezegde bijeenkomst diezelfde dag toch online te laten plaatsvinden. Nu zijn we zover dat de behandeling en overleggen altijd door kunnen gaan, als het niet live is dan online. Dat hebben we toch maar mooi bereikt!’

Arnout ter Haar is zelfstandig coach en psychotherapeut te Amsterdam en voormalig hoofdredacteur van dit blad.