

De psychiater als organisatiegenoot

door H. van Andel

Inleiding

Toen ik enige maanden geleden van het bestuur van de Ned. Ver. voor Psychiatrie het verzoek ontving om een lezing te houden over de psychiater en zijn functioneren als medewerker in organisaties, ben ik daarop met enthousiasme ingegaan, zij het dan, dat dit bij nader inzien enigszins bekoelde, gezien de complexiteit van het thema en de weinige literatuur. Blijkbaar is er nog niet zo veel over nagedacht. Niet zo wonderlijk, omdat het professionele handelen van de psychiater als individueel opererend specialist bij opleiding en functioneren meestal centrale aandacht heeft. De rol die hij speelt in klinische en ambulante organisaties komt vanuit de optiek van beleid en management veel minder ter sprake. Op deze rol zal nu de aandacht in hoofdzaak zijn gericht.

In het boekje van Schnabel (1982) 'De psychiater in beeld', wordt gesteld, dat 80% van de beroepsgenoten geheel of gedeeltelijk aan organisaties is verbonden. Op grond van deze constatering lijkt het des te zinniger om de consequenties daarvan nader uit te werken. Opvallend is verder dat deskundigheid op de terreinen van beleidspsychiatrie en management vooral geclaimd wordt door collega's die werken in de sectoren van de klinische en sociale psychiatrie. In mijn verdere betoog hoop ik op één en ander nader in te gaan en zal mijn aandacht hoofdzakelijk op deze beide sectoren gericht zijn. Eerst zal ik een aantal opmerkingen maken over de maatschappelijke veranderingen die van invloed waren op het functioneren van organisaties in de geestelijke gezondheidszorg, om vervolgens iets te zeggen over de rol van de psychiater binnen deze organisaties en in zich ontwikkelende netwerken van samenwerking. Tenslotte zal ik nog een enkele opmerking maken over eventuele scholing.

Schrijver is psychiater en hoogleraar ziekenhuismanagement in het bijzonder op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, tevens werkzaam als adviseur van het NZI, Utrecht. Adres: Beatrixlaan 1, Ermelo.

Maatschappelijke veranderingen

De maatschappelijke veranderingen van de laatste vijftien jaar lieten de geestelijke gezondheidszorg niet onberoerd. Het streven naar gelijke rechten voor iedereen en de daarmee gepaard gaande verschuiving in normen en waarden, vormde daarin een belangrijk element.

Mensen behoorden aan elkaar gelijkwaardig te zijn. Ze waren wel verschillend in mogelijkheden en capaciteiten, maar in hun menszijn behoorde de één niet meer te zijn of te willen pretenderen dan de ander. Dit leidde tot de opvatting, dat niemand het recht had om over de ander zeggenschap te hebben, tenzij met zijn toestemming en via participatie van zijn kant. Daarnaast kwam het autonomie-denken op. Een mens moest over zijn eigen lot kunnen beslissen. Een andere factor werd gevormd door de specialisatie. Eén vakgebied werd verbrokkeld en viel uiteen in meerdere deelgebieden. Daardoor ontstonden deelspecialismen, die de kijk op het totaal verminderden. Ook met de psychiatrie was dat het geval.

Een derde factor vormde de welvaart. Er was meer dan voldoende geld, waardoor aan behoeften bijna ongelimiteerd kon worden voldaan. Verwenningsverschijnselen bleven dan ook niet uit. Voor steeds meer geconstateerde 'ziekten' werd professionele hulp gevraagd. Bijna iedere frustratie behoorde te worden begeleid en voor ieder verdriet, hoe normaal ook in de levensontwikkeling werd een hulpverlener noodzakelijk geacht. (In dit verband valt onder andere te denken aan de enorme stijging van de vraag naar psychotherapie).

Een vierde factor vormde de toename van de invloed van de overheid. Mede op basis van stijging van kosten en de ontwikkeling van de AWBZ-financiering, werd wetgeving ontwikkeld die het mogelijk maakte om regulerend op te treden.

Als vijfde factor kan genoemd worden de regionalisatie-idee, samenwerking tussen instituten in een omschreven gebied. Deze idee stond haaks op het autonomie-denken; fricties en onduidelijkheden zijn dan ook niet uitgebleven.

Deze vijf factoren hadden geweldige invloed op het gebeuren in de GGZ. Op basis van het gelijkwaardigheids- en autonomie-denken ontstond een andere kijk op de patiënt. Hij mocht niet meer bekeken en behandeld worden vanuit een ondergeschikte positie ten aanzien van de hulpgevers. Patiëntenrechten deden hun intrede, waarbij het recht op informatie en klachtenbehandeling wel de voornaamste waren. Ook in het therapeutisch handelen dienden ze een plaats te krijgen. Een patiënt moest kunnen meepraten en meebeslissen, of weigeren. Daar niemand meer het recht werd gegeven om macht uit te oefenen over de patiënt, tenzij hij zich ernstig misdroeg en anderen schade berokkende, werd deze gedachte ook overgedragen op de instellingen voor GGZ. Met name de intramurale hadden het er moeilijk mee. Ze werden ervaren als logge instituten, wier grote macht de patiënten vasthield en dwong tot afhankelijkheid.

In aansluiting daaraan ontstonden allerlei soms elkaar bijna uitsluitende ideologieën. Het ziekenhuismilieu was ziekmakend. Een opname mocht daarom slechts kort duren. Herstel kon alleen plaatsvinden in de omgeving, waaruit de patiënt afkomstig was. De omgeving was echter ook oorzaak van ziekte, zeker wanneer deze werd gezien in het ruimere kader van de maatschappij met zijn toegenomen stress. Het medisch denkmodel moest plaats maken voor een sociaal of interactioneel kader. Geen patiënten meer, maar cliënten. Ondertussen nam het aantal hulpvragenden enorm toe. Het psychiatrisch ziekenhuis mocht patiënten slechts kort opnemen, maar voor de moeilijk plaatsbaren gold dit niet. Het diende open en flexibel en gemakkelijk toegankelijk te zijn, maar ook zeer gesloten, bijna een gevangenis. Chronische patiënten mochten niet meer in het ziekenhuis verblijven. Ze waren een kunstfout. Ondertussen moest toch aan zeer velen onderdak worden geboden. De behandelduur moest kort zijn, maar aan het verwachtingsbeeld van algeheel herstel kon gezien het te snelle ontslag niet worden voldaan, hetgeen veelal meerdere heropnames ten gevolge had.

Door de veranderende kijk op patiënten en de toegenomen specialisatie traden binnen de instellingen wijzigingen in structuur en werkmethoden op. Differentiatie in behandelmethoden bracht gespecialiseerde afdelingen zoals die voor opname, voortgezette behandeling en long stay. Wijzigingen in benaderingswijze veroorzaakten een behoefte aan klimaatsverandering die zijn vorm vond in onder andere de therapeutische gemeenschap. Ook deden nieuwe zorg-ideeën hun intrede, zoals bijvoorbeeld teamverpleging. Door het toestromen van veel specialisten, zoals psychologen, maatschappelijk werkenden enz., werd het nodig om de behandeling rondom patiënten beter te organiseren en te coördineren. Daarom ontstonden behandelteams, die in combinatie met en afgestemd op elkaar, gemeenschappelijke besluitvorming van de behandelaars, al of niet in aanwezigheid van de patiënt, probeerden waar te maken. Behandelaars op hun beurt verenigden zich in vakgroepen of staven om eigen deskundigheid te bevorderen en invloed uit te oefenen op het instituutsbeleid. Naast en tot steun van het patiëntenzorggebeuren, vond het beheersgebeuren zijn eigen bedding.

Zo deed organisatiedenken zijn intrede. De structuur van vele psychiatrische ziekenhuizen werd grondig gewijzigd en begrippen als management en organisatie-ontwikkeling kregen er vaste voet, zij het aarzelend en met veel weerstand.

Tot leidmotief voor het totale gebeuren, de integratie van patiëntenzorg, personeelszorg en beherende zorg, werd het sleutelwoord democratisering gekozen. Als leden van een organisatie behoorde ieder met de ander om te gaan op basis van gelijkwaardigheid, autonomie en participatie.

In de ambulante sector verliepen de veranderingen geruislozer. De nieuwe opvattingen werden sneller geaccepteerd en het was gemakkelijker ze te realiseren omdat de instellingen klein van

omvang waren. Organisatievraagstukken deden zich dan ook aanvankelijk in geringe mate voor. Behandelteams konden zich in betrekkelijke rust ontwikkelen. Maatschappelijke kritiek werd nauwelijks gehoord. Er was enige irritatie over de bereikbaarheid en de snelheid van dienstverlening, maar daar bleef het bij. Daar het sociale denkmodel als uitgangspunt van handelen werd aanvaard, was het duidelijk, dat het milieu waaruit de patiënt afkomstig was, het voornaamste werkdoel zou zijn.

Mede door de invloed van de overheid, die behoefte had aan ordening, kwam de regionalisatie op gang. De RIAGG-vorming werd langzamerhand werkelijkheid. Deze situatie veroorzaakt nu een groot aantal organisatieproblemen. Allerlei modellen worden gepresenteerd, maar aan verwezenlijking is men nog niet toe. Samenwerking tussen intramurale en ambulante zorg beperkt zich voorlopig nog tot verwijzen naar elkaar. Een RIGG is een ver verwijderd toekomstbeeld. Van samenwerking en afstemming van dienstverlening is nog weinig te constateren.

Hoe ontwikkelde de psychiater zijn functie te midden van al deze veranderingen? In de eerste plaats kwam deze tot uiting op het professionele vlak. De opleiding werd verzaamd en nieuwe vakgebieden toegevoegd. De psychotherapeutische scholing, min of meer gelijk opgaand met de maatschappelijke vraag naar meer en intensievere begeleiding, werd krachtig uitgebreid. Daarnaast echter werd de psychiater meer en meer verbonden aan intra- en extramurale organisaties, deelnemend en deelhebbend, samen met anderen, aan een organisatiegebeuren, primair in een behandelteam, maar ook in een medische staf, een afdeling, meerdere afdelingen, een ziekenhuis (algemeen of psychiatrisch), een SPD of een RIAGG.

Op het niveau van het behandelteam vaak als organisator, coördinator en integrator, nogal eens leidinggevend aan therapeutische en diagnostische processen. Op institutioneel niveau, in medische staven of vakgroepen, beleidsmatig meedenken ten aanzien van het eigen professionele handelen of het institutionele beleid van een instelling, al of niet regionaal opererend in samenwerking met andere organisaties.

De psychiater als organisatiegenoot

Over het begrip organisatie wil ik niet al te veel zeggen. Voor sommigen heeft het een omineuze klank en betekent het: eigen identiteit opgeven. Opgaan in een groter geheel, waarin je niet meer bent terug te vinden en dat je gaat beheersen en overheersen. Bureaucratie en kille zakelijkheid. Goede ideeën worden tot zwijgen gebracht en onderdrukken eigen initiatief. Voor mij betekent organisatie niet meer dan een verzameling van mensen die gemeenschappelijk proberen visie te ontwikkelen op een stuk maatschappelijke werkelijkheid, bijvoorbeeld hulp aan psychiatrische patiënten, om van daaruit doelen te stellen die dienen ter verwezenlij-

king van die visies.

Zolang de groep klein is, zijn er weinig afspraken nodig om goed te kunnen samenwerken. Maar bij het groter worden ontstaan regelmatig momenten, waarin herordening en structuur nodig zijn. Meestal ziet men dan ook dat organisaties van enige omvang zijn opgebouwd uit groepjes mensen die als individuen daarin samenwerken en via taakverdeling per groep en van groepen onderling, gemeenschappelijk proberen om de visies en doelen waar te maken, waarvoor het instituut in leven werd geroepen. Om die samenwerking tussen mensen gaat het. Daarom is een organisatie een levende, menselijke, warme aangelegenheid, waarin geprobeerd wordt om iets te realiseren van hetgeen allen bezighoudt.

Een ander doel dat bij organisaties speelt, is overleving. De functie waarvoor zij ontstonden, moet waar worden gemaakt (zoals bijvoorbeeld psychiatrische zorgverlening voor allen die dat behoeven voor een zo laag mogelijke prijs). Wanneer dat niet gebeurt, door innerlijke zwakte of omdat de heersende maatschappelijke opvattingen niet voldoende worden verdisconteerd, verliezen zij hun bestaansrecht. Er bestaat dus voortdurend een spanningsveld tussen doelstreven en overleving. Dat zien we bijvoorbeeld heel sterk tot uiting komen bij processen van afslanking, waarbij personeel moet worden ontslagen.

Een ander voorbeeld: Psychiatrische ziekenhuizen hebben gedurende de laatste jaren duidelijk hun doelen verlegd. Ze werden van opberginstutten, instellingen waar patiënten weliswaar blijvend konden zijn, maar bij voorkeur niet. Terugkeer naar de maatschappij behoorde voor iedere patiënt uitgangspunt van de behandeling te zijn. Dat verleggen van het doel had duidelijk te maken met overleven. Wanneer geen antwoord was gegeven op de maatschappelijke druk om vernieuwingen door te voeren, dan zou eliminatie een zeer reële mogelijkheid zijn geworden en er worden nog steeds stemmen gehoord die stellen, dat dat nodig is.

De psychiater verbonden aan een APZ, een PAAZ of een RIAGG is als deskundige ook lid van een organisatie en daarin deelgenoot. Enerzijds heeft hij te maken met veranderingen en vernieuwingen op zijn vakgebied en anderzijds met ontwikkelingen in de organisatie, waarvan hij deel uitmaakt. Hij is organisatiegenoot. Deze situatie ontstond, doordat bleek, dat door groei van het aantal specialisten, een betere organisatie rondom de patiënt nodig was. De psychiater kon zijn werk niet meer alleen uitoefenen. Hij kon niet langer de pionier zijn – om een organisatie-term te gebruiken – die solistisch beslissingen nam en ze aan anderen meedeelde in de verwachting, dat zij ze dan wel zouden uitvoeren. Hij moest zijn deskundigheid gaan delen met anderen in behandelteams, maar kon ook niet langer meer zijn autonome positie handhaven in de rest van de organisatie. Van hem werd daar meer en meer beleidsdenken verwacht en participatie bij de realisatie daarvan.

Laten we dat 'organisatiegenoot' nog eens wat nader verkennen. Het is merkwaardig te noemen, dat ondanks de vele aanvallen die

door andere specialisten, zoals psychologen en maatschappelijk werkenden op de functie van de psychiater zijn gedaan, hij zich heeft kunnen handhaven, weliswaar niet altijd als de primus inter pares, maar dan toch als een veel gezocht specialist binnen het totale kader van de geestelijke gezondheidszorg. De reden, dat het specialisme, ondanks de vele kritiek die erop werd uitgeoefend, is blijven bestaan, ligt mogelijk in het feit dat de psychiater als arts geleerd heeft om meerdere facetten van menselijk gedrag te integreren: het sociale, het biologische, het intrapsychische en het psychopathologische. Bij het uiteenvallen van het specialisme via de komst van vele andere deskundigen, bleef de behoefte aan een holistische en integrale visie op de patiënt bestaan. Omdat niemand anders deze kon waarmaken, bleef de psychiater als generalist nodig, al was hij zich daarvan niet altijd bewust en richtte hij zijn aandacht nogal eens op deelgebieden van het vak.

De noodzaak tot integraal denken wordt mijns inziens duidelijk zichtbaar in behandelteams. Er wordt in de literatuur onderscheid gemaakt tussen verschillende vormen: (aldus Lekanne) het multidisciplinaire, het interdisciplinaire en het transdisciplinaire team. Bij het multidisciplinaire bestaat er een soort optelsom. Iedere deelnemer heeft zijn eigen inbreng en de informatie die hij geeft, wordt als het ware bij die van de andere gesommeerd, opgeteld. Men blijft verder ten aanzien van elkaar autonoom. Ieder doet met de informatie wat hij wil, zonder dat er een gemeenschappelijke noemer ontstaat.

Bij het interdisciplinaire team staan samenwerking en onderlinge afstemming van de disciplines centraal. Ook de relaties tussen de deelnemers zelf komen aan de orde. Emoties, conflicten en misverstanden kunnen worden uitgesproken, zodat negatieve effecten daarvan in de onderlinge relaties worden voorkomen.

Bij het transdisciplinaire team gaat het ook om samenwerking, maar deze wordt verkregen vanuit een door allen gedeelde en ontwikkelde visie. Bij de gedachtenvorming vallen de disciplines weg. De deelnemers proberen een gemeenschappelijk beeld te ontwikkelen. Ieder ontleent daaraan de inspiratie en vertaalt deze terug in de praktijk van het eigen professionele bezig-zijn.

Elk van deze teamvormen heeft zijn voor- en nadelen.

Het multidisciplinaire heeft als voordeel, dat iedere deelnemer via de informatie van de anderen zelf nieuwe ideeën kan ontwikkelen. Van samenwerking rondom de patiënt is echter nauwelijks sprake. Er blijven allerlei tegengestelde beelden bestaan.

Bij het inter- en transdisciplinaire team is dat anders. Daar ontstaat de worsteling naar gemeenschappelijkheid en worden gevoelens van onderlinge afhankelijkheid zichtbaar, omdat men elkaar nodig heeft om de patiënt een zo goed mogelijke hulp te bieden. De afhankelijkheidsgevoelens maken de eigen mening van betrekkelijke waarde, omdat deze wordt ingepast in een groter geheel. Er is ook plaats voor onderlinge steun, advisering, feed-back en conflictoplossing.

Het multidisciplinaire team vraagt een gespreksleider. Het inter-

disciplinaire en het transdisciplinaire een coördinator-manager die bereid is om veel energie te steken in visievorming, afstemming, samenwerking, integratie, doelen en ideeën om gemeenschappelijk resultaten te bereiken, waar te maken en te evalueren zoals ze werden overeengekomen.

In de praktijk zijn deze vormen niet streng te scheiden. Het voordeel van de aangegeven verschillen ligt in het feit, dat daardoor de diverse elementen die bij teamwork aan de orde komen, helderder worden. Ook kan daardoor meer gezegd worden over de functie van de psychiater. Als generalist kan hij verantwoordelijk worden geacht voor het tot stand brengen van een totale behandelvisie, waarin alle elementen van het ziek-zijn van de patiënt een plaats kunnen krijgen. De andere partners helpen aan deze visie-ontwikkeling mee. Hij behoeft dat niet per se als coördinator-manager te doen, al is dit vaak het geval. De psychiater kan ook als gewoon teamlid deze verantwoordelijkheid waarmaken op basis van deskundigheid. Zodra de visie een feit is, krijgt ieder teamlid een taak toegewezen in de behandeling. De psychiater ook. Hij is op dat moment een van de participerende behandelaars.

Het gaat echter in het team niet alleen om visie-ontwikkeling en taakverdeling, ook om het wáarmaken van de afspraken. Krijgt de patiënt daadwerkelijk de behandeling die werd overeengekomen? Kan hij er iets mee doen, of is bijsturing van de behandelplannen nodig? Waar moet informatie heen over de gemaakte afspraken of onderdelen daarvan? Welke informatie moet terugkomen van andere teams die een gedeelte van de behandeling verrichten? Aan welke problemen wordt wel en aan welke niet gewerkt? Hoe lang wordt een bepaalde therapie volgehouden? Welke resultaten worden verwacht en waaraan worden deze gemeten? Wanneer vindt evaluatie plaats en welke punten zullen daarbij ter sprake komen? Hoe verzorgen de teamleden de informatie aan elkaar, wanneer bijvoorbeeld iemand in een gesprek met de patiënt of zijn familie tot de conclusie komt, dat er veranderingen nodig zijn in het behandelprogramma? Wat kan geleerd worden uit de evaluatie bij ontslag voor een volgende patiënt met een gelijksoortige diagnose? Wanneer de psychiater tevens teamleider is, dan zal hij met deze en dergelijke vragen worden geconfronteerd.

Coördinator-manager zijn: visie-ontwikkelen, coördineren, informeren, evalueren, sturen en bijsturen zijn daarvan de voornaamste taken, naast die van conflictoplossen, onderhandelen, plannen, prioriteiten stellen, besluitvorming bevorderen en procedures en strategieën ontwikkelen, waarlangs de beslissingen werkelijkheid worden.

Het gaat in een organisatie van enige omvang niet alleen om samenwerking binnen een team, maar ook om die tussen teams. Dat is voor verwijzingen van belang en voor afstemming van beleid. Wanneer in een ziekenhuis bijvoorbeeld in een hoofdafdeling voor gerontopsychiatrie meerdere teams werken, zal het zinnig zijn om ten aanzien van de handel- en de verpleegkundige zorg een aantal gemeenschappelijke basisgedachten te ontwikkelen op

grond waarvan eventueel taakverdeling kan plaatsvinden en samenwerking mogelijk wordt. Thema's kunnen onder andere zijn: Wat voor opname- en ontslagbeleid wordt er gevolgd? Welke behandelmethoden worden er toegepast? Sluiten ze goed op elkaar aan? Welke methoden kunnen worden afgeschaft en waarom? Wanneer wordt met behandelen opgehouden? Wanneer wordt euthanasie toegestaan? Is vernieuwing nodig van apparatuur? Enzovoorts, enzovoorts.

Samenwerking tussen teams kan ook plaatsvinden tussen een afdelingsteam en bijvoorbeeld een team voor fysiotherapie. Dan zullen afspraken nodig zijn ten aanzien van onderlinge informatie en uitwisseling van behandelvisies.

Op instituutsniveau krijgt het beleid vorm in de medische staf of hoe deze heten mag. Daar gaat het enerzijds om bevordering van de eigen deskundigheid via medical audit, foutenbespreking en dergelijke, anderzijds om nieuwe behandelmethoden en gemeenschappelijke inzichten zoals bijvoorbeeld ten aanzien van het suïcidevraagstuk of de behandeling van chronische patiënten. Ook kan deskundigheidsplanning aan de orde zijn. Wat voor deskundigheid is er in de staf nodig om in de komende jaren bijvoorbeeld ten aanzien van het toenemend aantal bejaarden, de psychiatrische vraag aan te kunnen? Ook zullen in de staf vragen van de directie aan de orde komen die meer institutioneel zijn gericht, zoals bijvoorbeeld oprichting of uitbreiding van een polikliniek of vragen rondom nieuwbouw en samenwerking met andere instituten.

De tot nu beschreven situatie binnen teams, tussen teams onderling op sector- en instituutsniveau in de staf, is vrij rooskleurig. Het teamgebeuren komt namelijk, naar mijn indrukken en gegevens, in de praktijk vaak nog niet boven het multidisciplinaire uit en is veelal sterk naar binnen gekeerd. Afstemming met andere teams komt weinig voor, hooguit in beperkte mate door het lidmaatschap van de psychiater van meerdere teams. Een gelijksoortige situatie is in de staf waarneembaar. De audit heeft hier en daar een voorzichtige start gemaakt. In enkele psychiatrische ziekenhuizen zijn suïcide- en foutencommissies gekomen. Vertaling van afspraken in daadwerkelijk ziekenhuisbeleid is nog moeilijk. De ontwikkelingen verlopen traag, mede door gebrek aan zicht op de noodzaak van samenwerking en de motivatie daartoe.

Voor de psychiater in de PAAZ is de situatie wisselend. Vaak is voor het werk in behandelteams weinig tijd, gezien de eigen praktijk. Wanneer er dienstverband bestaat, zijn er meer mogelijkheden, zij het dan dat het moeilijk blijft om op ziekenhuisniveau goed gehoord te worden. Behandelaars zijn gericht op de therapie van patiënten. Ze beseffen vaak onvoldoende, dat door een goede coördinatie therapeutische processen efficiënter, sneller en effectiever kunnen verlopen, zeker wanneer deze zijn ingepast in een afdelings- en ziekenhuisbeleid, dat ondersteunend en ruimte-scheppend kan werken. Beleidsontwikkeling wordt nog steeds als soortvreemd ervaren en de daarin gestoken tijd wordt als verloren beleefd.

Wanneer de psychiater teamleider is, zal echter van hem steeds meer worden verwacht dat hij de belangen van het team behartigt binnen de afdeling en op hoofdafdelings- en ziekenhuisniveau. Wanneer hij dat leiderschap niet vervult, zal hij ervoor zorgen dat zijn teamleider voldoende is voorzien van beleidsideeën die deze verder kan brengen. Ook in de medische staf zal van de niet leidinggevende psychiater meedenken worden gevraagd.

Veel van hetgeen tot nu toe werd gezegd had betrekking op de kliniek, het APZ, PAAZ of een universiteitskliniek. In het ambulante veld staat het teamgebeuren centraal. De teams functioneren nagenoeg autonoom en los van elkaar. Eén team draagt de verantwoordelijkheid voor patiënten afkomstig uit een bepaald gebied. Een teamcoördinator zorgt voor het functioneren. Deze coördinatoren, die in een aantal gevallen psychiater zijn, ontmoeten elkaar in sommige regio's regelmatig, om activiteiten af te stemmen. Ook zijn er wel stafcontacten tussen psychiaters als deskundigengroep ter bespreking van vakproblemen. Voorzover ik dat heb kunnen nagaan lijken de naar de totale organisatie gerichte activiteiten in de zin van beleidsontwikkeling minder helder gestructureerd dan in de ziekenhuizen. Het zijn echter meer graduele dan principiële verschillen.

Een slotopmerking nog over de psychiater in directies. In de psychiatrische ziekenhuizen kan men hem, op een enkele uitzondering na, overal vinden. In de ambulante zorg is hij in de directionele organen grotendeels verdwenen. Het is moeilijk om te traceren, waardoor deze verschillen zijn opgetreden. Een anti-hiërarchische en anti-institutionele houding bij de sociale psychiaters? Een meer op de organisatie gerichte bij de klinische? Voorlopig blijft een en ander onduidelijk.

Bezig zijn op directioneel niveau vraagt vaak geheel of grotendeels afscheid nemen van het werken met patiënten. Beleidsmatig functioneren wordt gevraagd en opereren op het interinstitutionele en politieke vlak. Hebben klinische psychiaters daar meer affiniteit toe dan sociale? Ik weet het niet. Overigens blijkt uit de enquête van Schnabel (1982) dat 32% van de klinische psychiaters beleidspsychiatrie als bijzondere deskundigheid noemt, terwijl dat bij 24% van de sociaalpsychiaters het geval is; procentgewijs niet zo'n groot verschil.

De psychiater en zich ontwikkelende netwerken

Organisatiegenoot wordt de psychiater ook meer en meer binnen samenwerkingsverbanden. Wat betekent dat voor zijn functioneren? Er is over RIAGG- en RIGG-vorming nog niet zo heel veel bekend.

De RIAGG-vorming verkeert nog in statu nascendi, zeker wanneer het om interne integratie gaat. Hier en daar zijn experimentele RIGG's ontstaan, waarover ook nog weinig te zeggen valt. Het vervolg van mijn betoog zal daarom enigszins hypothetisch van aard zijn, want gebaseerd op een aantal veronderstellingen. Hoe

zal interorganisatiele samenwerking binnen de geestelijke gezondheidszorg er uitzien? Romme (1982) wijdde er onlangs een artikel aan in *Metamedica* en het NCGV verzorgde samen met het Instituut voor Ziekenhuiswetenschappen een verslag over een invitational conference, gewijd aan RIAGG- en RIGG-vorming. Het zijn nog denkmodellen. Voorlopig valt slechts te leren uit publicaties uit de algemene gezondheidszorg. Daaruit blijkt, dat tot nu toe het best samenwerking tussen instellingen tot stand komt ten aanzien van deeltaken, zoals bijvoorbeeld laboratoria of informatiecentra. Fusies als uiterste vorm worden minder geschikt geacht omdat ze vaak leiden tot jarenlange onrust binnen de gefuseerde organisaties.

Organisaties die op de één of andere wijze samenwerken worden netwerken genoemd. Ze hebben als kenmerk, aldus Van Gils (1982), dat ze een onderlinge samenhang vertonen door de gemeenschappelijke doelen die ze hebben. Godfroy (1981) heeft in zijn boek 'Netwerken van organisaties' een aantal opmerkingen gemaakt, waaruit ik er enige zal refereren.

Er is onderscheid te maken tussen verschillende typen van netwerkstructuren. Ten eerste: de eenheidsstructuur of fusie. Deze is gekenmerkt door een sterke gerichtheid op centrale doelen en een gecentraliseerde besluitvorming.

Ten tweede: de federatieve structuur. Daarin is men minder sterk op centrale doelen gericht en bovendien is de zelfstandigheid van de samenstellende delen groter.

Ten derde: de coalitiestructuur. Daarin is de eigen zelfstandigheid nog groter. De eigen doelen prevaleren en er bestaat samenwerking voorzover er gemeenschappelijke belangen bestaan.

Ten vierde: de sociale keuzestructuur. De eigen zelfstandigheid is zeer groot en zelfs incidentele overkoepelende doeleinden ontbreken. Er is niet meer dan een behoefte aan overleg, indien nodig. Vaak ziet men in de praktijk de ontwikkelingsweg van vier naar één lopen, waarbij het proces voortdurend kan blijven steken.

Het meest waarschijnlijk lijkt dat het in de GGZ eerst zal komen tot sociale keuze- en vervolgens tot coalitiestructuren, zoals dat ook in de algemene gezondheidszorg het geval was, en dat later federatieve vormen zullen ontstaan. De eenheidsstructuur lijkt ver verwijderd en misschien ook niet wenselijk. Aanvankelijk vindt men elkaar op basis van gemeenschappelijke belangen. Pas in een vervolgstadium zal uiteindelijk de federatieve structuur groeien waarin duidelijke gemeenschappelijke doeleinden erkend en herkend worden.

Ik maak deze veronderstelling, omdat er zeker tussen de SPD en de psychiatrische ziekenhuizen en misschien in mindere mate tussen de diverse partners in het ambulante veld zo weinig vertrouwen en interne rust bestaat, dat men niet gemakkelijk tot gemeenschappelijke doelen komt. De eigen autonomiegevoelens overheersen en de onderlinge dependentie wordt nauwelijks gevoeld. Er is slechts een geringe stimulans tot coöperatie en coördinatie.

Netwerken ontwikkelen zich in positieve richting, wanneer er een

duidelijke gezagsstructuur bestaat. Er moet een zekere rust aanwezig zijn ten aanzien van de eigen identiteit, zodat er bereidheid ontstaat tot het opgeven voor een gedeelte van het arbeids- en invloedsdomein.

Om een goed zicht te krijgen over de rol van de psychiater in deze zich ontwikkelende netwerken zullen nog eens de redenen worden gerangschikt, waarom RIAGG- en RIGG-vorming belangrijk worden geacht. Te noemen vallen kostenbeheersing, bevorderen van kwaliteit en doelmatigheid, voorkomen van overlappingen en doublures van taken en functies, een betere spreiding van de voorzieningen over het land, regionale behartiging van GGZ-belangen en continuïteit van zorg van intra- naar extramuraal en omgekeerd. Voor de psychiater als organisatiegenoot zijn belangrijk:

1. bevorderen van kwaliteit en doelmatigheid;
2. de continuïteit van zorg van intra- naar extramuraal en omgekeerd;
3. regionale behartiging van GGZ-belangen.

Uiteraard zullen ook psychiaters betrokken zijn bij de overige doelen, maar dan meestal vanuit een directiefunctie.

Ik wil me beperken tot de eerstgenoemde taken omdat zij voor de meesten gelden.

1. Kwaliteit en doelmatigheid. De vragen rondom kwaliteit en doelmatigheid worden met steeds meer klem vanuit de samenleving gesteld. Wat voor waar wordt er geleverd voor het geïnvesteerde geld? Ze komen primair aan de orde binnen de teams zelf, maar zijn ook van belang in hun onderlinge samenwerking ten aanzien van de behandeling van patiënten. Sluiten de team-activiteiten goed op elkaar aan? Welke resultaten worden er bereikt met de behandeling en in hoeveel tijd, met hoeveel mankracht? Wegen de kosten op tegen de baten? Was de toegepaste therapeutische weg wel de juiste? Hadden ook andere wegen ter beschikking gestaan? Hoe heeft de patiënt de behandeling en het optreden van de behandelaars ervaren? Etcetera. Ook kunnen procedures aan de orde komen, werkmethoden en deskundigheid van medewerkers.

In de psychiatrische ziekenhuizen wordt een systeem ontwikkeld waarbij men via bezoektteams, die uit deskundigen uit andere ziekenhuizen bestaan, probeert een beschrijving te geven van de sterke en zwakke punten van een instelling.

Een dergelijke situatie kan men zich ook regionaal indenken tussen RIAGG's en RIGG's waarbij een bezoektteam van de ene regio de instellingen uit een andere visiteert.

2. De continuïteit van zorg van intra- naar extramuraal en omgekeerd. Wat kunnen we ons daarbij voorstellen? Kijkend door de ogen van de patiënt en de behandeling van zijn ziekte is het nodig, dat hij een doorgaande lijn ervaart in de therapeutische activiteiten, wanneer hij van de ene naar de andere instelling gaat. Het gemakkelijkst zou deze te bereiken zijn, wanneer intra- en extramuraal hetzelfde team zou behandelen. Voorhands is dit echter niet mogelijk, gezien de vele praktische en organisatorische proble-

men. Een volledige integratie van klinisch en ambulant is, we zeiden het reeds, nog een ver verwijderd ideaal. Beter lijkt het om het beeld op te bouwen vanuit samenwerking van teams tussen de verschillende instellingen.

Momenteel is daarvan nauwelijks sprake. Teams verwijzen naar elkaar via brieven en mondelinge informatie en daar blijft het bij. Wat ieder met die informatie doet is een volkomen autonome beslissing. De patiënt wordt overgedragen van het ene team naar het andere, al of niet na kennismaking. Zodra dit gebeurd is, trekt het overdragende team zich terug. Er bestaat voor de verdere behandeling geen verantwoordelijkheid meer.

De vraag is, of dat zo moet blijven en gestreefd dient te worden naar een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid. Men zou bijv. met elkaar kunnen afspreken, dat het team, waar de patiënt zich het eerste meldt de verantwoordelijkheid voor de totale behandeling blijft dragen, ook al neemt een tweede team daarvan het vervolg over. Eén team blijft dan verantwoordelijk voor de afstemming en de totale behandellijn. Teams moeten dan de bereidheid ontwikkelen om in verschillende rollen ten opzichte van elkaar te functioneren. Nu eens heeft de één de leiding en volgt de ander, dan weer omgekeerd. De teams zullen dan niet alleen gemeenschappelijke opvattingen moeten ontwikkelen over het moment van overdracht en de toe te passen criteria, maar ook zicht krijgen op basisfilosofieën die aan het therapeutisch handelen wederzijds ten grondslag liggen zoals bijvoorbeeld patiëntenrechten, democratisering van de behandeling, visies op klinische en sociale psychiatrie, etc., etc. Ook zal het goed zijn om na te gaan in hoeverre behandelpakketten op elkaar aansluiten. Hoe is het met de deskundigheid van de verschillende behandelaars? Sluiten ze aan? Zijn er doublures? Zijn ze aangepast aan de zich ontwikkelende vragen van de markt? Welke bijscholing is nodig, wanneer de vragen van de markt verschuiven? Het zal nodig zijn, dat teams elkaars deskundigheid aanvullen en tegelijkertijd het oog gericht houden op het bedienen van de behoeften van de markt. Men zou dit netwerkpsychiatrie kunnen noemen.

3. Regionale behartiging van GGZ-belangen. Geestelijke gezondheidszorg houdt zich in de eerste plaats bezig met de vraag: Hoe kan worden voorkomen, dat iemand ziek wordt en hoe wordt de aanwezige gezondheid bevorderd? Dat heeft met levensstijl te maken en verantwoordelijkheid van mensen om zo te leven, dat ze hun geestelijke gezondheid bevorderen.

In de tweede plaats houdt de GGZ zich bezig met de vraag: Welke mensen moeten als ziek worden aangemerkt, wat voor behandeling hebben ze nodig en welke voorzieningen moeten er worden geschapen om aan die vragen te voldoen? Hoe zullen de verschillende patiëntencategorieën zich in de komende jaren ontwikkelen? Wordt een toename, een afname of een stabilisatie van bepaalde ziekten verwacht? Ontstaan nieuwe groepen die behandeling behoeven? Wat betekent dat alles voor de taken die moeten worden vervuld? Ook de prioriteitsvraag zal aan de orde zijn: Welke pa-

tiënten worden wel behandeld en welke niet of gedeeltelijk? De financiële middelen zijn immers beperkt. Samenvattend gaat het derhalve om problemen met betrekking tot de behoefte van de 'markt' en de daarop gebaseerde planning en taakverdeling.

In de derde plaats is er in de GGZ sprake van organisatievormen die nodig worden geacht om de gestelde doelen te bereiken, zoals RIAGG- en RIGG-vorming en samenwerking met de eerste lijn.

Bij de ontwikkeling van al deze probleemgebieden: kwaliteit en doelmatigheid, continuïteit van de zorgverlening en de regionale behartiging van GGZ-belangen, ligt er mijns inziens, zowel voor de intra- als de extramuraal werkende psychiater, een belangrijke taak. Om een en ander vruchtbaar te kunnen doen zal hij vaardigheden en kennis nodig hebben, zoals: onderhandelen, omgaan met conflicten, prioriteitenkeuzen, beslissen en implementeren op regionaal niveau, coördineren van behandelprocessen, opereren in een politiek veld en kennis hebben van epidemiologie, marketing, preventie en veranderingsprocessen. Er zal flexibiliteit nodig zijn ten aanzien van de eigen deskundigheid en het aanvullen of veranderen daarvan, aangepast aan zich wijzigende marktverhoudingen.

De opleiding

In het schrijven van het bestuur van de Ned. Ver. voor Psychiatrie d.d. 18 oktober '82 gevoegd bij de aanbieding van het boekje: 'De psychiater in beeld' aan de leden, wordt onder andere het volgende gezegd: 'Opleidingen moeten langer aan opleidingsinstituten verbonden blijven, zodat ze zich in superspecialistische richtingen kunnen ontwikkelen alsmede in de op psychiatrische discipline gebaseerd management'.

Bij dat laatste wil ik me gaarne aansluiten. De ontwikkeling van de psychiater tot organisatiegenoot in intra- en extramurale instituten en netwerken van samenwerking daartussen vraagt extra scholing. Naar ik hoop, heb ik in mijn verhaal een aantal facetten daarvan kunnen aangeven. De scholing zou gedeeltelijk reeds tijdens de assistententijd kunnen plaatsvinden in enkele blokken, maar zou vooral ook tot zijn recht kunnen komen in nascholingsprogramma's.

In het boekje van Schnabel (1982) wordt van een tekort gesproken. Ik ben het daarmee eens. Een aparte plaats neemt de scholing voor directiefuncties in. Ook daarover zou mijns inziens nadere bezinning binnen onze vereniging geenszins overbodig zijn. Misschien zou ook de oprichting van een sectie voor beleidspsychiatrie en managementvraagstukken op zijn plaats zijn om, mede langs de weg van regelmatige bijeenkomsten van vakgenoten en geïnteresseerden, de problematiek inzichtelijk en bespreekbaar te maken. Het aantal psychiaters dat in organisaties werkzaam is neemt immers nog steeds toe.

Mijn verhaal is misschien wat lang geworden, maar ik meende er goed aan te doen om een poging te wagen, u een nieuw veld van ontwikkeling te schilderen, waarbij ik mijzelf nauw betrokken voel. Ik hoop, dat het schilderij heldere contouren vertoont, al zal nog veel nader moeten worden ingevuld en onderzocht. Ik hoop ook, dat het u zicht gegeven heeft op een nieuwe rol die de psychiater als organisatiegenoot kan en mag vervullen.

Mede langs die weg kunnen beleidsontwikkeling, interne behandelcoördinatie en interinstitutionele continuïteit van zorg worden bevorderd, terwijl daarbij tevens een gerichte behartiging van GGZ-belangen tot stand kan komen.

Literatuur

- Andel, H. van, T.E.D. van de Grinten en H.E.J. Jacobs (1982), *Samenwerken tussen ambulante en klinische GGZ*. Een verslag van een conferentie. NCGV-reeks 53.
- Gils, Maarten R. van (1982), Interorganisatiele relaties en netwerkers. *Handboek Arbeids- en organisatiepsychologie*. Afd. 6, sept.
- Godfroy, Arnold (1981). *Netwerken van organisaties*. VVGA-uitgave.
- Lekanne dit Deprez, Macht en onmacht van interdisciplinair samenwerken. 1-2. Interdisciplinaire samenwerking als organisatievraagstuk. *Intermediair*, 12e jaargang, no. 46.
- Romme, M.A.J. (1982), Samenwerken in de geestelijke gezondheidszorg. Een pleidooi tegen categoriaal psychiatrische zorg. *Metamedica* 61, 326-337.
- Schabel, P. (1982), 'De psychiater in beeld'. NCGV-reeks 50.
- Werkboek modellenbouw RIAGG (1982). RIAGG-documentatie no. 13. NVAGG.