

Is de sociaal psychiatrische dienst uitsluitend een zaak van beroepskrachten?

door Dr. M. A. Bremer-Schulte

Introductie

Bezinnig binnen de vereniging 'Het sociaal-psychiatrisch studiegezelschap' omtrent inschakeling van vrijwilligers in de S.P.D. leidde tot de vraag, die gekozen werd als titel voor deze inleiding. In de angelsaksische literatuur wordt de term 'nonprofessionals' gebruikt als verzamelnaam voor anderen dan beroepskrachten, o.a. 'volunteers'. In het maatschappelijk werk hier wordt over het algemeen over vrijwilligers gesproken, soms met de wat dubieuze bij-klank van 'amateurs'. In het onderstaande wordt naast vrijwilligers de term medehelpers gebruikt. De term medehelper bedoelt een eigen identiteit binnen het hulpverleningssysteem toe te kennen aan degene die, na eigen ervaring als hulpvrager, bijv. als groepslid in een ondersteuningsgroep, getraind is om te functioneren als hulpverlener-groepsleider. Hij helpt mee aan het realiseren van het hulpverleningssysteem, met name voor zover het een 'self-helpsystem' is waarbij hij zonedig voortdurend beroepskrachten kan raadplegen. De medehelper helpt groepen uit de bevolking met bevordering van 'welzijn van binnen uit'. (Bremer-Schulte, 1971). De medehelper komt voort uit en is opgenomen in het selfhelpsystem van de cliënt. De medehelper heeft een eigen identiteit binnen het hulpverleningssysteem en is ten opzichte van de beroepskracht niet een assistent, die op grond van tekort aan mankracht goedkope bijdragen levert aan de gezondheidszorg.

Aan de term medehelper, in 1971 geïntroduceerd (Bremer-Schulte, 1971) voor de bedoelde geselecteerde en getrainde 'leken-counselor', wordt de voorkeur gegeven boven die van nonprofessional. Nonprofessional is immers negatief op de afwezigheid van beroepsbekwaamheid geconcipieerd.

Ervaring met inschakeling van medehelpers in ondersteunings-

Schrijfster, andragologe, gepromoveerd in de Sociale Geneeskunde, is als wetenschappelijk hoofdmedewerker verbonden aan de Medische Faculteit van de Rijksuniversiteit Limburg.

De tekst van dit artikel diende als voordracht voor de vereniging 'Het sociaal-psychiatrisch studiegezelschap' op 1 april 1976 te Utrecht.

groepen leidde tot het onderscheid van twee typen: institutionele medehelpers en eigenheemse medehelpers.

Met institutionele medehelpers worden bedoeld medehelpers die vanuit een instelling voor geestelijke gezondheidszorg worden ingeschakeld in preventieve en educatieve ('positieve') geestelijke gezondheidszorg-projecten uitgaande van de instellingen, vanwaar en alwaar zij ook hun werkbegeleiding ontvangen. Met eigenheemse medehelpers worden bedoeld medehelpers die vanuit een bepaald woon-, werk-, of vrijetijdssysteem komen tot actieve participatie in preventieve en educatieve geestelijke gezondheidszorg-projecten, voortgekomen uit en uitgevoerd in eigen kring. Zij ontvangen ter plaatse werkbegeleiding van beroepskrachten uit de geestelijke gezondheidszorg.

Hoe komt iemand ertoe medehelper te worden? Dat kan doordat hij of zij bijv. vanuit de ervaring als groepslid van een ontmoetingsgroep gemotiveerd raakt om anderen deze ervaring te bieden of doordat hij zich via het ontvangen van mental health consultation daadwerkelijk bij de geestelijke gezondheidszorg betrokken gaat voelen, en van daaruit geworven wordt voor een ontmoetingsgroep door contact met mensen die reeds als medehelper functioneren, en wel op grond van:

- representatie, bijvoorbeeld categoriaal: als bejaarde uit de categorie bejaarden, als alleenstaande uit de categorie alleenstaanden;
- machtspositie in de wijk als opinieleider of als organisator;
- persoonlijke kwaliteiten zoals empathie, warmte en echtheid.

In de praktijk bleek men door verschillende invalspoorten de geestelijke gezondheidszorg binnen te komen.

In samenhang met de term medehelper wordt de term medewerker gebruikt voor degene, die in aansluiting op een daarop gerichte opleiding professioneel werkzaam is in het veld van de (geestelijke) gezondheidszorg (i.c. getraind is als groepsbegeleider). De medewerker draagt als beroepskracht bij tot het adequaat kunnen functioneren van de medehelper, doordat:

- hij zich beschikbaar stelt voor training en begeleiding;
- hij als beroepskracht in zijn werk met cliënten zelf steeds praktijkervaring opdoet, vanwaaruit hij medehelpers kan trainen en/of begeleiden;
- hij meewerkt aan het samenspel tussen medewerkers en medehelpers.

Op de beantwoording van de titelvraag wil ik hierna ingaan op basis van ervaringen met training en begeleiding van medehelpers in de ambulante G.G.Z. en met onderzoek naar dit functioneren; aan deze ervaringen heb ik vanwege de onderhavige vraag enige exploratie onder S.P.D.-werkers kunnen toevoegen, dankzij hun medewerking.

Overwegingen

Bezinning op het onderhavige onderwerp leidt naar overwegingen, zowel van praktische als van theoretische aard, zoals

welk model biedt een schematische weergave van de S.P.D.-inclusief-vrijwilligers; welk model kan behulpzaam zijn bij het hanterbaar maken van een S.P.D.-met-vergroot-bereik, een S.P.D. die haar psychohygiënische functie vervult dichtbij de mensen en wel met behulp van een netwerk van beroeps- en vrijwillige helpers?

– hoe gaat een S.P.D. met medehelpers er uit zien?
– kunnen medehelpers de dienstverlening van de S.P.D. zodanig uitbreiden dat (op ruimer schaal) ondersteuningsgroepen geboden kunnen worden aan mensen met verslavings-, eenzaamheidsproblematiek, enz.?

– aan welke voorwaarden moet zijn voldaan voor een optimale inschakeling van andere hulpverleners dan de traditionele?

– hoe kan vanuit de S.P.D. werkbegeleiding en training adequaat geboden worden?

– wat vraagt inschakeling van non-professionals aan planmatige verandering binnen een professioneel systeem als de S.P.D. – ad hoc?

Besluitvorming binnen een S.P.D.-team

Met dergelijke vragen in het achterhoofd kan nu overgestapt worden naar de alledaagse praktijk. Daartoe wordt voorgesteld om het proces te vervolgen in een S.P.D., waarvan de teamleden zich plaatsen voor de beslissing: al dan niet betrekken van vrijwilligers in beleid omtrent en in directe uitvoering van het werk.

In dit proces laten zich 4 fasen onderscheiden:

- I Tijdens een gevals-teambespreking wordt de mogelijkheid geopperd een vrijwilliger in de behandeling te betrekken. Er komen geluiden op van voor- en tegenstanders.
- II Een beleids-teambijeenkomst gewijd aan het thema 'uitbreiding van sociaal-psychiatrische dienstverlening' levert een aantal dilemma's op.
- III Na deze gedachtenwisseling gaan de teamleden zich individueel nog eens bezinnen, mede aan de hand van een aantal vragen en oriëntatie in vakliteratuur. Uitwisseling van ieders 'speurtocht' geeft zicht op een aantal tendenzen in de ontwikkeling binnen zichzelf als geestelijke gezondheidszorg, binnen de eigen instelling en in de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen.
- IV Het afwegen van voor's en tegen's, het doorwerken van een aantal dilemma's en bezinning op basisgedachten leidt ertoe, dat het team besluit tot samenwerking met vrijwilligers in een aantal concrete situaties.

Uitwerking van de 4 fasen

Ad I – Bij het opstellen van het behandelingsplan voor een gezin stelt een van de teamleden voor om in het kader van netwerkbenadering bepaalde burens en de wijkagent in te schakelen. Van

daaruit komt de algemene vraag aan de orde naar de wenselijkheid van het betrekken van informele sleutelfiguren en vrijwilligers in de hulpverlening. Deze vraag lokt zowel argumenten vóór als tegen uit, welke standpunten veelal ook in de literatuur te vinden zijn (zie o.a. in bijgaande lit.lijst).

Argumenten tegen:

- blinden kunnen geen blinden leiden, non-professionals moeten wel slechte hulpverleners zijn omdat de kans groot is, dat zij dezelfde problemen hebben als de hulpvrager;
- non-professionals zijn niet vertrouwd met de werksituatie in de psychosociale hulpverlening en de structuur der gezondheidszorg;
- relatief korte training zou voor hen frustrerend zijn (McLennan, 1969);
- non-professionals uit lagere sociale groeperingen kunnen onvoldoende distantie nemen; hun beperkte vooropleiding is onvoldoende voor hulpverlening op zo'n gecompliceerd terrein als de geestelijke gezondheidszorg;
- non-professionals uit lagere sociale groeperingen hebben onvoldoende verbale mogelijkheden;
- non-professionals zijn niet of nauwelijks te trainen om te werken met het subtiële gegeven van menselijke relaties (Levinson and Schiller, 1966), terwijl het specifieke van de psychisch desintegrerende mens juist het verstoord raken in zijn relationele mogelijkheden is;
- non-professionals lopen het gevaar in hun rol als zodanig onduidelijk te blijven vanwege hun ambivalente positie als enerzijds hulpverlener en anderzijds cliënt (Meyer, 1969);
- non-professionals kunnen enkel symptoombehandeling toepassen (Torrey, 1969).

Argumenten vóór:

- non-professionals bekleden een brugfunctie tussen het cliënt-systeem en het dienstverlenend systeem;
- zij hebben een brugfunctie tussen formele sleutelfiguren zoals huisartsen, wijkverpleegsters, maatschappelijk werkers, politiefunctionarissen, onderwijzers, e.d. (Guerney, 1969) en de mensen;
- non-professionals-ex-clënten kunnen een onvervangbare rol spelen voor hen die actueel de problematiek doormaken welke zij zelf oplosten (Pokorny, 1968);
- non-professionals kunnen met meer succes als leermodel fungeren voor mensen uit hun eigen maatschappelijk milieu dan beroepskrachten-therapeuten, in gevallen waar deze een grote maatschappelijke afstand naar hun cliënten te overbruggen hebben (Goldstein, 1971);
- non-professionals dragen bij tot nieuwe ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg (Riessman, 1967), inschakeling van non-professionals stimuleert beroepskrachten om hun rol kritisch te bezien evenals de structuur en de functie van de instelling waar zij werken (Sobey, 1970);

– als hulpbehoevenden van voorheen en vanuit deze ervaring gemotiveerd hulpverlener te worden, kunnen non-professionals hun eigen groeiproces voortzetten door middel van het bevorderen van de groei van anderen (Knowles, 1972), (mede: kosten - baten-motief).

Onderzoeksgegevens over het effect van inschakeling van non-professionals in de hulpverlening tonen aan dat voor bepaalde mensen 'lay counselors' met evenveel zo niet met méér resultaat hulpverlening kunnen bieden dan beroepskrachten (Carkhuff and Truax, 1965; Carkhuff, 1968; Rioch, 1966; Bremer-Schulte, 1973). Carkhuff vat deze voordelen samen door te stellen dat 'he (= the lay counselor) appears to have a greater ability

- to enter the milieu of the distressed;
- to establish peerlike relations with persons needing help;
- to take an active part in the client's total life situation;
- to empathize more effectively with the client's style of life;
- to teach the client, within the client's own frame of reference, more succesfull actions;
- to provide the client with an effective transition to higher levels of functioning within the social system.'

Kortom, aldus Carkhuff, 'the lay counselor, when appropriately employed, can be the human link between society and the person in need of help – a necessary link that professionals are now not adequately filling' (Carkhuff, 1968).

Een studie omtrent de inschakeling van 10.000 non-professionals in 185 Amerikaanse hulpverleningsprojecten, begeleid door het National Institute for Mental Health, beschrijft de bijdrage van non-professionals aan de geestelijke gezondheidszorg van mensen in de psychiatrische ziekenhuizen, wijkgezondheidscentra, scholen en maatschappelijke werkinstellingen (Sobey, 1970). Dit grootst opgezette onderzoek komt – in overeenstemming met eerder verricht onderzoek – tot de conclusie, dat medehelpers een substantiële bijdrage kunnen leveren aan de uitvoering van individuele hulpverlening en groepsbenadering in de geestelijke gezondheidszorg.

Velen beschouwen – mijns inziens terecht – verdere exploratie van deze ontwikkeling als een essentiële opdracht van geestelijke gezondheidszorgers (Matarazzo, 1970; Cowne, 1969).

Met de bevindingen van eigen evaluatie-onderzoek (Bremer-Schulte, 1973)* heb ik bedoeld een bijdrage te leveren door de balans tussen voor- en nadelen van functioneren van medehelpers op te maken. De hulpverlening waarvan het effect werd gemeten, werd geboden onder 3 verschillende condities; namelijk ondersteuningsgroepen begeleid door 2 medehelpers, door 2 medewerkers, en door de combinatie medehelper + medewerker. Gevonden werd o.a. dat de groepen begeleid door medehelper + mede-

* Van de ervaringen met het instrument, ontwikkeld t.b.v. dit onderzoek, zal gebruik gemaakt worden bij het evalueren van medehelpers-activiteiten in groepen chronisch zieken.

werker, wat betreft direct effect duidelijk gunstig afsteken ten opzichte van de controle-groepen en de groepen, begeleid door 2 medehelpers. Ditzelfde patroon treedt een enkele keer op ten opzichte van de controle-groepen alleen, en wel ten aanzien van het effect op langere duur. Deze bevindingen wijzen erop, dat de groepen begeleid door medehelper + medewerker, en soms ook de groep begeleid door 2 medewerkers, duidelijk verschillen van de controle-groepen en een enkele keer van de groepen begeleid door 2 medehelpers. Dit verschil betreft toename van positieve instelling ten opzichte van het werken in groepsverband en sociale betrokkenheid, zowel op korter als op langer termijn. De algemene tendens in deze gegevens is derhalve dat een groep, begeleid door medehelper + medewerker, opvallend gunstig afsteekt wat betreft de resultaten.

De gegevens onderschrijven het belang van samenwerking tussen beroepskrachten en vrijwilligers, als twee categorieën helpers die elk een specifieke bijdrage kunnen leveren. Deze samenwerking is noodzakelijk, maar vraagt van de beroepskracht deskundigheid in begeleiding, training en consultatie.

Vrijwilligers-experimenten mislukken daar waar beroepskrachten zich terugtrekken;

- 1 daar waar zij vrijwilligers ervaren als ondergeschikte assistenten, die op grond van tekort aan mankracht een goedkope bijdrage leveren aan de dure gezondheidszorg;
- 2 daar waar begeleiding van beroepskrachten plaats vindt als leiding van bovenaf in plaats van als samenwerking op horizontaal niveau.

Ad II – Verondersteld dat binnen de betreffende S.P.D., waarvan de teamleden zich afvragen of zij met vrijwilligers willen gaan samenwerken, de gedachtenvorming en discussie zich voortzet: fase II.

Tijdens een beleids-teambijeenkomst volgend op die in I, kunnen dan een aantal dilemma's naar voren komen. Zoals in een goed-functionerend team betaamt, geven de teamleden elkaar volop de ruimte om negatieve en positieve motivaties tegen elkaar af te wegen. Ook probeert elke discussiepartner zich te verplaatsen in de zegsman van tegenargumenten.

Motieven vóór

- a Veel potentieel aan helpers
- b Verruiming van actieradius
- c Bereik van mensen van andere sociale klassen

Motieven tegen

Werken met vrijwilligers leidt af van het eigenlijke werk
Toch al zo druk en er is al een wachtlijst
De huidige cliënten zullen hen niet accepteren

- | | | |
|---|---|---|
| d | Mogelijkheden hiertoe door de trend bij subsidiegevers om preventief en vrijwilligerswerk te stimuleren (Zie o.a. Structuurnota van Hendriks) | Toch geen geld en ruimte om nog meer mensen te herbergen |
| e | Deze nieuwe ontwikkeling moet op de voet gevolgd en toegepast worden | Het is een modeverschijnsel |
| f | Na adequate training behoeven medehelpers vertrouwen en steun van beroepskrachten | Zij kunnen verantwoordelijkheid niet op zich nemen; de belasting met een stuk van onze verantwoordelijkheid kunnen wij hen niet aandoen |
| g | Vrijwilligers staan niet onder druk van het te moeten weten en kunnen | Zij kunnen alleen maar die deeltaken overnemen waar wij niet mee omhoog zitten |
| h | Zij spreken de taal van bepaalde cliënten beter | Zij hebben te weinig opleiding |
| i | Vrijwilligers vormen een aanleiding om kritisch de rol van beroepskracht te bezien | Vrijwilligers vormen een bedreiging voor positie van beroepskracht |
| j | Inschakeling bevestigt gevoel van eigen deskundigheid | Inschakeling brengt onzekerheid en twijfel ten aanzien van eigen vakbekwaamheid met zich mee |
| k | Training van vrijwilligers vormt een uitdaging | De mogelijkheid van voorkeur van cliënten voor vrijwilligers is bedreigend en eigen behoefte aan contact hebben met cliënten blijft bestaan |
| l | Voldoening door de groei van vrijwilligers in hun werk | De angst, dat beroepskrachten later de brokken moeten lijmen |

Deze tegenstellingen geven de spanning weer in een krachtveld tussen remmende en drijvende krachten en zijn hier geordend in een zgn. forcefield analysis (Benne und Birnbaum, 1970) en wel van voor- en tegenstanders van medehelpers binnen een team van geestelijke gezondheidszorgers. Weerstand wordt vaak geuit in de vorm van verstandelijke argumenten tegen verandering. Er is sprake van een behoefte aan verandering binnen het gehele systeem in de door de voorstanders gewenste richting, wanneer de remmende krachten afnemen. In dat geval kan gesproken worden van een ontdooien van het huidige functioneren van het systeem. Via vermindering van remmende krachten kan verandering in de

geestelijke gezondheidszorg naar actieve participatie van de mensen zelf tot stand komen.

Ad III – Als derde fase van het proces 'wel of niet samen met vrijwilligers' is de uitwisseling van ieder's tussentijdse individuele bezinning op het thema aan te merken. Hierin nemen de teamleden een aantal tendensen waar in de ontwikkeling binnen zichzelf, binnen de eigen instelling en in de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen:

(1) Men wil de ontoereikendheid van sociaal-psychiatrische dienstverlening doorbreken, óf omdat men een onevenredig grote opnamebehoefte signaleert bijv. als een gevolg van het ontbreken van noodzakelijke preventieve sociaal-psychiatrische dienstverlening, óf vanwege overlading en wachtlijstfenomenen. Het blijkt weliswaar een moeilijke zaak om alarmsignalen te leren verstaan en taxeren, waardoor vroegtijdige onderkenning van psychische desintegratie en preventieve interventie mogelijk gaat worden.

(2) Steeds meer wordt als het specifieke van de psychisch-bedreigde of psychisch-desintegrerende mens gezien: het verstoord raken of zijn van relationele mogelijkheden. Waar de kansen voor detectie en voor preventieve interventie hiervan in de eerste plaats liggen bij eerstelijnswerkers zoals huisartsen* dient het verstrekken van consultatie aan deze sleutelfiguren steeds meer als een taak van de S.P.D. te worden opgevat. Met name t.a.v. de hulpverlening van mensen die alarmsignalen over relatieproblemen zoals eenzaamheid vertalen in lichamelijke klachten. Als bij lichamelijk onderzoek niets gevonden wordt dan zal moeten bezien worden of bij vroegtijdige onderkenning aan verlichting van de stress-factoren gewerkt kan worden door ondersteunende contacten van ex-lotgenoten uit het patiëntenbestand.

Eigen ervaring met medehelpers, ingeschakeld in de huisartspraktijk, wijst uit dat daar hun inzet in de vorm van ondersteunende contacten positief werkt bij alleenstaande patiënten met eenzaamheidsproblematiek. Op grond van ervaringen tot nu toe kan voorlopig gesteld worden dat het aantal bezoeken aan de huisarts afneemt naarmate het ondersteunende contact van de medehelper – zelf alleenstaande – op gang komt en o.a. gedragsverandering oplevert, in casu het doorbreken van het isolement.**

(3) Het inzicht groeit dat de aard van de professionele deskundigheid (wat betreft beroepsmatige houding, zoals planmatig ver-

* Hosman en Swarte vinden dat de huisarts van de eerstelijnswerkers het meeste contact heeft met psychische problematiek. (C. Hosman en J. Swarte: Het contact van eerstelijnswerkers met psychische problematiek. In: Hulpverleners en veranderen, 1973.)

** Het hulpverleningsmodel waarmee in dit experiment gewerkt werd, wordt eveneens toegepast en verder ontwikkeld t.b.v. groepen chronisch zieken ('Psychosociale begeleiding van gehandicapten en chronisch zieken', stencil verkrijgbaar bij schr.).

anderen, ingrijpen vanuit technische strategieën, werken met interpretatie naast gedragsobservatie volgens in-de-tijd-gestructureerde behandelingsplannen) noodzakelijk aanvulling behoeft. Bij b.v. eenzaamheidsproblematiek kan voorkoming van suïcidaal gedrag bewerkstelligd worden door het betrekken van een vertrouwensfiguur uit de eigen omgeving in het behandelingsplan.* Naast of na professionele behandeling kan dan continuïteit en directere beschikbaarheid in crisissituaties mogelijk worden. Het heeft bovendien geen zin om met een eenzaam mens te werken los van zijn milieu, daarbuiten, zonder de helpende krachten ter plekke te mobiliseren en te optimaliseren door ondersteunende begeleiding.

Tijdens het 'Vth international symposium on the psychotherapy of schizophrenia' in Oslo (1975) bracht Foster een case-history betreffende een vijf jaar durende psychotherapie van een psychotische jongen. Het contact was voor de therapeut vrijwel een 'on-going' bezigheid: dag en nacht met veel verzorgende moederlijke activiteit. Het gehoor ging mee in alle ups en downs, en in de uitputtingsslag voor patiënt en therapeut gedurende een zeer intensief proces. Een medepatiënt was uiteindelijk de enige adequate hulpverlener bij een suïcidepoging. Dit fenomeen illustreert de geheel eigen mogelijkheden, die het betrekken van eigenheimse nonprofessionals naast professionele hulpverleners op verschillende niveaus van specialisatie heeft (Bremer-Schulte, 1975).

Menn bracht het Soteria-project in, waarin onderzoek verricht wordt om het effect te meten van behandeling van schizofrenen door non-professionals (= Experimentele groep). De controle-groep (= K-groep) is samengesteld uit een vergelijkbare groep patiënten, behandeld door professionals van een Community Mental Health Centrum. Bij een follow-up 6 en 12 maanden na ontslag blijken de leden van de E-groep beter in staat om een zelfstandig leven op te bouwen en zich los te maken van hun ouderlijk milieu. Er worden aanwijzingen gevonden, dat leden van de E-groep minder recidiveren en het beter doen op hun werk dan leden van de K-groep.

In het Soteria-project wordt niet gewerkt met drugs, maar in plaats daarvan wordt een adequaat psychotherapieprogramma aangeboden (cf. Wynne: 'Drugs have a place when there are no human beings in the surrounding').

Maar de kracht van psycho-sociale behandeling hangt af van de capaciteit van de professional om ook de input van non-professionals toe te laten en te ondersteunen middels consultatie.

Deze werkwijze vraagt echter van de beroepskracht, i.c. de medewerker van de S.P.D., een houding van deskundig 'verantwoordelijkheidsspreider' i.p.v. 'verantwoordelijkheidsverzamelaar'.

Om hierin meer vaardigheid te verwerven, dat is een opdracht waar voor m.i. ieder op zijn plaats in de G.G.Z. staat; de ontwik-

* Zie: M. A. Bremer-Schulte (1976), Naar een bijdrage tot preventie van gezondheidsverstorende interactie; impressies en stimulans vanuit Oslo.

keling en evaluatie van deze vaardigheid is alleen maar mogelijk vanuit doorlopende experimenten.

(4) Het inzicht neemt toe, dat voor een adekwate psychosociale hulpverlening voldaan moet zijn aan basisvoorwaarden van bereikbaarheid, vlotte toegankelijkheid, beschikbaarheid en nabijheid.

Door verdergaande specialisatie bij S.P.D.-werkers op basis van training, studie en onderzoek, wordt in toenemende mate de afstand tussen deskundigen en leken vergroot. De kloof tussen hulpvragers en hulpverleners kan overbrugd worden wanneer de laatsten de brugfunctie van vrijwilligers gaan onderbouwen, bijvoorbeeld in het kader van wijkgezondheidszorg (Bremer-Schulte, 1974).

In het bovenstaande worden twee verschuivingen aangegeven; welke samenwerking tussen professionelen en vrijwilligers kunnen beïnvloeden, maar ook binnen de professionele werkwijze hun invloed moeten doen gelden:

- beweging van helpen door gespecialiseerde deskundigen naast en/of naar samenwerking tussen nabijten op gelijk niveau;
- herwaardering van humane begeleiding naast het toepassen van technische strategieën.

Ad IV – Als de vierde en voorlopige slotfase van het proces rond de besluitvorming 'wel of niet samen met vrijwilligers' is de keuze vóór deze samenwerking te zien; een en ander op basis van de bezinning in de voorgaande fasen omtrent het doel en de mogelijkheden van deze samenwerking. Om zicht te krijgen niet alleen op de concrete consequenties voor beroepskrachten van deze aanvulling maar ook op de concrete samenwerkingsvormen, worden tot slot een aantal discussiepunten uit de drie voorgaande fasen samengebracht in antwoorden op een 7-tal vragen. Deze vragen en reacties kwamen ter sprake tijdens een beperkte exploratie – bij medewerkers van 7 verspreid-gelocaliseerde S.P.D.'s van de totaal 34 – die voorafging aan de samenstelling van deze inleiding.

Deze vragen luiden:

- 1a Hoe wordt gedacht over het betrekken van vrijwilligers bij het werk van de S.P.D.?
- 1b Welke waarde wordt aan deze uitbreiding van het S.P.D.-werk toegekend?
- 2 Zo ja (bij gewenste inschakeling):
Welke concrete activiteiten zijn uit te voeren door vrijwilligers?
- 3 Welke bezwaren zijn verbonden aan het werken met vrijwilligers?
- 4 Welke consequenties heeft dat voor hun begeleiding en eventuele training?
- 5 Zo nee (bij niet-inschakeling):
Waarom niet?
- 6 Wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen preventieve dienstverlening en curatieve dienstverlening?
- 7 Indien vraag 2 bevestigend wordt beantwoord, wordt dan atti-

tude-wijziging nodig geacht bij de professionele S.P.D.-er?

Zo ja, hoe? En bij de cliënten van de S.P.D.? Zo ja, hoe?

Een beknopt overzicht van het totaal van de reacties laat zien:

(Ad 1a) Een reactie:

- Tot nu toe nauwelijks over nagedacht en geen systematische ervaring opgedaan. Wel werd en wordt er veel hulp geboden door vrienden, familie en burens; waarbij S.P.V.'s soms begeleiding bieden.

Overige reacties:

- Zinvol; een positieve mogelijkheid voor schaalvergroting van S.P.D.; sociale psychiatrie moet dichtbij, tussen en met de mensen uitgevoerd worden.

(Ad 1b) Een antwoord luidt:

- Een bepaalde waarde wordt er niet aan toegekend; het spreekt vanzelf dat mensen elkaar helpen.

Overige antwoorden geven het volgende standpunt weer:

- Nieuw potentieel met de mogelijkheid van functioneren zonder beroepsdeformatie in de zin van 'bedrijfsblindheid' en 'apathie', met de kracht van het eigenheems-zijn; veel meer mogelijkheden tot intensieve (frequente) 'nabije' en continue ondersteunende contacten.

(Ad 2) Vermelde activiteiten:

- Wachtkamercontacten doorzetten tijdens de behandeling in de vorm van onderling helpen van cliënten; cliënt haalt een autistisch meisje op en gaat mee voor de volgende afspraak; zwerver bezoekt een andere cliënt en maakt een sinterklaaspakketje voor hem, hij slaapt een nacht met die ander op het station; iemand die de oorlog heeft doorgemaakt en een therapie heeft doorgevoerd, helpt bij de behandeling van een ander oorlogsslachtoffer; ex-client doet boodschappen met een zich afsluitende, sociaal onvermogen cliënt; cliënt helpt een weinig slimme, levensvreemde en onpraktische cliënt bij het inrichten van een flatje; barkeeper uit een gure buurt treedt via consultatie op als sleutelfiguur.

- Begeleiding naar polikliniek, naar huisarts.

- Berichtgeving op verzoek van cliënt naar S.P.D. en naar familie.

- Hulp bieden bij 'alledaagse' levensproblemen, zoals helpen bij het invullen van formulieren, e.d.

- Eenzame bejaarden behoeden voor toenemende verwaarlozing.

- Ondersteuning bieden bij pogingen tot losmaken en zelfstandig worden.

- 'Er zijn' bij eenzaamheidsproblematiek.

- Ondersteuning en begeleiding door evenwichtige en ervaren moeders van jonge, onzekere moeders met opvoedingsproblemen.

- Begeleiding van defect-schizofrenen bij het voorkomen van heropname.

(Ad 3) Bezwaren die naar voren gebracht worden:

- De onder 2 genoemde activiteiten zijn moeilijk te structureren; maar dat werkt pas dan ongunstig wanneer binnen de staf een specifieke figuur ontbreekt, die coördinatie van activiteiten, be-

geleiding van vrijwilligers en consultatie van eerste-lijns-professionals op zich neemt.

- Het gevaar is groot dat zij mensen afhankelijk(er) maken door het overnemen van verantwoordelijkheid.
- Het risico van te grote identificatie met de cliënt.
- Verkeerde motivatie t.a.v. hulpverlening.
- De plaats willen innemen van psychiater of S.P.V., veronderstellend even goed of beter te kunnen helpen.

(Ad 4) Consequenties:

- Groepsgewijze of individuele begeleiding is noodzakelijk om zichzelf te leren kennen in het helpend functioneren.
- Regelmatige samenwerking van beroepskracht en vrijwilliger binnen de directe hulpverlening fungeert tevens als impliciete training over-en-weer.
- Training en begeleiding zij nooit alleen inhoudelijk-technisch-organisatorisch gericht; maar tevens gericht op doorwerking van de confrontatie met leed van anderen.
- Medewerkers van S.P.D.'s, met name S.P.V.'s, dienen in te nemen mate getraind te worden in het bieden van consultatie.

(Ad 5) Tegen inschakeling pleit:

- Er wordt vaak nog te sterk vanuit een medisch kader gedacht en gehandeld. Daardoor past het systematisch werken met vrijwilligers nog niet binnen veel S.P.D.'s, ook al worden wel burens ingeschakeld vanwege het toepassen van netwerkbenadering.

(Ad 6) Inschakeling bij preventie en curatie:

- Maar samenwerking met vrijwilligers wordt nodig geacht zowel t.a.v. vroegtijdige opsporing en preventieve interventie (o.a. via ondersteunende en informatieve activiteiten), als bij curatieve hulpverlening (zoals nazorgcontacten).

(Ad 7) Attitude-wijziging bij medewerkers en/of cliënten:

- Ja, attitude-wijziging wordt nodig geacht voor beiden. Aan het - grootschalige - democratiseringsproces van de hulpverlening zouden processen op kleine schaal een bijdrage kunnen betekenen: bijv. intervisiegroepen, gericht op deze attitudewijziging en op samenwerking tussen beide categorieën. De totale g.g.z.-hulpverlening moet primair uit de verdedigings sfeer, concurrentiestrijd en uit eenzijdige overwaardering van superspecialistische technieken. Fundamenteel aangrijpingspunt is: de medemenselijkheid van de 'man-on-the-street'; gecombineerd met deskundigheid, met name in groepsdynamica, ter bevordering van samenwerkingsprocessen, waarin netwerkbenadering beoogd wordt; waarbij hier vooral over netwerkbenadering wordt gesproken in de zin van: planmatige integratie van beroepsmatig en vrijwilligershulp.

Literatuur

Aakster, C., Knelpunten in de gezondheidszorg. *Intermediair*, 1973.

Benne, K., M. Birnbaum, *Principles of changing*. In: Bennis, Benne, Chin., *The planning of change*, 2e dr., London, 1970.

- Bremer-Schulte, M. A., *Medehelpers in de geestelijke gezondheidszorg; een onderzoek naar het functioneren van nonprofessionals in ontmoetingsgroepen*. Nijmegen, 1974.
- , *Wijkgezondheidszorg van binnenuit*. In: *Metamedica*, 1974.
- , Development of preventive mental health care in behalf of young persons at high risk of psychotic desintegration: a prevention project. In: *Schizophrenia*, Oslo '75.
- , *Naar een bijdrage tot preventie van gezondheidsverstorende interactie*. 1976.
- Brouwer, W., T. Touw-Otten, Van klacht tot klagen; een analyse van de premedische periode. In: *Huisarts en Wetenschap*, 1974.
- Carkhuff, R., The differential effectiveness of lay and professional helpers. In: *J. counseling Psychol.*, 15, 1968, 117.
- Carkhuff, R., C. Truax, Lay mental health counseling: the effects of lay group counseling. In: *J. consulting Psychol.*, 29, 1965, 426.
- Cowne, L., Approaches to the mental health manpower problem: a review of the literature. In: *Mental Hyg.*, 53, 1969, 176.
- Ehrhardt, J., *De vrijwilliger in de preventie*. Utrecht, 1970.
- Goldstein, A., *Psychotherapeutic attraction*. New York, 1971.
- Guerney, B., *Psychotherapeutic agent: new roles for non-professionals, parents and teachers*. New York, 1969.
- Hanekamp, H., H. de Klerk, Herwonnen levenskracht; een voorbeeld van welzijnsbehartiging door de vakbeweging. In: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1975.
- Hulsebosch-Heering, E., *Preventie in de geestelijke gezondheidszorg*, 1975.
- Knowles, M., Motivation in volunteerism: synopsis of a theory. In: *J. of Voluntary action research*, 1, 2, 1972, 27.
- Levinson, P., J. Schiller, Role analysis of the indigenous nonprofessional. In: *Soc. Work*, 11, 3, 1966, 95.
- MacLennan, B., Special Problems in training the nonprofessional. In: *Guerney. Psychotherapeutic agents*. New York, 1969.
- Matarazzo, J., A national mental health manpower showcase conference: NAMH leads the way. In: *Mental Hyg.*, 54, 1970, 333.
- Meyer, H., Sociological comments. In: Grosser, Henry, Kelley, *Nonprofessionals in the human services*. San Fransisco, 1969.
- Mosher, M., A. Reifman, A. Menn, *Characteristics of nonprofessionals serving as primary therapists for acute schizophrenics*.
- Philipsen, H., Omvang van de gezondheidszorg onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen. In: *T. v. Soc. Geneeskunde*, 6, 1976.
- Pokorny, A., B. Miller, S. Cleveland, Response to treatment of alcoholism: a follow-up study. In: *Quart. J. Stud. Alc.*, 29, 1968, 364.
- Riessman, F., Strategies and suggestions for training nonprofessionals. In: *Community Mental Health J.*, 3, 2, 1967, 103.
- Rioch, M., Changing concepts in the training of therapists. *J. consulting Psychol.*, 30, 4, 1966, 283.
- Romme, M., Mogelijkheden voor preventie in de geestelijke gezondheidszorg. In: *M.G.V.*, 1974.
- Sobey, E., *The nonprofessional revolution in mental health*. New York, 1970.
- Torrey, E., The case for the indigenous therapist. In: *Arch. gen. Psychiat.*, 20, 1969, 365.
- Watzlawick, P., J. Beavin, D. Jackson, *Pragmatics of human communication*. New York, 1967.