

Samenvatting van de discussie

door H. Siegelaar en G. Tak

Smits vraagt hoe de uitgangspunten van de therapeutische gemeenschap en systeembehandeling hier gecombineerd worden met de dwang die uitgeoefend wordt bij een in bewaring gestelde. Zijn hier methodes voor ontwikkeld?

Antw.: Cliënten met een i.b.s. worden op het Opnamecentrum (OC) opgenomen. De T.G.-principes zijn het meest van toepassing op het Behandelingscentrum (BC). Medewerkers van het OC zijn alert op systeembeïnvloeding en geven waar mogelijk daar vorm aan.

Van Meerloo vestigt de aandacht op zijn Amerikaanse ervaringen waarbij men naar het systeem ging i.p.v. het systeem naar de kliniek te laten komen.

Immers vraagt of er intake-criteria zijn betreffende de beïnvloedbaarheid van een cliëntsysteem.

Antw.: Deze is voornamelijk afhankelijk van de deskundigheid van de medewerker. In trainingen wordt hier voortdurend aandacht aan besteed. Cliëntsysteembehandeling is niet aan leeftijd gebonden. Het is overigens niet zo dat als een systeem niet mee wil werken dat we een individu dan een behandelingsaanbod onthouden.

Lit merkt op, dat de systeemtheorie ook aandacht heeft voor de biologische basis van het bestaan en zich niet beperkt tot wat zich tussen mensen afspeelt. Daarmee is de tegenstelling tussen medisch en sociaal model opgeheven.

Antw.: Desondanks doen zich problemen voor. De arts die b.v. de cliënt (die ook in systeembehandeling is) een antidepressivum voorschrijft, behandelt een sub-systeem, maar vormt met de cliënt een nieuw systeem. De kans bestaat dat de cliënt zijn heil uitsluitend verwacht van het medicament, of van de arts. In de systeembehandeling zal veel nadruk liggen op interactioneel gedrag en de eigen verantwoordelijkheid daarin. Het is belangrijk om deze tegengestelde invloeden te bewaken.

Er wordt gevraagd of met deze benadering opname nog wel nodig is.

Antw.: Als er in Nederland instituten zouden komen die ambulantly met systeembehandeling zouden werken, en waar men zonder wachtlijst 3 x, 2 x of 1 x per week in behandeling zou kunnen

komen, dan zou waarschijnlijk een aanzienlijk deel van het BC kunnen sluiten. Voor het OC met meer acuut psychiatrische problematiek, ligt dat minder duidelijk.

Hiernaar gevraagd wordt duidelijk gemaakt dat het BC helaas weinig cliënten krijgt en bereikt uit de sociaal-economisch lagere klassen. Het OC geeft veel meer een dwarsdoorsnede van de gemiddelde bevolkingssamenstelling te zien.

Een medewerker van een PAAZ uit Roermond vraagt zich af hoe hier een diagnostisch-therapeutisch plan gemaakt wordt. Zij gebruiken een 5 dagen durende onderzoeksperiode.

Antw.: Zowel op OC als BC wordt in de intake een globale behandelingsdoelstelling geformuleerd. Diagnostiek vatten we op als een proces. Tussen therapieën, milieu en cliëntbespreking vindt een voortdurende wisselwerking plaats waarin bijsturing mogelijk is. Doelstellingen kunnen tijdens de opname dan ook veranderen. *Soons* wil graag weten welke waarde we aan medicamenteuze behandeling toekennen.

Antw.: Op het BC worden bij opname meestal de psychofarmaca gestopt om optimaal gebruik te kunnen maken van de psychosociale beïnvloeding. Soms wordt wel nachtmedicatie verstrekt. Eén maal per week komt de arts in de groep waar de cliënt deel van uitmaakt: de 'lijfspraak', waarin somatische, psychosomatische en andere klachten ter sprake kunnen komen. In onderling overleg worden al dan niet medische maatregelen genomen. De arts screent iedere cliënt bij binnenkomst en heeft verder spreekuur. Op het OC wordt meer gebruik gemaakt van psychofarmaca, maar ook daar bij een bescheiden aantal cliënten.

Verschillenden (*Boom, Soons, Jacobs*) vragen naar kwantitatieve gegevens.

Antw.: De verpleegprijs bedraagt f 348,— per dag, dagbehandeling f 368,— per dag (wat in feite goedkoper is, omdat slechts 5 dagen per week worden berekend). In de verpleegprijs zijn verdisconteerd de hoge lasten van een nieuw gebouw, de korte opnameduur, de intensieve behandeling. Het BC verwijst 10% naar langdurige klinische behandeling, het OC 5%. Een 5% wordt heropgenomen. Dit betreft ruwe schattingen. Overigens menen we dat we weliswaar in een bevoorrechte positie verkeren wat betreft het aantal medewerkers, maar dichter bij wat eigenlijk nodig is. We hopen een precedent te zijn voor ontwikkelingen in deze richting.

Polak vraagt zich af of de cliëntbesprekingen in aanwezigheid van cliënten en openheid van dossiers geen beperking geeft van je therapeutische mogelijkheden.

Antw.: We begonnen met dezelfde gevoelens als u. In de praktijk blijkt echter dat er weinig is wat niet met de cliënt is te delen. Overigens vinden de cliëntbesprekingen op het OC nog buiten aanwezigheid van cliënten plaats. Informatie die niet geredigeerd is op kennisname door de cliënt, en met name informatie van buiten, komt in een gesloten dossier. Steeds opnieuw is gebleken dat een stap naar meer openheid en meer verantwoordelijkheid

bij de cliënt (bij voorbeeld van waakdienst naar slaapdienst op het BC), begeleid wordt door angsten van vooral medewerkers t.a.v. wat cliënten aankunnen. Angsten die in de realiteit niet bevestigd werden. Ter voorkoming van misverstand: expliciteren van deel-strategieën kan die strategie ontkrachten. Wij propageren dat zeker niet, maar ook in 'besloten' dossiers is die informatie veelal niet te vinden.

Beyaert vraagt: Hoe worden medewerkers in deze horizontale organisatie beoordeeld?

Antw.: In interviews en evaluaties door het team. Wordt de samenwerking opgezegd, dan kan het hoofd personeelszaken hier tegen beroep aantekenen.

Jacobs proeft in de drie voordrachten toch een huiver voor macht. Hij kan zich voorstellen dat macht die onderbouwd is door vertrouwen toch heel goed bruikbaar kan zijn in dit model. Hij brengt de hoop tot uitdrukking dat allen die bij de psychiatrische opleiding betrokken zijn er degelijk over willen denken of de hier geïmplementeerde denkwijzen tot onderdeel van de psychiatrische opleiding kunnen worden.