

Bedenkingen bij de regionale geestelijke-gezondheidszorg in Nederland

door M. Romme

Inleiding

Tot verbazing van vele buitenlanders die ons land bezochten om ons bijzonder uitgebreid netwerk van geestelijke-gezondheidszorgvoorzieningen in ogenschouw te nemen zijn de ambulante geestelijke-gezondheidszorg en de klinische zorg altijd (nogal) van elkaar gescheiden georganiseerd geweest. Er zijn slechts weinig uitzonderingen op deze regel.

Een daarvan ontwikkelde zich vanaf 1928 in Rotterdam, waar Pameyer in Maasoord, zoals het Delta Ziekenhuis toen heette, de eerste (ambulante) nazorgdienst opzette.

Andere uitzonderingen zijn de Sinai kliniek, die voor de joodse bevolkingsgroep altijd een eigen ambulante geestelijke-gezondheidszorgorganisatie heeft gehad, en het Willem Arntzhuys met een eigen sociaal-psychiatrische dienst.

Van een integrale aanpak vanuit intra- en extramurale geestelijke-gezondheidszorg voor een afgegrensde regio is Rotterdam volgens mij wel het eerste voorbeeld.

Hierover werd op 26 oktober 1984 een symposium gehouden in Rotterdam. De opzet die men in Rotterdam wil realiseren is zeker inspirerend te noemen voor andere regio's, maar er zijn ook enkele bedenkingen te maken.

Deze aanpak kwam tot stand ondanks het feit dat de wetgever met al zijn regelgeving een dergelijk initiatief niet gemakkelijk maakt. Zowel in de planningswetgeving als in de financieringsstructuur heeft de overheid de gescheiden organisatie van AGGZ en klinische zorg tot nog toe zwaar bevestigd. De nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid wil hierin kennelijk wel verandering brengen. Op blz. 103 wordt hierover bij de concrete beleidsvoornemens gezegd: 'Voorop dient te

Schrijver is als hoogleraar verbonden aan de Capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

staan dat op den duur een integraal GGZ-systeem dient te ontstaan'. Dit is alleen nog niet verder dan het papier en papier is zoals we weten geduldig.

De overheid heeft overigens wel het initiatief in Rotterdam gesteund: de rijksoverheid in 1981 door de WHO in te schakelen en in Kopenhagen over de Rotterdamse problemen een werkvergadering te houden; de gemeentelijke overheid door zich achter de huidige plannen te stellen.

Een totaalpakket van voorzieningen

Wanneer men, zoals in Rotterdam en hopelijk ook elders, gezamenlijk een totaalpakket van voorzieningen wil organiseren op het gebied van de geestelijke-gezondheidszorg, dan kan men in de eerste valkuil trappen als het accent wordt gelegd op de samenwerking tussen de bestaande voorzieningen in plaats van dat men de nadruk legt op de vraag of de geestelijke-gezondheidszorgfuncties in de nieuwe organisatie vervuld worden.

Onder functies verstaan we:

- vroegtijdige onderkenning door middel van consultatie, voorlichting en waar nodig screening;
- opvang van acute crisistoestanden door middel van psychiatrie d'urgence of crisisinterventie, die zeven maal vier uur bereikbaar is;
- onderzoek en behandeling gericht op individuen en groepen, zowel klinisch als ambulant, zowel georiënteerd op het verzorgen van sociale voorzieningen en op de beïnvloeding van relaties als op psychotherapeutische en medicamenteuze behandeling;
- revalidatie, waardoor optimaal functioneren in de zogenaamde vrije maatschappij bevorderd kan worden;
- evaluatie, planning en opleiding, opdat het werk verantwoord, doelmatig en overeenkomstig de noden in de bevolking wordt uitgevoerd met daartoe adequaat getraind personeel.

In Rotterdam lijkt het tot nu toe erop dat men te veel aandacht aan de samenwerkende voorzieningen en te weinig aandacht voor de te realiseren functies heeft gehad. Het ziet er naar uit dat vrijwel de gehele aandacht is gegaan naar twee functies: de acute hulpverlening en onderzoek en behandeling, terwijl de functies vroegtijdige onderkenning, revalidatie, evaluatie en planning binnen de gepresenteerde plannen geen duidelijke plaats hebben. Het meest ernstige gemis vind ik de functie 'revalidatie'. In de Community Mental Health Centers heeft men destijds in de jaren zestig deze functie ook expliciet bij wet als 'niet verplichte functie' aangemerkt (v.d. Grinten 1980). De praktijk leert dat deze functie dan ook het meest verwaarloosd is geraakt. In Nederland heeft vooral Gersons (1980) dit tekort gesignaleerd. In de kritiek op het functioneren van de CMHC's komt steeds de verwaarlozing van de

zogenaamde chronische patiënt naar voren. In de ambulante hulpverlening is het mijn ervaring dat, wanneer revalidatie wordt gemengd met acute psychiatrie en/of de functie onderzoek en behandeling, de kans erg groot is dat dan de chronische patiënt verwaarloosd blijft.

Ook elders heeft de ervaring geleerd dat patiënten die niet zo vlot willen reageren op de geboden behandeling of omdat zij bijvoorbeeld sociaal weinig geaccepteerd gedrag vertonen (Gruenberg Archer 1979), niet zo goed vallen bij de staf (Lamb 1979). Zij lopen een groter risico op 'dumping' (Wilder e.a.). Anderen zullen altijd voorgaan.

Een totaalpakket van voorzieningen vraagt een organisatie die aan een aantal voorwaarden moet voldoen om te vermijden dat bepaalde groepen patiënten in de kou blijven staan, of dat de staf zich uit de samenwerking terugtrekt omdat er te veel conflicten zijn ontstaan. Aan sommige van die voorwaarden is in de Rotterdamse opzet duidelijk aandacht besteed, aan andere niet. Dit is voor mij reden de belangrijkste voorwaarden hier enigermate systematisch te bespreken:

- adequaatheid van de voorzieningen;
- het verdelen van functies en taakonderdelen;
- goede doorstroming;
- decentralisatie.

Adequate voorzieningen

Een totaalpakket in het aanbod aan geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen moet niet alleen gezamenlijk alle functies vervullen maar elke functie en voorziening afzonderlijk moet eveneens adequaat zijn (Feldman e.a. 1971). Met adequaat wordt bedoeld dat de doelstellingen en werkwijze afgestemd zijn op de noden van de patiënt. Dit is het beste met een voorbeeld als crisisinterventie toe te lichten.

Bij crisisinterventie wordt ingegaan op een bepaald symptoomgedrag, maar de omgangsvormen in het eigen leefmilieu van de patiënt worden niet verbeterd. Om te voorkomen dat de patiënt terugvalt op dat bepaalde symptoomgedrag is vaak langdurigere ambulante behandeling noodzakelijk dan die het crisiscentrum kan bieden. Dit betekent dat de organisatie zo zou moeten zijn dat na contact met de acute 24-uurs mobiele dienst en/of opname in een crisiscentrum de ambulante behandeling die nodig is wordt uitgevoerd binnen het totaalpakket van voorzieningen. Dit kan men bereiken via de combinatie van goede afspraken over de verdeling van taakonderdelen en een goede doorstroming. In Rotterdam is wel goed geregeld hoe de beslissing en verwijzing van het crisiscentrum naar het APZ geschiedt, namelijk via het oordeel van de acute dienst (24-uurs bereikbare mobiele dienst), maar de schakel naar de ambulante behandeling als nazorg van de crisis is echter veel minder duidelijk. Dit is een lacune die we in Nederland overigens bij vele 24-uurs diensten aantreffen (Romme 1967; Hamers, Romme en Driessen 1984).

Het verdelen van functies en taakonderdelen

Wanneer een aaneengesloten reeks van voorzieningen wordt aangeboden is men in de interne organisatie aangewezen op een verdeling van functies en taakonderdelen. In Rotterdam is men 'fel tegenstander van een organisatie van zorg waarin de cliënt in één instelling bij één behandelaar vertoeft' (Van Heugten 1984).

Wat Van Heugten hier aangeeft is een belangrijke organisatievoorwaarde bij alle samenwerkende voorzieningen, namelijk dat er beperkingen moeten worden afgesproken voor wat betreft de bemoeienis. Degene die in dit voorbeeld de functie crisisinterventie uitvoert moet niet de functie onderzoek en behandeling gaan doen omdat er dan geen herkenbaar einde is aan de functie crisisinterventie. Ditzelfde geldt overigens ten aanzien van functies als 'onderzoek en behandeling' en 'revalidatie'. Deze twee functies zijn bijvoorbeeld in het Nederlandse APZ onduidelijk van elkaar gescheiden; tot schade van de ontslagkansen voor de patiënt (Scholte, Uffing 1983). Het is belangrijk dat er voor patiënt, behandelaar en buitenwereld een duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen functies, zodat er herkenbare overstappen zijn van de ene functieuitvoering naar de andere. Deze eis hangt samen met de adequaatheid van functieuitoefening, omdat immers verschillende functies verschillende doelen dienen en verschillende methodieken vereisen. Het is overigens niet nodig dat alle taakonderdelen van één functie door één en dezelfde voorziening worden uitgevoerd, zolang de functie herkenbaar is in het kader waarvan het taakonderdeel wordt uitgevoerd. Zo geldt bijvoorbeeld in de revalidatie dat in verschillende voorzieningen verschillende taakonderdelen worden uitgevoerd, zoals wonen in beschermende woonvormen, dagstructuur in WSW of dagcentrum en ambulante behandeling door een mobiele eenheid voor chronische patiënten. Herkenbaar-zijn van de uitgeoefende functie is nodig om te voorkomen dat een ander doel gediend gaat worden dan binnen de functie gesteld is (Gersons 1980, Polak 1967, 1971).

Goede doorstromingsmogelijkheden

Wanneer verschillende voorzieningen samenwerken om de verschillende functies en taakonderdelen in de geestelijke-gezondheidszorg adequaat uit te voeren is het een noodzakelijke voorwaarde dat de patiënt zonder drempels of andere obstakels verwezen kan worden naar de benodigde hulpverleningsvoorziening. Wanneer de voorzieningen elkaar gaan hinderen middels wachtlijsten en selectieprocedures, die bij voorbaat tot afwijzing kunnen leiden, dan kan men nauwelijks meer verwachten dat hulpverleners zich tot hun afgesproken taakonderdeel en functie blijven beperken. Ze zullen al gauw de indruk krijgen daarmee de patiënt te schaden. Om doorstroming te bevorderen is nodig dat alle voorzieningen voldoen aan de volgende drie voorwaarden (Romme 1973):

- geen afwijzing;
- geen wachtlijst;
- slechts behandeling voor één functie per tijdseenheid.

Onder géén afwijzing wordt verstaan dat men van elkaar geen patiënten weigert. Interne verwijzingen moeten dus altijd geaccepteerd worden. Een aanvulling op deze regel is dat bij iedere verwijzing, de juiste zowel als de onjuiste, na afloop van de behandeling terugkoppeling naar de verwijzer zal moeten plaatsvinden. Deze regel bevordert zowel de goede verhouding tussen de medewerkers van de verschillende voorzieningen als de kennisontwikkeling over elkaars deskundigheid. Hierdoor krijgt men meer respect voor elkaars werk. Het maakt het tevens mogelijk voor medewerkers op verantwoorde wijze trouw te blijven aan de afgesproken functiebeperkingen.

Het tweede gebod 'geen wachtlijst' voorkomt niet alleen verstopping, maar zorgt er ook voor dat er niet via het hanteren van wachtlijsten een verborgen selectiemechanisme ontstaat. Men kan immers met een wachtlijst manipuleren.

Het derde gebod 'één functie per tijdseenheid' bevordert de prioriteitsstelling in de behandeling, maakt de behandelingsprocedure duidelijk en overzichtelijk en voorkomt 'drop-outs' of 'dumping' doordat men beslissingen op elkaar afschuift. Dit gebeurt vooral bij moeilijke patiënten. Over deze voorwaarden heb ik in Rotterdam niets gehoord, waarmee niet is gezegd dat er niet over is gedacht of mee wordt gewerkt.

Decentralisatie

Wanneer men een aaneengesloten reeks voorzieningen aanbiedt voor een bepaalde bevolkingsomvang, van bijvoorbeeld 200.000 mensen, dan is het duidelijk dat de hulpverlening niet voor alle onderdelen van gelijke omvang hoeft te zijn en de eisen van gemakkelijke bereikbaarheid, mobiliteit etcetera ook voor alle voorzieningen eveneens niet gelijk kunnen zijn.

Met name het aantal benodigde klinische behandelingseenheden zal kleiner zijn dan het benodigde aantal ambulante behandelingsmogelijkheden, terwijl de intensiteit van behandeling niet omgekeerd evenredig hieraan dient te zijn.

De ervaring in de Amerikaanse mental health centers, evenals in het RIAGG Maastricht, met een bevolkingsgrootte van 200.000 mensen, heeft geleerd dat de ambulante teams die een onderzoeks- en behandelingsfunctie hebben, meer gedecentraliseerd moeten werken. Men heeft daar gedecentraliseerd naar een bevolkingsomvang van 60.000 mensen. Deze decentralisatie, of zomen wil deconcentratie, maakt het mogelijk de teams klein te houden, daarmee efficiënter te laten werken en de bereikbaarheid te vergroten door werkruimten te creëren in de te bedienen wijken: in de winkelcentra, een algemeen ziekenhuis, wijkgebouw etcetera.

Men heeft zich in Rotterdam terecht gerealiseerd dat er op andere wijze gedecentraliseerd moet worden ten aanzien van klinische dan ten aanzien van ambulante voorzieningen. Wil de samenwerking tussen deze twee voorzieningen, die beide taakonderdelen vervullen ten aanzien van de functie 'onderzoek en behandeling', niet tot problemen leiden, dan moet er aan de volgende vier voorwaarden worden voldaan: (1) unitising; (2) liaison; (3) combinaties op grond van contactfrequentie; (4) vermijden van de blokfuncties.

Unitising: Hiermee wordt bedoeld het indelen van de ambulante teams en het opsplitsen van het aantal bedden in units, die met elkaar samenwerken ten behoeve van een gedeelte van het totale verzorgingsgebied. De patiënten van het betreffende ambulante team worden dan opgenomen op de afdeling kortdurende ziekenhuisbehandeling die voor die wijk bestemd is. Hierdoor vormen bedden, klinische staf, ambulant team en wijk een op elkaar afgestemde unit. Dit kan ook doorgevoerd worden voor de dagklinische afdeling, de prikpoli en zelfs voor de rest van het APZ met de daar waarschijnlijk geplande vervolgmogelijkheden voor langerdurende ziekenhuisbehandeling.

Liaison: Wanneer een aantal voorzieningen samen een aanengesloten reeks moeten vormen, dan is een goed georganiseerd systeem van liaison-personeel onontbeerlijk. Deze verbindingsfiguren dienen er voor te zorgen dat er goede doorstromingsmogelijkheden zijn, dat ze op de hoogte blijven van veranderingen in werkwijzen en ervoor te waken dat er geen patiënten tussen de wal en het schip vallen. Soms wordt liaison-personeel gebruikt ter vervanging van de unitising. Maar de ervaring leert dat dit geen goede oplossing is, omdat op deze wijze de liaison-figuur gemakkelijk tot zwart schaap gemaakt wordt bij moeilijkheden, of dat men de liaison-figuur kan gebruiken om zelf niet in de problemen te raken en deze liever toedekt. De liaison-figuur moet daarom niet iemand worden die de gehele communicatie verzorgt; dat holt de samenwerking uit.

Combinaties op grond van contactfrequentie: Voor een goede doorstromingsmogelijkheid is niet alleen liaison-personeel onontbeerlijk, men moet ook in de hulpverlening die onderdelen samenbrengen die een hoge contactfrequentie hebben.

Hoge contactfrequenties ziet men vooral binnen voorzieningen die samen één functie vervullen. In dergelijke combinaties is, naast een geregeld contact tussen de staven, liaison-personeel nodig. Zo is vaak op grond van een contactfrequentie aangewezen de combinatie te maken van ambulant team - (unit-)dagkliniek - unit-kliniek voor kortdurende opname. Voor de revalidatiefunctie zijn combinaties van belang tussen beschermende woonvormen, ambulant team en dagstructuur biedende voorzieningen. Ook hierbij is dan unitising voor kleinere bevolkingsomvang en liaison-personeel aangewezen.

Vermijden van de dubbelfuncties

Het vermijden van de dubbelfuncties dient ertoe weinig efficiënte sfeerbedervende concurrentie binnen een organisatie te voorkomen. Bovendien leveren dubbelfuncties het gevaar op dat men moeilijke patiënten eerder op elkaar afschuift of in beide voorzieningen vergeet, in de veronderstelling dat de ander wel zal opletten. Een dergelijk gevaar schuilt er in het Rotterdamse model waar een prikpoli bestaat naast het ambulante werkzame sociaal-psychiatrische team van het RIAGG. Goede afspraken zijn theoretisch wel mogelijk, maar de kans in de praktijk op mislukkingen is vooral groot bij moeilijke mensen die hun afspraken bij herhaling niet houden en een aversie hebben tegen medicatie.

Dit waren mijns inziens de belangrijkste organisatorische voorwaarden waarop een organisatie moet letten die een totaalpakket van geestelijke-gezondheidszorgvoorzieningen goed wil laten functioneren voor een omschreven bevolkingsomvang, zoals dat in Rotterdam nu gelukkig gezamenlijk vanuit intra- en extramuraal wordt ondernomen. Aangezien de rijksoverheid in de nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid deze richting uit wil, hoop ik dat er een uitgebreide gedachtenwisseling zal plaatsvinden over deze materie ter voorkoming van veel teleurstelling bij deze lang niet eenvoudige opgave tot integratie van de extra- en intramurale hulpverlening.

Samenvatting

In Rotterdam is een totaalpakket van voorzieningen opgezet door intra- en extramurale geestelijke-gezondheidszorginstellingen gezamenlijk. De nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid stelt een dergelijke integratie van de zorg als één van de beleidsdoelen. Vanwege de actualiteit van de discussie heb ik in dit artikel een aantal voorwaarden genoemd, waaraan de organisatie van een totaalpakket van voorzieningen moet voldoen. Een aantal noodzakelijke organisatievoorwaarden zijn gestoeld op de ervaring elders, in het bijzonder in de Community Mental Health Centers in Amerika. Voor Nederland verdient het dus ook aanbeveling te bekijken of deze voorwaarden aanwezig zijn, dan wel geschapen kunnen worden. Het is belangrijk dat de voorzieningen vijf met name genoemde functies vervullen waarbij het een herhaling van elders gemaakte fouten zou zijn de functie 'revalidatie' niet expliciet te organiseren. De verdere organisatievoorwaarden die genoemd en beschreven zijn, omvatten:

- adequaatheid van functie en voorzieningen;
- functieverdeling en beperking tot uitvoering van afgesproken taken;
- goede doorstroming door af te zien van een wachtlijst; niet af te wijzen maar na ervaring terug te koppelen en slechts op één plek

- op één tijdstip te behandelen;
- decentralisatie onder begeleidende voorwaarden van unitising, liaison, combinaties op grond van contactfrequentie en vermijden van dubbelfuncties.

Literatuur

- Feldman, S., en H.H. Goldstein (1971), Community mental health centers in the USA, an overview. *International Journal of Nursing Studies*, 8, 247-257.
- Gersons, B.P.R. (1980), Om de beurt, doel en middel in de geestelijke gezondheidszorg; de consultatiemethode als illustratie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 35, 898-914.
- Gersons, B.P.R. (1980), *De positie van de chronische patiënt en de behoefte aan psychiaters voor de public sector*. In: *Geestelijke gezondheidszorg in de Verenigde Staten, verslag van een studiereis*. NCGV reeks no. 26, Utrecht.
- Grinten, T. van den (1980), *Beleid en wetgeving kosten en financiering*. In: *Geestelijke gezondheidszorg in de Verenigde Staten, verslag van een studiereis*. NCGV reeks no. 26, Utrecht.
- Gruenberg, E.M., en J. Archer (1979), Abandonment of responsibility for the seriously mentally ill. Millbank memorial fund quarterly. *Health and Society*, 57 (4), 485.
- Hamers, H.J.F.R., M.A.J. Romme en G.A.M. Driessen (1985), Het (on)bedoelde gebruik van meer GGZ-voorzieningen. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, jan.
- Heugten, van (1984), *Inleiding* gehouden op het Symposium 'Onder één dak', vrijdag 26 oktober in De Klimmende Bever te Rotterdam.
- Hornstra, R.K., en Bess Udell (1971), *Extend and utilisation of psychiatric services in Kansas City, Missouri*. Report from the epidemiological field station 600 East, 2nd street Kansas City.
- Lamb, R. (1979), Roots of neglect of the long-term mentally ill. *Psychiatry*, 42, 201.
- Polak, P.R. (1967), The crisis of admission. *Social Psychiatry*, 2, (4), 150.
- Polak, P.R. (1971), The irrelevance of hospital treatment to the patients social system. *Hospital and Community Psychiatry* 43, 255.
- Romme, M.A.J. (1973), *Regionalisatie en integratie in de geestelijke gezondheidszorg*. *Verslagen en rapporten no. 28 Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne*. Staatsuitgeverij, Den Haag 1974.
- Romme, M.A.J. (1967), *Doel en Middel*. Sociaal-geneeskundige exploratie van de selectie voor opname van psychiatrische patiënten. (dissertatie) Amsterdam 1967.
- Scholte, J., en H. Uffing (1983), *Langdurig verblijf in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis, een vergelijkende studie*. Een rapport aan de Ziekenfondsraad.