

Psychiater in een 'atypische' PAAZ

Ervaringen met interdisciplinaire samenwerking

door H. Siegelaar

Een huisarts belt de PAAZ en vraagt naar de psychiater. Hij vraagt opname voor één zijner patiënten. De afdelingscoördinator die het telefoontje aanneemt, zet dit na een korte uitleg over op de pieper van de medewerker die de opnamegesprekken voert (een verpleegkundige of een medewerker met b.v. sociale academie als achtergrond). Het gaat om een 30-jarige depressieve vrouw. Slaapstoornissen. Verwaarloost huishouden en kinderen. Er zijn lichamelijke klachten. De medewerker stelt een opnamegesprek diezelfde middag voor en vraagt of de echtgenoot meekomt. Opname zal afhankelijk van wensen en mogelijkheden over en weer gerealiseerd worden. Het echtpaar treft 's middags een informeel geklede medewerker aan, die, ondanks zijn uitleg, in hun ogen dan wel geen dokter maar toch minstens een psycholoog blijft. Na het gesprek gaat de medewerker in consult met medisch en algemeen consulent: een arts en (vandaag) een psycholoog. Cliënte bleek een zich afhankelijk opstellende, inderdaad depressieve vrouw, die het initiatief aan haar man overliet. De echtgenoot hield bezorgd haar hand vast, maar bleef overigens passief. Hij dacht dat het om iets lichamelijks ging. Verzekerde zijn vrouw dat het wel goed zal komen. Suïcidaliteit werd door de vrouw ontkend. Gevraagd naar welke hulp beiden verwachten, liet cliënte blijken dat *zij* een opname niet wenst. De man leek ontmoedigd. Deed met een beroep op het gezag van de huisarts, zwakke pogingen zijn vrouw alsnog te overtuigen. In het consult wordt gekozen vast te houden aan een eigen beslissing van de vrouw, dan wel een uitspraak van de man dat hij zijn vrouw niet meer mee naar huis neemt. De medewerker sluit met het echtpaar het gesprek af. Als ze willen kunnen ze terugkomen. De huisarts wordt ingelicht. Deze reageert met gemengde gevoelens. De volgende dag vraagt de vrouw zelf om opname. Het opnamegesprek wordt voortgezet. Nadat opnieuw een consult gedaan is met medisch en algemeen consulent, is een opnamedoelstelling en een behandelingsplan geformuleerd en door het

* Schrijver is als psychiater verbonden aan de PAAZ van het ziekenhuis Overvecht te Utrecht.

echtpaar onderschreven. Cliënte zal worden opgenomen op het opnamecentrum (OC). In dit stadium lijkt individuele begeleiding wenselijker dan behandeling in een groep. Cliënte vult samen met een verpleegkundige een medisch formulier in. De teamarts heeft een gesprekje met haar. Met enige moeite stemt ze in met het voorstel de tot nu toe gebruikte tranquillizers en slaapmedicatie te staken. Zo nodig kan ze de eerste nacht een mogadon vragen. De lichamelijke klachten lijken functioneel en zullen in het milieu aandacht krijgen. Cliënte zal deelnemen aan het afdelingsprogramma en de creatieve en bewegingsgroep volgen. Met beiden is een afspraak gemaakt voor een drietal oriënterende echtpaargesprekken. Daarnaast zal er af en toe een individueel gesprek zijn met een medewerker van het team waar cliënte bij is ingedeeld.

Medewerkers van de milieudienst signaleren dat in de loop van de eerste week het depressieve op de achtergrond raakt. Cliënte wordt angstig en gespannen. Ze vertoont een veel aandachtvragend, steunzoekend, afhankelijk en claimend gedrag. Elke avond komt ze slaapmedicatie vragen. De verpleegkundige van de avonddienst spreekt met de medisch consultant hier een beleid over af. Overdag loopt cliënte ondertussen veelvuldig de afdeling af met de mededeling dat ze met ontslag wil. Door cliënten of medewerkers wordt ze steeds terug gepraat. In een consult met de dagconsultanten (arts en vandaag psychiater) wordt besloten haar niet meer tegen te houden. Van antidepressiva wordt opnieuw afgezien. In de dagelijkse huiskamerzitting wordt ook cliënten uitgelegd en gevraagd haar niet meer tegen te houden of achterna te gaan. De eerstvolgende keer verlaat cliënte de afdeling, zit een poosje beneden in de hal, en keert dan eigener beweging terug.

De bezoeken zijn voor haar man bezoeken. Bij het afscheidnemen klemt cliënte zich letterlijk aan hem vast. Hij raakt aan het eind van zijn latijn, loopt inmiddels in de ziektewet, en blijkt in feite de zwakste schakel te zijn in dit systeem. In de cliëntbespreking wordt besloten de man eveneens een opname voor te stellen. Deze stemt aarzelend in. Beiden zullen in een drietal zittingen van bewegingstherapie aan een echtpaaronderzoek deelnemen. De echtpaargesprekken gaan door. Cliënte zal aan de ontspanningsgroep deelnemen. Als gevolg van het behandelingsprogramma gaan beiden aarzelend experimenteren met zelfstandiger gedrag. De wederzijdse afhankelijkheidsbehoefte wordt ook hun zichtbaar. Ze hebben voor het eerst en voorzichtig een meningsverschil. Ook in het milieu worden ze steviger en directer. Van depressiviteit is steeds minder te merken. Vanuit de cliëntbespreking wordt hun een intake op het behandelingscentrum voorgesteld. De intake vindt 4 weken na opname plaats. Moeder van cliënte, weduwe, wier rol in het evenwicht steeds belangrijker blijkt te zijn, is eveneens aanwezig. De behandeling op het BC wordt nog 7 weken dagklinisch voortgezet. De echtgenoot heeft nog veel hulp nodig en is de opgenomene. De vrouw zal de zorg

voor de kinderen weer op zich nemen. Beiden bezoeken de relatieparengroep, moeder en het echtpaar de systeemgroep. Bij ontslag kijken beide cliënten en medewerkers terug op een geslaagde opname. De psychiater was eenmaal als algemeen consultant in een incident-consult bij de behandeling betrokken. Eén keer als medisch consultant in de avond. De teamconsultant zowel op OC als BC was een klinisch psycholoog.

De PAAZ

Ik heb u een dergelijk opnameverloop geschetst om u een indruk te geven van een werkwijze die niet zo typisch is voor een PAAZ. De PAAZ Overvecht vertoont in opzet en werkwijze een aantal elementen die elk afzonderlijk en tezamen in belangrijke mate afwijken van een gemiddelde PAAZ. Laat ik u de belangrijkste noemen:

naar uitgangspunten:

- het streven twee omstreden hulpverleningsmodellen te integreren: het medisch en het psychosociaal model,
- daarmee een bewuste keuze voor en afhankelijkheid van interdisciplinaire samenwerking,
- kort en intensief behandelen; de gemiddelde opnameduur voor het OC is 28 dagen; voor het behandelingscentrum 47 dagen;

naar vorm:

- vanuit de visie dat probleemgedrag ook of vooral opgeroepen, in stand gehouden of verergerd wordt door een systeem van interpersoonlijke relaties, een zwaar leunen op paren-, gezins- en andere systeembehandeling;
- verregaande democratisering met de erbij behorende delegatie van macht en deling van verantwoordelijkheid;
- uitwerking van het bovenstaande in een behoorlijk tot uitdrukking gekomen therapeutische gemeenschap, met nadruk op groepsbehandeling voor het BC; voor het OC, waar ook acute psychiatrie een opvang heeft, meer nadruk op individuele behandelingsmogelijkheden, waar echter eveneens de uitgangspunten van een therapeutische gemeenschap zoveel mogelijk gehanteerd worden;
- inzet van de specifieke deskundigheid d.m.v. een intern consultatiesysteem;
- teambehandeling;
- wel een CC, geen polikliniek;

naar middelen:

- een afdeling bestaande uit: 50 bedden, 26 'stoelen', op een ziekenhuistotaal van 280 bedden;
- voor een PAAZ een groot aantal en zwaar bezette disciplines: momenteel 3 psychiaters, 3 artsen, 4 klinisch psychologen, 11 A- en B-verpleegkundigen, 32 sociale medewerkers van verschillende achtergrond, 4 creatieve, 2 bewegingstherapeuten (gedeeltelijk part-time), 3 spv-ers.

De psychiater

Wat kunnen zo de ervaringen zijn van een psychiater die zijn werkkring zoekt in een PAAZ van het bovenomschreven karakter? Hij ziet zich voor opgaven van de volgende aard gesteld.

1 — Zich ook te bewegen binnen een hulpverleningsmodel waarin hij niet of nauwelijks is opgeleid. Het is niet meer alleen: welke symptomen of syndromen kan ik herkennen, welke psychodynamiek speelt hier, wat kan ik daarvan uit de levensgeschiedenis begrijpelijk of aannemelijk maken (het medisch model), maar ook: hoe beïnvloeden de leden van dit cliëntsysteem elkaar dat dit probleemgedrag nodig blijkt (het psychosociaal model).

2 — Zich in te passen in een organisatiemodel dat vreemd is aan het, misschien bekritiseerde, maar wel vertrouwde medisch-hiërarchische model. Hij is zeker niet de medisch specialist, althans niet in eerste instantie, ook niet de vanzelfsprekende teamleider. Zijn positie heeft een grondige verschuiving ondergaan: hij stelt niet meer vast — al dan niet nadat de verschillende disciplines hun inbreng hebben gehad —: zo gaan we het doen. Het is een vraag geworden: hoe gaan we het doen? Vaker nog: wat ga je, wat gaan jullie doen (consulent)?

3 — In het verlengde hiervan: geloofwaardig te zijn voor zichzelf en anderen in het afzien van medische macht. Weet hij de huisarts die hem ondanks de organisatiedrempels wist te benaderen met een opnamevraag, te overtuigen dat de beslissing daarover bij de cliënt ligt en verder door een team wordt genomen, waarin hij niet de eerste stem heeft, of van welk team hij mogelijk zelfs geen deel uitmaakt? Wil hij overtuigen? Of gaat hij informele macht aanwenden?

4 — In het verlengde hiervan: verantwoordelijkheid te delen in een mate die door 'buiten' niet begrepen, of overbodig geacht wordt, of zelfs gevaarlijk. Een mate van delen die hem soms doet twifelen.

5 — De grenzen van zijn deskundigheid helder te hebben en voor zover die niet helder zijn, helder te krijgen. In een omgeving die hem impliciet of expliciet ondervraagt over zijn specifieke deskundigheid, maar er ook ongerechtvaardigde verwachtingen over koestert.

6 — Zich verstaanbaar te maken voor vertegenwoordigers van andere disciplines, die zijn taal niet spreken, in een klimaat waar zijn taal niet vanzelfsprekend ingebed is. Soms gewantrouwd, omdat ze de taal is van een discipline die verdacht wordt van etikettenplakkerij en die met die taal medische macht uitoefent.

7 — Ten slotte: met dit alles in zijn koffertje zijn professionele identiteit bewaren, of, als hij net gespecialiseerd is, nog opbouwen.

Het interdisciplinaire team

Een aantal van de bovengenoemde thema's komt regelmatig aan

de orde als gesproken wordt over interdisciplinaire samenwerking. Ik wil ze dan ook wat verder uitwerken, zoveel mogelijk aan de hand van ervaringen met het interdisciplinaire opname- en behandelteam.

Onder welke voorwaarden functioneert het interdisciplinaire team in deze PAAZ? Vele van de in de literatuur genoemde voorwaarden lijken vervuld: de doelstelling staat vast, de wijze waarop in grote trekken eveneens. De horizontale organisatie noodt tot een gelijkwaardig inbrengen en afwegen van deskundigheden, de besluitvorming gebeurt in consensus, de communicatielijnen zijn vele, de verantwoordelijkheden zijn zo duidelijk mogelijk verdeeld, we worden steeds handiger om leemtes daarin op te sporen en vast te leggen. Nagenoeg alle overleg gebeurt in teamverband. Als er geen team is roepen we het gewetensvol in leven. Werkt het in de praktijk? Ik volg de bovengenoemde zeven punten. Overigens merk ik op, dat de weergegeven ervaringen niet anders dan een persoonlijk gekleurd verslag kunnen zijn.

1 — Het hulpverleningsmodel

Is het mogelijk om tegelijkertijd twee verschillende modellen te hanteren, en dan ook nog te mikken op integratie? Echte integratie is theoretisch niet mogelijk. Trimbos pleit dan ook voor coördinatie als het hoogst bereikbare (Trimbos, 1976). Ris en Diederiks (1974) noemen dit het magere samenwerkingsconcept. Zij pleiten voor de alternativiteit van gezichtspunten: iedere keer wordt per geval opnieuw afgewogen welk model de meeste kans op succes biedt, waarbij elk model op zich tot hetzelfde resultaat zal leiden. Zij achten complementariteit soms als niet te vermijden, maar van minder waarde, omdat het effect van de hulpverlening niet is te evalueren. (Een oplossing is complementair aan een andere als zij beide nodig zijn om tot een bepaald resultaat te komen.) Ten slotte wordt door Groffen (1976) respect en sympathie voor elkaars discipline noodzakelijk geacht. Begrip moet niet nagestreefd worden. Echt begrijpen van het vak van de ander is niet mogelijk; dan moet je in dat vak zijn opgeleid. Toch willen begrijpen getuigt dan van gebrek aan waardering en respect voor dat vak.

In de doelstellingen zoals die door deze PAAZ nagestreefd worden is in de formulering impliciet uitgegaan van principiële gelijkwaardigheid van beide modellen: 'Met gebruikmaking van alle reële beschikbare kennis, methoden en middelen uit de medisch-psychiatrische en sociaal-wetenschappelijke wereld de cliënt te leiden en/of te begeleiden' etc. (Blom en Werlemann, 1970). Geen voorkeur dus. Goed voor de cliënt. Een opgave voor het team. Wat geeft de praktijk te zien?

In het verleden van de PAAZ is duidelijk te herkennen dat er een vrij lange fase is geweest van zich afzetten tegen het medisch-psychiatrische denken. Met veel enthousiasme was de aandacht gericht op het relationele, de interacties, het systeem. Er werd weinig gebruik gemaakt van klinische ervaring; psychofarmaco-

logische beïnvloeding werd gewantrouwd. Dat is veranderd en nog steeds aan het veranderen. Inmiddels is gebleken dat klinische ervaring ook zo zijn verdienste heeft. En gebruikmaking van psychofarmaca wil systeeminterventies nog wel eens doen slagen. We zitten middenin een groeiproses. Vertrokken vanuit een situatie waarin het automatisme van de medisch-psychiatrische benadering vervangen was door het automatisme van de psychosociale, verkeren we nu in een situatie dat althans op het opnamecentrum de medisch-psychiatrische inbreng vanzelfsprekender is, de modellen meer gelijkwaardig worden. Soms leidt dit tot een werkelijke alternativiteit, vaak tot complementariteit.

De psychiater zal tussen deze polen zijn plaats moeten zoeken. Geen gemakkelijke opgave. Gezien de modellenstrijd van de laatste jaren een opgave waar de gehele discipline zich voor gesteld ziet. Zolang hij de moed heeft zich niet te beperken tot één van beide is er heel wat van te maken. Hij is weliswaar in een medisch-psychiatrische traditie gevormd, maar heeft zich toch al ingelaten met veel gedragswetenschappelijke theorievorming en vaardigheden.

In de teamsamenwerking kan dit tot de volgende vragen aanleiding geven: Moet de psychiater in de cliëntbespreking aandacht vragen voor de medicamenteuze beïnvloeding van een depressie of een systeembehandeling voorstaan? Of beide? Ondanks de tegenstrijdigheden die dit lijkt op te roepen, komen 'beide' tegenwoordig voor: complementariteit. Wat ook voorkomt is het verschijnsel dat als de psychosociale benadering faalt, uitsluitend geleund gaat worden op een medisch-psychiatrische. De psychiater kan dan degene zijn, die het team attendeert en uitnodigt tot herwaarderen van de systeembenadering. Overigens kan ieder ander teamlid die rol hebben en dit gebeurt ook wel.

Er is ook te leren. De medisch georiënteerden zullen er niet zo gauw aan denken om een systeem medeverantwoordelijk te maken voor het beleid rond een suïcidaal geachte cliënt. De psychiater zal bij een agressieve explosie al gauw denken aan serenase. Maar zo'n explosie heeft nogal eens te maken met systeeminteracties. Denkt hij er aan dat het systeem bij elkaar zetten effectiever kan zijn dan een serenase dosering? Overigens blijken medicatieveranderingen wel degelijk een overlegsituatie te bieden waar het hele team in meedenkt. Psychiater of arts zullen mogelijkheden en onmogelijkheden duidelijk moeten maken. De beslissing daarna is een teamzaak.

De tweede keus van het medisch model blijkt nogal eens uit de moeite die de arts heeft als hij zijn medische informatie kwijt wil, bij voorbeeld de uitslag van een afwijkend EEG. Hierna volgt mogelijk overleg tussen de medisch georiënteerden, en hier blijft ruimte voor te bestaan. De implicaties voor de systeemaanpak zijn vervolgens weer een zaak van teamoverleg. In de nog doorklinkende onderwaardering van het medisch model heeft de psychiater een zinvolle taak. Hij is een schizofreen, die in twee werelden leeft. Weet hij beide werelden in zichzelf te verzoenen, dan

kan hij een belangrijke bijdrage leveren aan de verzoening in zijn omgeving.

2 — Het organisatiemodel

De organisatie is in principe horizontaal georganiseerd. Voor de psychiater betekent dat, dat hij in zo'n organisatie wil werken, of hij wil dat niet. Zo eenvoudig is dat. Zegt hij het wel te willen, maar laat hij in feite wat anders zien dan wordt hij wel op zijn vingers getikt. In het algemeen is men in deze organisatie allergisch voor (medische) verticaliteit; dat kan nog wel eens doorschieten. B.v. wanneer aanspreekbaar-stellen verward wordt met verticaliteit. Zo ben ik in het verleden wel eens autoritair genoemd omdat ik een medewerker vrij duidelijk een door nonchalance veroorzaakte nalatigheid verweet. Daar moet je tegen kunnen. Een ander punt: als de horizontaliteit vergezeld gaat van angst voor verticaliteit, zijn er nadelige effecten waar te nemen. Het team heeft veel macht, maar kan van die macht abdiceren. Een chronisch onder de maat werkende medewerker blijkt voor het team een moeilijke opgave. Hier speelt m.i. angst voor verticaliteit. Het team komt er moeilijk toe het 'ongeschikt' uit te spreken. Ergens moet een individu beginnen door de samenwerking op te zeggen. Soms is dat de psychiater. Dat blijkt dan opluchting te geven, maar het blijft een verdachte rol.

Er zitten voor de psychiater enkele praktische nadelen aan de horizontaliteit. Hij kan niet zonder meer verklaren dat hij dan en dan afwezig zal zijn vanwege een boeiend congres of een te bezoeken workshop. Gelijke monniken, gelijke kappen. Ook medewerkers hebben dergelijke behoeften. Dus moet er een beleid voor dit soort verlangens komen. Zolang dat er niet is, is het team het eerste toetsingsorgaan. Zo is ook het hebben van een eigen kamer een zaak, die alleen op grond van argumenten gerealiseerd kan worden, en geen vanzelfsprekende zaak is. Bij binnenkomen is dat even wennen. Een praktisch probleempje: laat hij zich via de ziekenhuisomroep oproepen als dokter zus en zo, of bij voor- en achternaam, zoals intern gebruikelijk is. Het opbouwen van interprofessionele allianties binnen een horizontale omgeving vergt tenslotte een discussie over salarisverschillen (Osborne, 1975). Een moeilijk onderwerp voor de hoger gesalaricenden. Die discussie is begonnen, maar sluimert momenteel.

Nog iets over horizontaliteit zoals die doorwerkt in de behandel-situatie. Die heeft geleid tot een vorm waarbij de deskundigheid wordt ingebracht d.m.v. een intern consultatiesysteem. De oorspronkelijke gedachte was dat de consultbehoefte geheel aan de medewerker overgelaten zou worden. Om verschillende redenen zijn er nu een aantal verplichte overlegsituaties. Het consult-model bleef echter gehandhaafd. Psychiaters, psychologen en medici zijn dan ook geen formele teamleiders, maar teamconsulenten. In schema:

	algemeen consulent		medisch consulent
dagconsultatie	psycholoog of psychiater	(+)	arts
avond- en nachtconsultatie (telefonisch)	psycholoog of psychiater	(+)	arts
		of:	
		psychiater	
teamconsultatie (cliëntbespreking)	psycholoog of psychiater	+	arts
OC - zonder cliënten			
BC - met cliënten	psycholoog of psychiater		arts (aparte 'lijfspraak')

3 — Macht

Het delen van medische macht kan op verschillende manieren tot uiting komen. Ik noemde al dat medicatiebeslissingen teambeslissingen kunnen zijn. Hetzelfde geldt voor inbewaringstellingen. Naar buiten toe draagt de psychiater de verantwoordelijkheid; naar binnen kan en moet hij die delen met het team. Het opheffen van een ibs bij voorbeeld mag geen mededeling zijn, maar moet een vraag zijn. Het is vaak ook de vraag van het team. Beginnen en eindigen van separeerbehandelingen dienen teambeslissingen te zijn. Bierenbroodspot (1975) noemde al dat argumenten betreffende de juridische aansprakelijkheid wapens kunnen zijn in het sociaalpsychologische krachtenveld. Ik geloof dat we daar ook voorbeelden van hebben. Er gaat een enorme druk uit van een staflid dat de uitspraak doet dat hij voor een bepaalde situatie geen verantwoordelijkheid meer wil dragen. Als dit geïllustreerd wordt met een mogelijke juridische consequentie dan wordt er macht uitgeoefend. Het vergt een voortdurende bewustmaking in hoeverre dergelijke mechanismen zich voordoen en in hoeverre ze op hun plaats zijn. Als de verantwoordelijke *medicus* door een instantie van buiten ter verantwoording wordt geroepen, zoals zich meerdere malen heeft voorgedaan, dan wordt die aansprakelijkheid toch weer een levende consequentie, en als machtsmiddel meteen ook weer een geloofwaardiger wapen. Het krachtenveld zet zich in beweging . . .

In ons consultatiemodel gaan we ervan uit dat psychiater en psycholoog zo'n overlap aan deskundigheid hebben dat zij elk als teamconsulent kunnen functioneren. Waar de overlap ontbreekt roepen zij elkaar in consult. De psychiater die de psycholoog in consult roept is een zeldzaamheid. Het omgekeerde komt wel voor. Beide situaties vormen een gebied waarin rolonduidelikheden, status- en disciplinestrijd hun kansen krijgen (Greiff en McDonald, 1973). De praktijk liet tot voor kort zien dat er in de hele PAAZ geen team te vinden was waar gelijktijdig een psychiater én een psycholoog deel van uitmaakten. Dat is op te vatten als een voorbeeld van interdisciplinair samenwerken dat d.m.v.

het organisatiemodel ontweken wordt. Maar ook kan het getuigen van een eerlijk respect en vertrouwen in de andere discipline. Ten slotte is het op te vatten als een verstandig compromis in een overbodige en onvruchtbare machtsstrijd. Naar mijn mening spelen die drie elementen in wisselende mate mee. Sinds kort zijn er weer twee teams waar én psychiater én psycholoog gelijktijdig aanwezig zijn. Het krachtenveld is in beweging . . .

4 — Verantwoordelijkheid

Verantwoordelijkheid te delen . . . Ik beperk me tot behandelingsverantwoordelijkheid. Verantwoordelijkheid wordt gedeeld met de cliënt, met de individuele medewerker, met het team, met collega-stafleden (consulenten). De mate waarin hangt af van het behandelingsconcept, de kwaliteit van de vormgeving daarvan, de organisatie van de hulpverlening, de beschikbaarheid van deskundigheid. Intern is dat allemaal te regelen en vorm te geven. Ik noem steekwoorden als: therapeutisch milieu, horizontaal, teambehandeling, consultmodel. Wat vanuit de psychiater gezien het delen van verantwoordelijkheid tegenwerkt, is de persoonlijk-bepaalde neiging zich verantwoordelijk te voelen, de vertrouwde gewenning aan medisch-psychiatrische verantwoordelijkheidsverdeling, maar vooral de druk van 'buiten', die op ieder moment voelbaar kan worden: officier, inspectie, huisartsen, politie.

Hierin zijn twee verantwoordelijkheidslijnen te herkennen, die elkaar storend beïnvloeden. In onze opvattingen behoort de verantwoordelijkheid gedragen te worden in de situatie waarin het werk gedaan wordt. De hulpverlening behoort zo georganiseerd te worden dat de benodigde deskundigheid beschikbaar is. We vragen van de medewerker dat hij de verantwoordelijkheid deelt met het team, van het team vragen we te delen met de consulent: arts, psycholoog, psychiater. Dit is een lijn die bepaald wordt door beschikbaarheid van deskundigheid: de eerste lijn. De tweede lijn loopt van buiten naar binnen en in omgekeerde richting: de psychiater deelt met artsen en psychologen, deze met het team, dit tenslotte met de medewerker. Een lijn die bepaald wordt door aansprakelijkheidsstelling. De psychiater is hier de medisch specialist, die ter verantwoording geroepen kan worden, minstens over de wijze waarop hij de verantwoordelijkheid gedeeld heeft. Terwille van de tijd kan ik de storende invloed van de laatste op de eerste lijn niet systematisch uitwerken. Ik noem een aantal situaties: Een medewerker kan nog zo deskundig zijn, maar maakt hij een fatale beoordelingsfout — die de psychiater in dezelfde omstandigheden ook had kunnen maken — dan hangt hij. De psychiater kan zich vanuit zijn professionele status een beoordelingsfout permitteren, meer dan de medewerker, de 'non-professional' of 'para-professional', die hierin zwaarder beoordeeld zal worden.

Is het mogelijk verantwoordelijk te zijn en de cliënt niet gezien te hebben? In onze ervaring wel. Iedere keer ben ik opnieuw verbaasd welke uitermate moeilijke situaties teamleden weten te

hanteren met consultatieve steun. Toch: als er iets fout gaat zal de psychiater de vraag krijgen of hij de patiënt zelf gezien heeft. In deze PAAZ is dat heel vaak niet zo. De psychiater neemt daarvoor verantwoordelijkheid. De talloze malen dat dat succesvol werkt lijken echter niet die ene mislukking te relativiseren. Dat is wrang. De 'eerste lijn' kan daardoor op de tocht komen te staan. Het is als met een goedlopende auto, die een lekke band heeft opgelopen en waarvan gezegd gaat worden dat de motor niet deugt.

Vooral op het behandelingscentrum met zijn overwegend psychosociale problematiek zouden we graag de strikt medische verantwoordelijkheid meer bij de cliënt laten. Maar we werken in een medische setting; dus de medische verantwoordelijkheid moet vorm gegeven worden, ook waar de cliënt daar misschien niet zo'n behoefte aan heeft. Samenvattend: de psychiater blijft voortdurend waakzaam. Hij heeft een positie gekozen, waarop hij enerzijds meer verantwoordelijkheid in de situatie heeft gelaten, en die anderzijds door de van buiten gevraagde medische verticaliteit op elk moment aangevochten kan worden.

5 – Deskundigheid

De grenzen van zijn deskundigheid helder hebben . . . Ik heb het hier over moeilijk te definiëren situaties: teamleden die een consult vragen bij de dagconsulent, die vandaag een psychiater is. Is het toevallig dat juist vandaag geconsulteerd wordt? Het lijkt een vastgelopen, zeg psychosociale, systeembehandeling, maar het wordt niet als zodanig gepresenteerd. Op de een of andere manier is de verwachting merkbaar dat door het consult zich een heel nieuw perspectief zal openen. Is dat zo, of is dat een projectie van de psychiater? Al overlegend ontstaat echter ook nu geen nieuw perspectief. De psychiater heeft een aantal overwegingen en keuzes: hij kan beargumenteren waarom naar een langdurige behandeling elders gewerkt moet worden. Hij kan beargumenteren waarom nu en welke medicatie noodzakelijk is. Hij kan beargumenteren waarom de systeembehandeling even moet blijven rusten en gebouwd moet worden op een intensief individueel gesprekscontact. Misschien is hij ervan overtuigd dat wat zijn deskundigheid betreft een van de drie genoemde mogelijkheden de voorkeur verdient. Het kunnen echter even zovele camouflages zijn voor: ik weet het ook niet. Wil hij dat zeggen? In mijn ervaring bevordert zo'n uitspraak, waar die op zijn plaats is, in hoge mate het interdisciplinair zoeken naar een bevredigende, door het team gedragen aanpak.

Wat de psychiater zo over zijn deskundigheid van teamleden terughooft is dat hij breed-denkend is, dat hij niet alleen belangstelling heeft voor het hoe, maar ook voor het waarom. Dat hij meer zoekt naar wat ontbreekt er, dan dat hij zoekt naar wat er voor positiefs is, waar op te bouwen is. Dat hij ervaring heeft met psychiatrische beelden, met psychosomatiek en natuurlijk dat hij verstand heeft van psychofarmaca. En dat een en ander vooral

aan zijn persoon gebonden is, maar óók dat de discipline te herkennen is.

Ik heb bij mijzelf gemerkt dat 'klinische ervaring' een begrip is dat omlijning vraagt. Ik wil dat niet al te zeer uitwerken. Feit is dat ik toch niet kan laten om óók nosologisch te denken. In een omgeving waar hoofdzakelijk probleemdiagnoses gesteld worden en dan nog weer vaak in relationele termen, wordt het belangrijk om voor mezelf duidelijk te maken wat de waarde is van nosologische diagnostiek. Dat is een heel eind duidelijk te krijgen, zelfs met het systeemdenken bij de hand. Men denke aan de opvattingen over schizofrenie als uitkomst van gezinsinteracties en gezinsverhoudingen. Maar ook dan zegt die diagnose iets over sterke en vooral de zwakke kanten, over beïnvloedbaarheid, over een genetisch bepaald substraat, waarop omgevingsinvloeden mischien zo ingewerkt hebben dat dit substraat intrinsiek veranderd is, en het zegt iets over prognose. Tot je je realiseert dat de diagnose niet af te grenzen is en dat de therapeutische mogelijkheden sowieso een lange adem vergen, of het nu in een systeembenadering of in een medisch-psychiatrische benadering gezocht wordt. Dus de diagnostiek laten varen? Maar je treft toch mensen aan, al dan niet in een systeem, die zo bekneld en verscheurd zijn, dat klinische ervaring leert dat het onmogelijke gevraagd wordt van de hulpverlener. Een probleemdiagnose of een blanco-systeembenadering zullen dan de cliënt tekort doen. Maar psychofarmaca accepteren ook het tekort. Dus toch maar bouwen op systeemtherapie? Maar we werken kort en intensief, dus . . .

Als psychiater voel je je dan uitgedaagd om een antwoord te zoeken. Ik zelf laat me daarbij leiden door de vraag: welke praktische consequenties zijn er te trekken uit mijn klinische diagnose. Zijn die er niet dan houd ik het op een probleemdiagnose. Praktische consequenties hangen af van behandelingsmogelijkheden. Die krijgen dan grote invloed op het soort diagnose dat bedreven wordt. En zo hoort het ook.

6 — Taal

Zich verstaanbaar te maken . . . Onder de taal van een discipline is niet alleen het binnen de discipline gangbare woordgebruik verstaan, maar het geheel van theorievorming, methodiek, concepten, regels etc. Zolang de verschillende disciplines in dat opzicht geen gemeenschappelijke taal hebben, is het in de interdisciplinaire samenwerking behelpen. Omwille van de tijd wil ik me toch beperken tot de gangbaarheid van het woordgebruik.

Psychiatrische taal is hier geen pasmunt. Dat levert wonderlijke ervaringen op. Zo is het voorgekomen dat in een cliëntbespreking teamleden een enorme stroom informatie inbrachten betreffende een cliënte, die door haar gedrag het team behoorlijk wat moeilijkheden opleverde. Ik had me inmiddels een beeld gevormd van wat er in de interactie waarschijnlijk aan de hand was en zat wat te broeden op beleidsconsequenties, want de tijd is beperkt. Ik vroeg een ervaren verpleegkundige of hij vond dat cliënte

zich hysterisch gedroeg. Het antwoord was: 'Reken maar; zo hysterisch heb ik in tijden niet meer gezien.' Dat geeft dan toch even opluchting — je voelt je weer even thuis. Overigens schept zo'n term dan wel de verplichting uit te leggen wat je onder histerie verstaat. Dat kan de tolerantie van een team behoorlijk verhogen, de psychiater de lacunes in zijn concepten duidelijk maken, en versneld tot gemeenschappelijk bedachte en gedragen beleidsconsequenties leiden.

Een andere situatie: een tijdlang is er een sterke neiging geweest om het woord psychose te vervangen door verwardheid. Dat levert minstens het voordeel dat met de cliënt in begrijpelijke terminologie te praten is over zijn gedrag. Toch ben je daarmee niet uit de moeilijkheden. De verwardheid van de schizofreen is immers een andere dan de verwardheid van de geëmotioneerde echtgenoot die de situatie met zijn vrouw niet meer aankan. In een teamconsultatie vraag ik dan toch: wat doet hij dan? Vervolgens trek ik voor mezelf al dan niet de conclusie: psychotisch. Met het team praat ik dan over psychotische verwardheid, waarna een nieuwsgierig teamlid me vraagt wat ik onder psychose versta. De eerste keer werd ik me bewust dat ik me daar nooit zo'n expliciete mening over gevormd had. Dat bevordert opnieuw de helderheid van je taalgebruik. En dwingt tot verstaanbaarheid. Zo zijn er meer voorbeelden te noemen die andere woorden of begrippen betreffen. Wat ik hiermee zeggen wil is dat taalverschillen onvermijdelijk zijn en zeker het interdisciplinair samenwerken bemoeilijken. Zeker is dat waar verschillende = meerdere 'talen' gesproken worden differentiëring en verrijking mogelijk wordt. De praktijk leert dat er mee te werken valt. De samenwerking loopt zo slecht nog niet.

7 — Identiteit

Ook hier moet ik uiterst summier zijn. Ik heb hier en daar al laten merken hoe identiteitsproblemen in deze PAAZ dicht op het psychiatrische lijf komen. De vertrouwde medische organisatie ontbreekt, dat biedt dus al geen steun. Het werken met twee modellen maakt het hem niet gemakkelijk. Afgezien daarvan is het medische model er een waar de gehele discipline zich al niet in thuis lijkt te voelen. Systeembehandeling is nou ook niet een typisch psychiatrische bezigheid. Deze PAAZ dwingt de psychiater zich bezig te houden met hoe hij zijn professioneel handelen wil waarderen en wat dat handelen precies inhoudt. Een zich terugtrekken op een van beide polen is hier niet mogelijk. Dat zou wel duidelijkheid scheppen, maar het werk leert hem dat dat een reductie zou inhouden die hem op de ene pool tot medisch ingenieur dreigt te maken, op de andere pool tot psychosociaal deskundige waarbij hij het psychiater-zijn maar beter kan vergeten. Voorlopig lees ik dus het Tijdschrift voor Psychiatrie en het Tijdschrift voor Psychotherapie (en nog een paar tijdschriften). In het eerste lees ik dat ik systeembehandeling maar niet meer moet noemen (Van Tilburg en Keuning, 1976). In het twee-

de lees ik dat psychotherapie óók medisch is (Van Dijk, 1976). Overigens zijn in beide artikelen psychiaters aan het woord. Dat stimuleert weer het zoeken van een eigen antwoord. Dat kan ik u overigens nog niet geven.

Ten slotte

In het voorgaande heb ik u een persoonlijk gekleurde indruk proberen te geven van de mogelijkheden van interdisciplinair samenwerken en in het bijzonder de rol van de psychiater. Ondanks vele en al bekende moeilijkheden wil ik nog eens op een rijtje zetten wat in mijn ervaring de mogelijkheden zijn:

— Met het gelijkwaardig willen handhaven van twee verschillende modellen hebben we het ons niet gemakkelijk gemaakt. Het betekent een spanningsveld waarin desondanks en dankzij dat veld, de praktijk naar onze indruk resultaten te zien geeft die alleen interdisciplinair tot stand konden komen. Bevredigend genoeg om onze werkwijze te rechtvaardigen. Het zo moeilijke effect- en follow-up-onderzoek zal die pretentie moeten bevestigen.

Ondanks een op verschillende vlakken herkenbare status- en disciplinestrijd is de oriëntatie op het werk gehandhaafd gebleven. Veel hangt af van de onderlinge verhoudingen en de bewaking daarvan. Er is veel kritiek mogelijk. Toch kunnen we, ondanks de theoretische onmogelijkheden wijzen op veel vruchtbare samenwerking.

— Ondanks vervaging van rol en verlies van status is er een taak voor de psychiater. Er schiet me een bruikbare term te binnen: *liaisonpsychiatrie*. Veel hangt af van zijn persoon en de bereidheid te leven met een aantal onzekerheden en onduidelijkheden. Die echter óók een uitdaging zijn.

— Werkelijk horizontaal organiseren is een onbereikbaar ideaal. Werkelijk interdisciplinair samenwerken is honsmoeilijk. Maar er zit nog steeds groei in deze PAAZ en hiermee bedoel ik niet het aantal bedden.

— Het getuigt misschien van een wat al te enthousiaste toewijding, maar het doet je goed als een cliënt de uitspraak doet: 'Als ik een vriend had die goed in de problemen zat dan zou ik hem bij zijn haren naar de PAAZ slepen.' U hebt inmiddels begrepen dat er in onze opvattingen dan een cliëntstelsel aankomt. Dat stelsel gaan we interdisciplinair behandelen.

Literatuur

- Bierenbroodspot, P. (1975), Veranderend Santpoort — in de wijze van samenwerken (het behandelteam), *Tijdschr. voor Psychiatrie* 17, 333-337.
- Blom, J. en E. Werlemann (1970), *Nota over een ontwerp van de psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis (P.A.A.Z.) van het ziekenhuis St. Joannes de Deo*, Utrecht Overvecht (niet gepubliceerd).
- Dijk, W. K. van (1976), Psychotherapie en medische discipline, *Tijdschrift voor Psychotherapie* 2, 111-124.

- Greiff, S. A. en R. D. McDonald (1973), Role Relationships between Non-physician Treatment Team Leaders and Team Psychiatrists, *Comm. Ment. Health Journ.* 9, 378- 387.
- Groffen, W. (1973), Subdisciplinaire verstandhouding. In: *Hulpverlenen en Veranderen*, Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Osborne, O. H. (1975), Issues in Achieving Effective Professional Alliances. *Hosp. & Comm. Psychiatry* 26, 207-213.
- Ris, B. G. M. en J. P. M. Diederiks (1973), Een kritische analyse van interdisciplinaire samenwerking in de hulpverlening. In: *Hulpverlenen en Veranderen*, Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Tilburg, W. van en D. Keuning (1976), Systeembenadering en klinische psychiatrie, *Tijdschr. v. Psychiatrie* 18, 471-482.
- Trimbos, K. (1976), Integrale geneeskunde (na 20 jaar), *Maandblad Geest. Volksgez.* 31, 64-72.