

Segregatie of integratie?

Enige kritische kanttekeningen met betrekking tot de terreinafbakening binnen de geestelijke gezondheidszorg

door *M. M. W. Richartz*

Motto:

'Het stroomgebied is oneindig verbreed. Of – ik vraag het met de grootste bezorgdheid – is de psychiatrie buiten haar oevers getreden, overstroomt zij gebieden waar zij niet behoort, terwijl haar eigen domein langzaam maar zeker droog komt te liggen?' (Rümke, 1954).

Inleiding

Mijn kanttekeningen zullen zeker niet vrij zijn van een persoonlijke kleuring. Deze wordt bepaald door de praktische ervaringen, die ik als psychiater heb opgedaan in twee landen, die weliswaar aan elkaar grenzen en een stuk van de wetenschappelijke traditie van de psychiatrie met elkaar gedeeld hebben, maar waarin de zorgsystemen intussen grote verschillen vertonen.

Hoewel opgegroeid in Nederland, heb ik mijn opleiding tot medicus en psychiater in de Bondsrepubliek Duitsland genoten. Bijna vier jaar ben ik inmiddels terug in Nederland en voor het eerst hier als psychiater werkzaam. Door bijzondere omstandigheden was ik tijdens deze periode werkzaam zowel in een S.G.G.Z. als in een psychiatrisch centrum. Daardoor werd ik een pendelaar tussen twee zorgsystemen en behandelingsculturen.

Ik hoop in staat te zijn een al te eenzijdig beeld van de situatie te voorkomen met behulp van de kennis die ik omtrent de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg al kon vergaren tijdens mijn werkzaamheden aan de Medische Hogeschool te Hannover. Deze kennis heb ik te danken aan regelmatige, deels vrij intensieve contacten, die ik sinds 1969 heb gelegd met enige Nederlandse psychiaters, hulpverleners en GGZ-instellingen en die haar neerslag gevonden heeft in enige Duitse publikaties (Richartz 1971, 1979 en Richartz et al. 1975).

De psychiatrische gezondheidszorg in West-Duitsland

De kritische kanttekeningen die ik in het verdere vervolg zal pogen te formuleren, kunnen misschien juist tegen mijn persoonlijke achtergrond een bijdrage leveren tot een verheldering van de huidige

situatie binnen de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg in Nederland.

Juist omdat het schijnbaar zo vanzelfsprekend gegroeide, door mijn overgang van de ene naar de andere behandelings- en hulpverleningscultuur, niet helemaal zo vanzelfsprekend blijkt te zijn. Tijdens mijn activiteiten als psychiater in Duitsland, was het voor mij evident dat de geestelijke gezondheidszorg in Nederland een peil bereikt had dat ver boven de psychiatrische gezondheidszorg in West-Duitsland stond.

Kritiek op en heroriëntatie van de psychiatrische gezondheidszorg zoals deze daar aan het eind van de zestiger jaren tegen vele weerstanden in op gang kwam, gestimuleerd door kritische impulsen vanuit de studentenbeweging, moesten in West-Duitsland nog gericht worden op de *beschamende en verwaarloosde verhoudingen*, zoals deze in de nog in hoge mate buitensluitende, stigmatiserende en eenzijdig biologisch georiënteerde klinisch-psychiatrische en ambulante zorg overheersten.

In die tijd groeide het besef dat deze beschamende verhoudingen – gekenmerkt door een besloten klinische-psychiatrisch zorgsysteem in inrichtingen, van soms 2000 en meer bedden, en veelal ver van de woonplaats van de patiënten afgelegen – een gevolg waren van de maatschappelijke, culturele en wetenschappelijke achteruitgang en menselijke destructie, die twaalf jaar fascistische overheersing teweeg hadden gebracht.

Naast de structurele verstarring en de vervolging van minderheden had ook een exodus van vooral psychodynamisch georiënteerde psychiaters en psychotherapeuten plaatsgevonden, met als gevolg, dat ook in de universiteitspsychiatrie een verstarde, op een eenzijdig nosologisch en neuropsychiatrisch denken gerichte geestelijke gezondheidszorg overheerste (Dörner, 1969; Richartz en Bauer, 1970; Güse en Schmacke, 1976).

Wel hebben de antropologische fenomenologie en psychopathologie, zoals deze o.a. in Heidelberg invloed en traditie hadden, een sociaal-psychiatrische en ook praktische herbezinning van het denken over humanisering van de psychiatrische gezondheidszorg voorbereid. Jarenlang echter stond ook deze fenomenologie – die de ontmoeting en het begrijpen van de menselijke situatie vanuit de inter-subjectiviteit centraal stelt – ver van de praktijk af en leidde een vrijwel theoretisch bestaan. De na 1945 naar Duitsland en Oostenrijk terugkerende psychoanalyse, die geleidelijk aan tegen de verdrukking in ook aan de universiteiten een kans kreeg, bleek als kritische leerschool essentieel te zijn, maar haar plaats binnen de praktische geestelijke gezondheidszorg bleef overwegend exclusief en esoterisch.

Het is begrijpelijk, dat onder deze omstandigheden voor diegenen die ook de *praxis* wilden veranderen, het veel eenvoudiger was te onderkennen wat belangrijk en minder belangrijk is voor de herintegratie van de psychiatrische zorg in de gemeenschap. De tegenstanders waren gemakkelijker te herkennen dan in het geval van de meer complexe en verder voortgeschreden Nederlandse situatie.

De meer ontwikkelde en complexe situatie in Nederland

Het hogere ontwikkelingsniveau van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland – en daarmee ook datgene dat kritisch beschouwd kan worden als 'de remmende kracht van de voorsprong' – wordt gekenmerkt door feiten, die ik met de volgende trefwoorden wil omschrijven:

- een verregaande integratie van de psychiatrische zorg in het omvattende systeem van de geestelijke gezondheidszorg;
- een zo goed als afgerond proces van noodzakelijke differentiatie tussen bijvoorbeeld psychiatrische, forensisch-psychiatrische, kinder- en jeugdpsychiatrische en zwakzinnigenzorg, terwijl ook reeds andere zinvolle differentiatieprocessen op gang gekomen zijn, bijvoorbeeld wat betreft de psycho-geriatrie, de zorg voor verslaafden, enz.;
- het ontstaan van een rijk geschakeerd systeem van ambulante geestelijke gezondheidszorg, met de integratie van verschillende diensten voor psycho-sociale hulpverlening binnen één instelling;
- het ontstaan van semi-murale voorzieningen, zoals sluisinternaten, pensionatehuizen en dagactiveringsfaciliteiten;
- de participatie aan de psychotherapie door niet-medische hulpverleners en het ontstaan van multi-disciplinaire opleidingsmogelijkheden voor psychotherapie op basis van verschillende methodieken;
- de in vergelijking met andere Europese landen relatief grote tolerantie van de bevolking ten opzichte van gedrag en levensgewoontes van minderheden en de onder andere ook daarmee in verband staande
- kwantitatieve vermindering van de onvrijwillige psychiatrische opname; het in vergelijking opener behandelingsklimaat in psychiatrische inrichtingen en de eveneens verder voortgeschreden humanisering van de leef- en woonomstandigheden van mensen, die langdurig in inrichtingen verblijven;
- de op gang gekomen participatie en inspraak van cliënten/patiënten en niet-professionelen bij en in het functioneren van het behandelings- en hulpverleningssysteem;
- de verschuiving van de hulpverleningsmethodieken van de individuele, geïsoleerde en psychopathologisch beschreven patiënt naar het cliëntensysteem, waardoor de probleemoriëntatie en de aandacht voor de 'gezonde' kanten duidelijk verbeterden.

De nog te weinig op de behoeften van de eerste lijn gerichte geestelijke gezondheid

De zoëven genoemde elementen, die het peil, maar evenzeer de huidige belemmeringen in de geestelijke gezondheidszorg in Nederland bepalen vinden echter nog onvoldoende aansluiting bij de – eveneens in Nederland in hoge mate ontwikkelde – basisvoorzieningen van de 1e lijn. Hierdoor worden kansen gemist voor een hechte integratie van de psycho-sociale en psychiatrische zorg, niet

alleen in de samenleving in de meer algemene betekenis van het woord, maar heel *concreet in de gemeenschap*, dat wil zeggen in de woon-, leef- en werkomgeving van de cliënten.

Hoewel de positie van de huisarts en zijn door een eigen traditie gegroeide gezinsoriëntatie sterker zijn dan in vrijwel ieder ander westers land en de paramedische en sociale voorzieningen in de 1e lijn bijzonder ver ontwikkeld zijn, ligt de psycho-sociale en psychiatrische zorg relatief slecht verankerd in de 1e lijn. Deze zorg is zo zeer domein van de 2e en 3e lijn, dat veeleer een psychiatrisering c.q. psychologisering van de gemeenschap en de samenleving als zodanig dreigt (F. Castel, 1979), dan dat op een zinvolle wijze gepoogd wordt psychiatrische deskundigheid buiten een strikt professionele setting dienstbaar te maken aan de basale hulpverlening van de 1e lijn.

Echelonnering, een functioneel ordeningsprincipe óf afgrenzing van verschillende behandelingsculturen?

Het ligt om historische redenen voor de hand, dat men in Nederland als eerste stap op weg naar een regionalisatie pogde de deels gegroeide, deels gewoekerde lappendeken van GGZ-voorzieningen te ordenen.

Dit gebeurde door fusies aan te gaan tussen instellingen met een vergelijkbare taakstelling binnen een regio (ontstaan van RIAG's). Dat zulke fusies een noodzakelijke stap vormen alvorens werkelijk sprake kan zijn van een echte regionalisatie en een taakgerichte verkaveling van de geestelijke gezondheidszorg, ligt eveneens voor de hand. Toch ben ik van mening, naar aanleiding van mijn observaties gedurende de afgelopen drie jaar, enige grond te hebben voor de vrees, dat de echelonneringsgedachte niet uitsluitend staat voor een zinvol regionaliserings-concept, maar dat daarachter nog steeds zeer veel particularistische belangen schuil gaan, die te maken hebben met het oude zuilensysteem.

Soms krijg ik de indruk dat door de poging de algemene somatische en de geestelijke gezondheidszorg in lijnen te verkavelen, *de grens tussen de verschillende lijnen* nog hermetischer geworden is en er van de verbinding van ambulante geestelijke gezondheidszorg met de psychiatrisch-klinische zorg tot een gemeenschappelijke 2e lijn – zoals aangeduid in het schema uit de Structuurnota Gezondheidszorg van 1974 – zo goed als niets terecht gekomen is.

In feite bestaan er drie lijnen óf – nog scherper geformuleerd – twee verschillende zorgsystemen in de 2e lijn.

Verwijspatronen en hun wetmatigheid

Ik kan mij voorstellen dat, vanuit de 1e lijn gezien, er een duidelijke ratio, dat wil zeggen een functioneel zinvolle categorale differentiatie bestaat tussen bijvoorbeeld de sociaal-pedagogische zorg enerzijds en de psychiatrische, c.q. geestelijke gezondheidszorg anderzijds.

Alleen in bepaalde grensgevallen, wanneer problemen vanuit verschillende dimensies elkaar overlappen, zal er bij de huisarts wel eens onduidelijkheid kunnen ontstaan over de vraag met welke diensten hij een samenwerking aangaat respectievelijk naar welke diensten hij verwijst.

Deze onduidelijkheid zal dan echter alleen maar voortkomen uit de nog niet afgesloten probleemidentificatie, maar wijkt in principe niet af van andere moeilijke beslissingen omtrent de keuze welke specialistische hulp ingeschakeld dient te worden. Volslagen andere problemen ontstaan mijns inziens echter als de huisarts, of een medewerker van het algemeen maatschappelijk werk, bij één van zijn patiënten/cliënten gaat kiezen voor samenwerking met en verwijzing naar óf een dienst van de AGGZ óf een psychiatrische instelling. Kiest hij in het geval van een partner-relatieconflict voor een bureau voor levens- en gezinsmoeilijkheden, dan kan daarin zeker nog een duidelijke ratio en een specificiteit gezien worden.

Moeilijker wordt het echter als hij bij patiënten/cliënten met complexere psycho-sociale moeilijkheden – bijvoorbeeld ernstige functionele klachten, neurotische moeilijkheden of psychotische decompensaties – voor de vraag gesteld wordt welke instelling hij voor de hulpverlening het meest adequaat vindt.

Dan zijn naar mijn ervaring meer informele beslissingsprocessen in het geding. Deze hangen af van min of meer toevallig gegroeide conventies, van onbewust verlopende selectieve indelingen van patiëntenpopulaties, van persoonlijke voorkeur en van niet altijd rationeel onderbouwde percepties van dat wat psychiatrische zorg in de engere, en geestelijke gezondheidszorg in bredere zin is.

Hoewel deze samenwerkingsverbanden rondom het reguleren van de 'patiëntenstromen' zeer informeel, dat wil zeggen weinig geoperationaliseerd zijn, geloof ik niet dat zij volkomen willekeurig of door het toeval bepaald zijn.

Ik veronderstel – dit is zeker een hypothese die te toetsen valt – dat men in de gegroeide verwijssattituden, zou men ze als een collectief fenomeen onderzoeken, een wetmatigheid te zien zou krijgen.

De hier aan de orde gestelde onduidelijkheid met betrekking tot de verwijsspatronen en samenwerkingsverbanden kan niet herleid worden tot een gebrek aan kwalificatie en daarmee tot pure vooroordelen van de individuele werkers in de 1e lijn. De oorzaak ligt mijns inziens in de eerste plaats aan de omstandigheid, dat er feitelijk twee heel verschillende psycho-sociale en psychiatrische zorgsystemen zijn ontstaan, die ten opzichte van de therapeutische belangen van tenminste een belangrijke kerngroep van patiënten/cliënten – de zogenaamde 'psychiatrische patiënten' – tot op heden ontoereikend met elkaar geïntegreerd zijn.

Deze, voor Nederland typerende realiteit van *twee onafhankelijk van elkaar gegroeide zorgsystemen*, lijkt mij één van de belangrijkste oorzaken ervan te zijn, dat ook in Nederland de centrale problemen rondom de verbetering van de psychiatrische zorg evenmin zijn opgelost als in landen, die ten opzichte van de ontwikkeling van de voorzieningen van de algemene geestelijke gezondheids-

zorg, veel minder ontwikkeld zijn.

Gezien de rijkdom aan differentiatie, die de instellingen voor geestelijke volksgezondheid in Nederland bereikt hebben, vind ik dit eveneens beschamend.

Mijn korte ervaring als psychiater in Nederland liet mij beter begrijpen wat onder andere door R. Giel al jarenlang in de vorm van nuchtere statistische gegevens en beschouwingen gepubliceerd wordt (Giel, 1971, 1973, 1975 en 1977).

Doordat het mij voordien aan directe praktische ervaringen in Nederland ontbrak en de situatie in West-Duitsland nog op een meer elementair niveau zo rampzalig was, heb ik de Nederlandse situatie blijkbaar jarenlang enigszins geïdealiseerd. Zo is mij ontgaan, dat de rijkdom aan voorzieningen onvoldoende ten goede kwam aan en gericht raakte op de zorg voor mensen met een hoog psychisch chroniciteits-risico.

Ook dit vind ik een *beschamende realiteit*, die ik als volgt wil omschrijven: Er bestaat een onevenredige relatie tussen de bijna inflatoire ontginning van steeds weer nieuwe hulpverleningsmarkten enerzijds en de betrekkelijke indolentie ten opzichte van de kernproblemen van de psychiatrische zorg anderzijds.

Kernproblemen van de psychiatrische zorg

Als onopgeloste kernproblemen van de psychiatrische zorg zou ik de volgende zaken willen aanvoeren:

– De *versnippering van de psychiatrische zorg*, waardoor mensen met een diepere psycho-sociale desintegratie in een volkomen overzichtelijk netwerk van zorgverlenende instellingen verzeild raken, en de discontinuïteit van hun biografische en sociale ontwikkeling door de fragmentering van de hulpverlening steeds weer opnieuw bevestigd en versterkt wordt.

Deze mensen dreigen door de onophoudelijke reeks van overdrachtsprocedures, door de steeds meer toenemende differentiatie en specialisatie van de op hen gerichte methodieken en dienstverleningen alsook door de telkens weer wisselende begeleidings- en behandelingssettings, tot werkstukken te vervreemden en dit ten gevolge van een onzinnig arbeidsverdeeld productieproces. Niet verwonderlijk dus, dat een groot aantal van juist die mensen, die psycho-sociaal en economisch minder bedeed zijn, steeds weer tussen wal en schip terechtkomen en dat een mijns inziens onnodig hoog percentage van hen nog steeds sedimenteert naar de verzamelplaatsen waar chroniciteit in gehospitaliseerde vorm vereeuwigd wordt.

– Juist omdat een geleidelijke afname van het 'chronische bestand' binnen de intramurale zorg sinds 1970 te constateren is (Giel et al., 1978) en tegelijk een duidelijke kwalitatieve verbetering van de woon- en leefsituatie van de verblijfspatiënten bereikt werd (Van Eynde, 1978), is het te betreuren dat deze ontwikkelingen niet nog sterker en consequenter ondersteund worden door de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

– Hoewel er in een imponerende hoeveelheid sociale werkplaatsen en andere sociale werkvoorzieningen bestaan, hoewel de sociale wetgeving in dit verband voorbeeldig is, hoewel er steeds meer semi-murale voorzieningen ontstaan en de mogelijkheid tot dagbehandeling groeit, ontbreken overal nog praktijkgeoriënteerde en integrale concepten voor een *psychiatrische resocialisatie (revalidatie)*, die deze naam ook werkelijk verdient.

– Terwijl de praktische voorwaarden voor een efficiënte secundaire en tertiaire preventie in velerlei opzichten nog ontoereikend zijn, ontstaan overal in het land diensten voor *primaire preventie*, hoewel de wetenschappelijke fundering en de praktische ervaringen daarmee in de hele wereld nog zo weinig ontwikkeld zijn, dat eigenlijk niemand op verantwoorde wijze kan weten wat qua aangrijpingspunt en methodiek primaire preventie überhaupt is (waarmee ik niet wil zeggen dat preventieve activiteiten zinloos zijn, hier gaat het mij echter om vragen rondom het stellen van prioriteiten).

– Op *ideologisch niveau* speelt zich een eigenaardige tweestrijd af: enerzijds wordt – vaak vanuit de labelings-theorie en de anti-psychiatrie – het structurele geweld, dat in het psychiatrische zorgsysteem nog steeds voorhanden is, in toenemende mate gezien en bekritiseerd. Anderzijds ontbreekt het vaak aan de bereidheid zich daadwerkelijk met het psychiatrische zorgsysteem in te laten om het praktisch van binnen uit te veranderen. Dit heeft tot gevolg, dat niet zelden de psychiatrie alleen maar *gedemoniseerd* en niet vanuit een kritische praxis *veranderd* wordt.

– Ik vermoed dat de interactie tussen de verschillende attitudes en de organisatorische gespletenheid binnen het zorgsysteem in de tweede respectievelijk derde lijn belangrijke repercussies heeft voor de verwijspatronen, de houdingen en de percepties van de hulpverleners in de 1e lijn.

Hoewel tijdens de laatste jaren over regionalisatie van de geestelijke gezondheidszorg veel gedebatteerd werd en er ook al enige organisatorische consequenties te zien zijn, kan er van een integrale regionale geestelijke gezondheidszorg nog nauwelijks gesproken worden.

Het is daarom misschien interessant, op de *verschillende ontwikkelingslijnen* van de AGGZ en de psychiatrische zorg alsook op de verschillende, vaak verwrongen *wederzijdse waarnemingspatronen*, zoals ik deze tegengekomen ben, nog eens nader in te gaan.

Gebrek aan continuïteit in de hulpverlening

Patiënten/cliënten met een probleempresentatie die als 'psychiatrisch' gekenmerkt wordt, worden binnen beide zorgsystemen – het ambulante en het klinische – nog steeds niet optimaal geholpen, zeker niet wat betreft de continuïteit van de hulpverlening en dit vooral *vanwege de verregaande scheiding* tussen klinische en ambulante zorg. Deze scheiding wordt mede wezenlijk in stand gehouden door het verschil in financiering van de beide zorgsystemen.

Van de ongunstige geografische plaats en de beslotenheid van de psychiatrische instituten gaat ook in Nederland eveneens een negatieve invloed uit.

Verschuiving van de aandachtsvelden

Van de andere kant bleek de opzet van de ambulante geestelijke gezondheidszorg, die 'een psychiatrische zorg zonder bed' voorstond, in vele opzichten een illusie; vooral in die stichtingen voor geestelijke gezondheidszorg, waar qua houding en methodiek een nieuw beroepsbeeld nagestreefd werd en een proces op gang kwam, dat kritisch als 'psychotherapeutisering van de hulpverleners' aangeduid wordt. Daardoor trad er een verschuiving op van de aandachtsvelden, waarop deze zorg gericht was naar *psycho-sociale problemen van andere aard*; aangeduid met begrippen zoals bijvoorbeeld 'welzijnszorg voor de gemotiveerde cliënt'. Daardoor dreigden de sociaal-psychiatrische diensten soms wel eens tot stiefkinderen van deze stichtingen te worden, terwijl in Nederland het begrip sociale psychiatrie bijna tot een synoniem voor *ambulante geestelijke gezondheidszorg* werd.

Sociale kansen, van wie?

Terwijl 'groei' en 'groeimogelijkheid' in de laatste jaren vaak gebruikte woorden van de hulpverleners werden, verminderde de aandacht voor de zorg van een hele groep van *psycho-sociaal benadeelden*. Waarschijnlijk waren hiervoor ook *beroepspolitieke belangen* medeverantwoordelijk. Zo raakten bijvoorbeeld huisbezoek en gezinspeiling als 'hol- en draafwerk' in diskrediet en werden in toenemende mate gezien als activiteiten met een lage sociale status. Doordat tegelijk de vorm van de probleembeschrijving ging veranderen – van individualiserend naar meer sociaal – vond men weliswaar een nieuwe, soms betere toegang tot de werkelijke verhoudingen, maar daarbij mag niet verdoezeld worden, dat het bij de daarmee verbonden ideologische gevechten *ook* om de sociale kansen van de hulpverleners zelf ging.

Het vroegere en het nieuwe alibi

Daarmee wil ik niet zeggen, dat geen zinvol, effectief en deskundig werk gedaan wordt. In de loop van de laatste jaren zijn er duidelijke verbeteringen opgetreden, die, zowel aan attitudeveranderingen als aan het rijker geworden methodisch arsenaal te danken zijn. Deze kwaliteitsverbetering kwam echter vooral cliënten met een relatief geringe kans op 'psychiatisering' ten goede. Er zijn geden aanleidingen eraan te twijfelen of de ontwikkeling op het gebied van de psychiatrische zorg binnen het geheel van de geestelijke gezondheidszorg daarmee evenredig verlopen is. Het vroegere alibi – bijvoorbeeld het oninvoelbare, volgens een eigen wetmatigheid verlopende fatum van een psychotisch proces – werd vervan-

gen door een nieuw, en dat heet de *ongemotiveerde, voor gedragsmodificatie onontvankelijke patiënt/cliënt* (die zijn hulpvraag niet duidelijk kan stellen). Volstaan wordt met het vaak te gemakkelijk overdragen van diens zorg aan de psychiatrische intramurale instituten, terwijl tegelijk de 'verouderde' werkwijze van deze instituten bekritiseerd wordt.

Het 'progressieve' vocabulair versluiert dan dat er in ieder geval voor de meest kwetsbare groep van patiënten/cliënten, op de meest cruciale punten van het zorgsysteem te weinig veranderde en fatale ontwikkelingen in de patiëntenloopbanen in een onnodige omvang gehandhaafd gebleven zijn.

Te weinig samenwerking, teveel overleg

In plaats van concrete samenwerkingsverbanden aan de basis en draagvlakken van beide zorgsystemen te bevorderen, raakt steeds meer werkkracht van de hulpverleners op een meta-niveau van discussie en overleg gebonden, zonder dat dit voor het *praktische handelen* van de hulpverleners een bevredigend rendement oplevert.

In tal van opzichten handhaven zich *psychiatrisch instituut* en *stichting voor geestelijke volksgezondheid* als twee ten opzichte van elkaar *gesloten systemen*, als twee entiteiten met een eigen culturele boven- en een eigen materiële onderbouw. Daardoor kwamen juist de psycho-sociaal zwakke cliënten met grote moeilijkheden in hun probleemoplossend gedrag steeds weer tussen wal en schip terecht. Het laatste restje autonomie en mondigheid dreigt in de wirwar van sociale en gezondheidszorgvoorzieningen volledig onder de wielen te raken.

Een nieuwe onderscheiding

Er groeide een nieuwe onderscheiding die gesimplificeerd op het volgende neerkomt. De AGGZ is open voor al diegenen, die welis waar ontergeld zijn, maar nog direct of indirect of in de toekoms bijdragen kunnen leveren tot het sociaal-economische rendement. *Psychiatrie* is er voor diegenen bij wie deze verwachtingen zo sterk verminderd zijn, dat de zorg voor deze groep alleen nog werkgelegenheid voor de hulpverleners oplevert. De stereotype en vertekende wijze waarop medewerkers uit beide systemen elkaar vaak zien, is als epifenomeen door deze verhoudingen wezenlijk beïnvloed. Ook hier is *het zijn bepalend voor het bewustzijn*. Het onaanvaardbare van de momentele toestand is dat beide systemen ten opzichte van resocialisatie en revalidatie van de betreffende groep van patiënten/cliënten in velerlei opzichten minder effectief zijn dan bijvoorbeeld het psychiatrische zorgsysteem in Engeland, dat veel minder rijk aan middelen en facetten is dan de psychiatrische en GGZ-voorzieningen in Nederland. De hier geschetste ontwikkeling – vooral wat de AGGZ betreft – komt zeer overeen met datgene, dat F. Redlich onlangs (1979) met betrekking tot de te-

leurstellende ervaringen met de community mental health centers in de V.S. opmerkte. Hij stelde op basis van een vrij omvangrijke evaluatieve literatuur vast, dat er twee ten opzichte van elkaar verregaand gesloten zorgsystemen voor verschillende cliëntenpopulaties ontstaan zijn en dat de radicale vermindering van het beddenbestand in psychiatrische ziekenhuizen, die sinds het op gang komen van de community-mental-health-beweging in 1963 bereikt werd, eerder te maken heeft met invoering van sociale verzekeringen dan met de activiteiten van deze centers.

Worden procedures belangrijker dan de inhoud?

De huidige situatie wordt dus bepaald door een particularistisch naast elkaar functioneren van instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg en klinische voorzieningen. Er bestaat een duidelijke neiging gemeenschappelijke concepten alleen maar dan als uitgangspunt voor het praktische handelen te aanvaarden als sociale en/of economische ontwikkelingen tot een overlap van invloed en machtsferen aanleiding geven.

De management- en bestuursniveaus neigen ertoe zich, ondanks hun binding aan democratische spelregels, autonoom op te stellen ten opzichte van de groepen aan de basis, die met de uitvoering belast zijn. Praktische problemen worden in een vrij abstracte beleidstaal vertaald, waardoor beslissingen onvoldoende ondersteunend en bevorderlijk zijn voor de rand- en basisvoorwaarden van praktijkuitvoering. De inhoudelijke oriëntatie gaat in technocratische procedures verloren, dat wil zeggen de procedures dreigen belangrijker te worden dan de zaken zelf. Steeds meer professionele werkers raken verstrikt in een netwerk van coördinerende, adviserende en beleidsmatige functies, waardoor het vergaderen over het werk belangrijker dreigt te worden dan het werken met cliënten/patiënten. In Nederland groeide een *hele eigen vergader- en overlegcultuur* met heel nieuwe ritens, omgangsvormen en waarnemingspatronen. Soms kreeg ik de indruk dat de taal van de goed te keuren notulen misverstaan wordt als de 'eigenlijke realiteit'. Het 'volle leven' van de dagelijkse hulpverleningspraktijk wordt waargenomen en behandeld als een onduidelijk fenomeen, dat van de nominalistisch-technocratische bovenbouw afgeleid is (als een soort van platonische afspiegeling). Dit alles betekent dat *meer papier gemaakt dan praktisch gehandeld* wordt. Niets kan gebeuren zonder dat een uitvoerige nota geschreven wordt, waaraan dan soms bijna magische verwachtingen verbonden worden.

Doelomkeer met vele patstellingen

Geen wonder dat in zulke systemen de inspanningen van het management vastlopen omdat aan de top van de organisatie teveel detailbeslissingen genomen moeten worden, terwijl informatie en conceptuele oriëntaties ontbreken en de patiëntenzorgsettingen over te weinig taakgeoriënteerde zelfbesturingsmogelijkheden be-

schikken. Zo ontstaat er een doelomkering binnen de organisaties en een onproductieve status quo van patstellingen in en tussen organisaties.

In feite eenvoudige ingrepen in structuur en functioneren van de instellingen worden Sisyphus-taken met alle demotiverende gevolgen vanden. Het woord 'beleid' wordt synoniem met het administreren van mensen zonder duidelijke doelstelling en inhoud. In dit verband valt op dat het voor Nederland typische principe, dat instellingen als particuliere stichtingen ontstonden – een principe waaraan de rijkdom van de voorzieningen zeker te danken is en vroeger ook de pragmatische aanpak bij het vervullen van milieugeoriënteerde zorgbehoeften – intussen ook haar nadelige kanten laat zien. De bestuurlijke niveaus van de verschillende instellingen van een regio raken ten opzichte van elkaar in een min of meer *concurrerende relatie*. Het geheel van de zorgbehoeften blijft door de ontstane belangenstrijd versnipperd en kan als zodanig niet meer adequaat waargenomen worden. Coördinerende organen – zoals bijvoorbeeld in het zuiden het Medisch Regionaal Centrum – pogen weliswaar deze *versnippering op bestuursniveau* tegen te gaan, maar de pogingen om tot een concrete samenwerking te komen lopen vaak vast op de meta-niveaus, waar de nota's geproduceerd worden. Er ontstaan zodoende in en tussen organisaties patstellingen, waardoor men er niet toe komt voor gemeenschappelijke doelstellingen te kiezen.

De besturen, zoals ik deze waargenomen heb, vertegenwoordigen veel meer *de belangen en het wereldbeeld van de notabelen* van een regio dan de werkelijk relevante maatschappelijke groepen van de bevolking. Daarom vind ik het een nadeel worden, dat deze besturen zich zelf door een coöptatie-systeem natuurlijk regenereren en niet door een controlerend democratisch orgaan na afloop van een legislatuurperiode gekozen worden.

De nadelige gevolgen

Dit alles heeft mijns inziens voor het functioneren van de instellingen zeer nadelige gevolgen:

- een sterke *vervreemding en bureaucratisering* van de relatie tussen de tot de verschillende diensten, sectoren en settings behorende hulpverleners;
- vooral binnen de klinische instituten bestaat vaak een *gebrek aan overzichtelijke multi-disciplinaire werksettingen* met een duidelijke taakstelling, thuisbasis en identiteit;
- daardoor wordt het groeien van *gemeenschappelijke cliëntgeoriënteerde ervaring* systematisch verhinderd, vooral wat betreft de langdurend verlopende hulpverleningsprocessen. De beroepspolitieke belangen versterken dan ook nog de tendens tot steeds verdergaande differentiatie en specialisatie qua methodiek en patiëntenselectie, waardoor de kans om tot een werkelijk integrale psychiatische en psycho-sociale zorg te komen, gemist wordt;
- het denken en handelen worden binnen een intramuraal systeem

vastgehouden en lopen bovendien nog vast in een *even diffuus als versnipperd naast elkaar functioneren* van verschillende therapeutische dienstverleningen.

Samenvattend kan dus gezegd worden, dat het bestaande systeem een inadequate hoeveelheid coördinerend overleg vereist, ten koste van de tijd voor begeleiding en therapie van patiënten, en dat al te veel problemen administratief en 'organisatorisch' in plaats van taakgebonden worden opgelost.

Vele functies worden alleen nog maar beheerd en niet aan de oorspronkelijke doelstelling van de instelling onderworpen. Door dit alles ontstaat een doelomkering van de gehele organisatie met een administratief waterhoofd. Mankracht, deskundigheid en engagement raken verstrikt en verlamd in leeglopende activiteiten.

Gezien deze organisatorische belemmeringen is het eigenlijk verbazingwekkend hoeveel zinvol werk er nog onder deze omstandigheden gedaan wordt.

Literatuur

- Castel, F., R. Castel en A. Lowell (1979), *La société psychiatrique avancée. Le modèle américain*, Gasse, Parijs.
- Dörner, K. (1963), *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*, Europ. Verlagsanst., Frankfurt/M.
- Eynde, I. E. I. M. van (1978), Enkele nieuwe woonvormen voor psychiatrische patiënten, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 20, 79-94.
- Giel, R. (1971), Hoe goed is eigenlijk de geestelijke gezondheidszorg in Nederland? *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie* 13, 282-292.
- Giel, R. S. (1973), Over de opname van psychiatrische patiënten, *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie* 15, 109-124.
- Giel, R. S. (1975), *Psychiatrische Dienste in den Niederlanden*, Enquête-anhangband, Deutscher Bundestag 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4200: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik, Bd. II, 654.
- Giel, R. S. (1977), Hospital Psychiatry in the Netherlands: Buildings or People? *Social Psychiatry* 12, 89-93.
- Giel, R., S. Dijk en J. R. van Weerden-Dijkstra (1978), De nieuwe chronische patiënten-populatie. Mededeling uit het centrale patiënten-register (10), *Tijdschrift voor Psychiatrie* 20, 601-609.
- Güse, H. G. en N. Schmacke (1976), *Psychiatrie zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus*, 2 delen, Athenäum-Verlag, Kronberg.
- Rauch, I., M. Richartz en R. Wienenkamp (1975), Sektorisierte Versorgung in Holland, *Enquête-anhangband (ENQ II)*, 1009.
- Redlich, F. (1979), Community Mental Health Centers in den Vereinigten Staaten, *Die Psychiatrie-Enquête in internationaler Sicht*, C. Kulenkampff en W. Picard (ed.), Rheinland-Verlag, Köln, 100-117.
- Richartz, M. en M. Bauer (1970), Angepasste Psychiatrie als Psychiatrie der Anpassung, *Das Argument* 60, 216.
- Richartz, M. (1971), Psychiatrie und 'Geistige Gesundheitspflege', *Sozialpsychiatrische Informationen* 3, 29-39.
- Richartz, M. (1979), Alternative psychiatrische Organisationsformen (Am Beispiel der Niederlanden), *Kritische Stichwörter zur Sozialpsychiatrie*, D. H. Friessem (Ed.), Wilh. Fink-Verlag, München, 36-53.