

Pogingen tot coördinatie van multi disciplinaire behandeling in het psychiatrisch ziekenhuis

door G. G. F. PAREAU DUMONT

1. INLEIDING

Als over een communicatie-experiment mededeling wordt gedaan uit een research-kliniek kan in eerste instantie gedacht worden, dat het zal gaan om behoeften tot overleg *over* wetenschappelijk werk. Deze behoefte zal hier echter niet aan de orde gesteld worden. Wij beperken ons tot die behoefte tot overleg, welke voortkomt uit de gewone klinische praktijk van een psychiatrische afdeling met chronische patiënten. Wat wil het zeggen als wij spreken over „de gewone klinische praktijk”?

Onze kliniek — gebouwd voor 25 mannelijke en 25 vrouwelijke chronisch psychiatrische zieken — is voor alle personele en materiële voorzieningen aangewezen op het Willem Arntsz Huis te Utrecht; hij functioneert als een afdeling. In tweeërlei opzicht wijkt de kliniek echter af van de doorsnee psychiatrische afdeling: door selectie is getracht alleen schizofrenen²⁾ op te nemen en door het universitaire karakter is de staf dichter bezet. De invloed van een grotere „stafdichtheid” zou nog gering zijn als het merendeel van de stafleden zich uitsluitend bezig hield met „het doen van onderzoeken”. Dat is niet het geval. Alle stafleden hebben ook klinische taken te vervullen, waardoor eveneens accent valt op „onderzoeken wat we doen”. Doordat er veel tijd is kunnen de klinische mogelijkheden ook intensief worden ingeschakeld. Zo zullen bijv. therapeutische hulpmiddelen niet alleen kwantitatief meer worden aangetrokken, maar ook kwalitatief meer worden betrokken in de therapeutische arbeid.

Het onderzoek beïnvloedt het onderzochte; als we ons werk kritisch bekijken gaan we het ook anders doen.

Het onderzoek schept geen problemen uit het niets, de stof tot vragen was er al. Maar het onderzoek schept wel weerstand, die er tevoren niet was. De tol die betaald wordt voor het zetten van vraagtekens, voor het op losse schroeven zetten van „zekerheden” is, dat de research in staat van beschuldiging wordt gesteld; bij voorkeur in de trant van: „Vroeger wist je wat je te doen stond en je had geen research nodig; nu heb je research en je weet niet meer wat je te doen staat. Door onderzoek weet je minder; weg met het onderzoek!”

Wat is het rendement van dat intensieve gebruik van de therapeutische mogelijkheden? Zodra een patiënt met meer dan één persoon te maken heeft of meer dan één soort therapie krijgt, is er ten aanzien van het effect een nieuwe vraagstelling bij gekomen: als iedere therapeut zijn werk „goed” doet — vanuit zijn eigen discipline — is dan het effect van de combinatie ook goed? Bijvoorbeeld: de dokter wil dat de patiënt „zelfstandig zijn kleding verzorgt”; hij stimuleert de patiënt bijv. door opmerkingen over zijn kleding te maken. De verpleegster wil dat de patiënt „goed gekleed gaat”; zij verwisselt zijn vuile kleding voor schone. Is het effect van deze combinatie als positief te beoordelen?

In het gunstigste geval ontdekt men achteraf, dat er niets te beoordelen valt omdat er geen experiment geweest is. In het ongunstigste geval verbinden arts en verpleegster aan de kleding *beoordelingen* zonder zich te realiseren, dat de één „zelfstandigheid” en de ander „volgzaamheid” op het oog heeft. Doordat zij beiden ook *in hun werk* niet hetzelfde voor ogen hebben gehad ontbreekt het hen aan vergelijkbare ervaringen. Heel anders zou het zijn geweest als zij vooraf éénzelfde doel hadden afgesproken. Bijvoorbeeld: de patiënt te leren met zijn kleding datgene te doen wat in zijn toekomstig maatschappelijk milieu gebruikelijk is. Door het expliciet maken van deze doelstelling zouden zij na verloop van tijd wel hetzelfde beoordelen. (Hoe ver is hij ermee? Gaat de kamerbewoner al naar de wasserette? Vraagt de kostganger al om een knoop aan te zetten?). Met een gemeenschappelijk doel voor ogen zouden beide therapeuten hun werk zo kunnen doen dat zij vergelijkbare ervaringen opdeden.

Hoe verantwoord ieders individuele bemoeienis ook moge zijn, wij zijn verplicht af te wegen wat de combinatie waard is. En het effect van de combinatie is alleen te beoordelen aan een gemeenschappelijke doelstelling. Het overleg om tot zulke „afspraken” te komen wordt meestal toegejuicht. Maar hetzelfde overleg confronteert ons na verloop van tijd met wat wij niet waar hebben kunnen maken. Het is opvallend hoe unaniem ieder dan vindt dat hij „te weinig tijd voor de patiënt gehad heeft”.

Wordt de teleurstelling nog iets groter dan steekt een welbekende gedachtengang de kop op: „Vroeger kon je iets dóén en je had geen overleg nodig; nu heb je overlég en je kunt zo weinig meer doen. Door al die besprekingen kun je minder werken; weg met de besprekingen!”

Uit het voorgaande blijkt, dat wij de term „bemoeienis” zullen gebruiken voor ongecoördineerde activiteit waarvan de resultaten, bij ontbreken van gemeenschappelijke doelstellingen, slecht te beoordelen zijn. De term „behandeling” zullen wij bezigen voor ge-coördineerde activiteit, die wel aan een gemeenschappelijk behan-

delingsdoel te beoordelen is. Op de gradaties tussen deze uitersten komen wij nog terug, maar we kunnen hier al zeggen dat — in deze betekenis — ieder die in een psychiatrisch ziekenhuis bemoeienis met een patiënt heeft ook een therapeutische rol of functie vervult wanneer hij zijn activiteit op een gemeenschappelijk behandelingsdoel afstemt.

Van welke aard is de bemoeienis van de hulpkrachten waar de patiënt mee in aanraking komt? Kenmerkend is ten eerste dat zij een deeltaak hebben. Hun bemoeienis met de patiënt is beperkt tot bepaalde omstandigheden, bepaalde situaties of sectoren. Zij dragen technische deelverantwoordelijkheid voor de sector, die zij met de patiënt bestrijken — bijv. arbeid — maar zij dragen geen eindverantwoordelijkheid voor de patiënt als geheel.

Een tweede kenmerk is dat de relaties met de patiënt zich afspelen rond een „medium”, dat een eigen structuur heeft. Het gaat om contact, dat gedisciplineerd wordt door hypothesen en theorieën, die meer de relatie tussen patiënt en „medium” gelden dan de relatie tussen patiënt en therapeutische hulpkracht. Zo is bijv. patiënt's verhouding met de arbeidstherapeut slechts één onderdeel van zijn relatie tot de hele werksituatie. In vergelijking tot de psychotherapie ligt het accent meer op het ageren in het „doe”-vlak dan op verbaliseren in het vlak van de intermenselijke relaties. Wij moeten ons realiseren, dat de medicus evenmin geschoold is in het hanteren van het „medium” als de therapeutische hulpkracht in de psychotherapie.

Van sectoren, waar de patiënt in onze kliniek mee in aanraking kan komen, spreken *arbeid, expressieve creativiteit, sport en beweging, muziek, drama-therapie* voor zichzelf. Met *maatschappelijk werk* is het al wat moeilijker.¹⁾

Toch heeft de maatschappelijk werker een functie in de behandeling, misschien niet zozeer omdat hij de patiënt tot het behandelingsdoel voert, maar omdat hij het behandelingsdoel naar de patiënt brengt. Bijvoorbeeld: hij formeert het medium „gezin” („maatschappij”) zodanig, dat de patiënt „er iets mee kan doen”. De maatschappelijk werker zal dan ook in zijn sector (mede) verantwoordelijkheid dragen *voor het behandelingsdoel*, voor het stellen en bereiken daarvan. Ook de *socio therapie* met het medium „*gespreksgroep*” zou onder deze sectoren gerangschikt kunnen worden, maar dit aspect kan hier beter buiten beschouwing blijven.

Een heel aparte plaats heeft de *socio therapie* met het medium „leefklimaat”. Het is vooral de verplegende staf die in het scheppen van een „therapeutisch leefklimaat” behandelend functioneert. Om de inleiding samen te vatten kunnen we zeggen, dat wij de hulpkracht hebben gedefiniëerd als

- a. een medewerker met een eigen — niet medische — discipline,
- b. als uitvoerder van een deeltaak en drager van deelverantwoordelijkheid,
- c. als iemand die door zijn bemoeienis potentiëel een therapeutische functie kan vervullen.

Wij hebben gezien dat bemoeienis van meerdere personen alleen beoordeelbare resultaten heeft als van gezamenlijke doelstellingen wordt uitgegaan. Verschil in persoonlijkheid, deeltaak en discipline maken coördinatie tot een des te dwingender eis naarmate meer personen en meer disciplines bemoeienis met de patiënt krijgen. Maar de arts — als traditionele één-mans-coördinator — zal juist door het toenemende aantal personen en disciplines verhoudingsgewijs minder de specifieke indicaties en contra-indicaties overzien. Er zullen relatief meer mogelijkheden onbenut en meer controversen onopgemerkt blijven. Met andere woorden: door deze verandering van rendementsverhoudingen wordt het punt bepaald waarop delegeren van autoriteit, en dus ook coördinatie in teamverband, voordelen heeft boven lineaire autoriteitsverdeling met de één-mans-coördinatie.

2. DE ONTWIKKELING VAN HET OVERLEG IN ONZE KLINIEK

Bij de start van deze kliniek werden schizofrene patiënten opgenomen, die tientallen jaren verpleging achter de rug hadden. Als wij ons afvroegen bijvoorbeeld waarom de heer A. nog niet ontslagen was, kon daarop geen antwoord gegeven worden! Zeker, de heer A. deed niet de minste moeite de gestichtskleding te sluiten of schoon te houden. Maar zou hij net zo onachtzaam omgaan met een eigen kostuum buiten de „poort”? Zo ja, kon hij nog leren zorg voor eigen kleding te hebben? De heer B. hallucineerde luidruchtig. Liet hij zich maar gaan? Vond hij het niet de moeite waard zich te matigen? Zou hij in de schouwburg geluidloos kunnen hallucineren of het hallucineren kunnen uitstellen? Zou hij dat kunnen leren? Zou hij daartoe te motiveren zijn?

Bij deze langdurig gehospitaliseerde patiënten is het confronteren met „gewone” maatschappelijke situaties tegelijkertijd onderzoek en (revaliderende) behandeling. Die situaties moeten echt zijn en persoonlijk. Als wij de heer A. uitnodigen voor een bezoek aan de schouwburg kunnen wij alleen dán te weten komen hoe de heer A. zich als „gast” gedraagt wanneer de begeleider op eigen initiatief of eigen verantwoordelijkheid handelt. Heeft de begeleider een opdracht dan komen we te weten hoe de heer A. zich „onder geleide” gedraagt, en voor die informatie hoeven we waarlijk niet naar de schouwburg! Bovendien is de kans groot dat de heer A. van zijn begeleider leert „hoe hij zich onder geleide

moet gedragen". En ook dát kan waarschijnlijk eenvoudiger dan door schouwburgbezoek.

Aan dit voorbeeld is te zien hoe de ervaringen van de begeleider meer relevant zullen zijn naarmate de onderzoek/behandelings-situatie meer door hemzelf is gecreëerd. Dit samengaan van ruimte geven (autoriteit spreiden) en ruimte nemen (tot het relevante beperken) werd in onze kliniek nagestreefd in het *afdelingsteam*, waarin wekelijks artsen, verplegers, creatief therapeuten en soms het hoofd van de arbeidstherapie voor overleg bijeen kwamen.

Deze vorm van coördinatie heeft zijn uitgangspunt in het *personeelsbeleid*. Het teamverband belast de deelnemers met groter persoonlijke verantwoordelijkheid en zelfstandigheid; bovendien stimuleert het ook tot scherper omschrijven en afgrenzen van rollen en van disciplines. Het bevordert dan ook de institutionalisering van disciplines. Doordat de medewerkers ondervinden wat zij van elkaar kunnen vragen krijgt ieders werk geleidelijk die „vanzelfsprekendheid" welke de persoon als vakman vervangbaar maakt. Het personeelsbeleid als uitgangspunt van overleg is in Nederland o.a. gepropageerd door Loois⁴⁾.

Volledigheidshalve kan vermeld worden dat nog twee andere vormen van overleg werden ingevoerd, die wij naar doelstelling kunnen splitsen.

Het *disciplinaire* overleg, dat de ontwikkeling van eigen discipline bedoelt. Zoals het contact tussen vakgenoten bij voorkeur onder leiding van een opleider; de werk- of studiegroep of de „inservice-training". Ten onrechte wordt vaak aangenomen, dat de psychiater hier zou moeten coördineren, superviseren of opleiden. Hij is niet geschoold in het hanteren van het „medium"; hij is niet vaktechnisch onderlegd.

Het *relationele* overleg, dat moet bijdragen tot verheldering van de intermenselijke relatie tussen patiënt en therapeutische hulpkracht. Met andere woorden: het omvat de „coaching en counseling" van therapeuten, individueel of in groepsverband, door een staflid dat de patiënt kent.

Men zou verwachten, dat met het organiseren van deze drie overlegorganen voldoende coördinatie tot stand zou komen. Na verloop van tijd bleek dit niet het geval te zijn; er hoopten zich nog steeds veel misverstanden en spanningen op. In de besprekingen van het afdelingsteam klonk steeds luider de vraag naar richtlijnen. Nu was dat geen nieuw geluid. Bij de overgang van autoritaire lijnstructuur op teamwork, wordt de medewerkers immers niet alleen groter vrijheid, maar ook groter persoonlijke verantwoordelijkheid gelaten. En dat waar psychosebehandeling sterke spanningen op kan roepen. Onder deze stress valt de groep aanvankelijk nog gemakkelijk terug op het oude patroon van „aan

de dokter vragen" waar het team als werkgroep zélf oplossingen kan zoeken.

Toch lag het nu anders. Bij onderzoek van de aanleidingen bleek de oorzaak steeds te liggen in een tekort aan zeer bepaalde informatie namelijk van het type: „Wat is onze bedoeling met deze individuele patiënt? Waar willen we met hem naartoe werken?" Loois⁵⁾ noemt vijf voorwaarden waaraan moet worden voldaan wil autoriteit met optimale efficiëntie functioneren.

Tweemaal noemt hij daarin het toekomstperspectief: „... an exclusive responding to acute problems leads tot less favourable results than application to plans to be realized over a somewhat longer period of time. A longer time perspective leads to higher productivity", en verderop: „... when decisions are not exclusively dictated by toplevels, but rather result from consultation in small groups, the result is apparent in: a) improved time perspective...".

Wat was er dan met ons team aan de hand, dat juist in het ontbrekende perspectief tot uiting kwam? Waardoor vroeg het team een behandelingsplan in plaats van het op te stellen?

Het zag ernaar uit dat het team door vier oorzaken tekort was gaan schieten in het ontwerpen van behandelingsplannen.

1. Door mutaties in de „proefgroep" was de behoefte aan meer individuele behandelingsplannen sterk gestegen.
2. Door dezelfde mutaties ontstond zo'n overvloed aan actuele problemen, dat het team eenvoudig niet meer aan plannen op langere termijn toekwam.
3. Er waren meer therapeutische hulpkrachten ingeschakeld.
4. Het aantal ingeschakelde therapeuten „buiten" het afdelings-team was gestegen, wat tot gevolg had dat bij het overleg over een patiënt nooit alle betrokken therapeuten bijeen waren. En deze onvoltalligheid belemmerde de informatie en de besluitkracht in hoge mate.

Niet alleen in onzekerheden kwam het gemis aan behandelingsplannen tot uiting, vaak zelfs trok tegenstrijdigheid veel meer de aandacht. In ons geval kon het gebeuren dat de arbeidstherapeut, op grond van de arbeidsanamnese van de patiënt, administratief werk aanmoedigde, terwijl de psycholoog kon voorspellen dat juist in dít werk geen acceptabel niveau te bereiken was, etc. etc. In de inleiding is gesproken over gradaties tussen „bemoeienis" en „therapie". Totaal ongerichte bemoeienis hebben we theoretisch wel aangenomen, maar in de praktijk zal er altijd wel tenminste een soort weinig genuanceerde, onuitgesproken en globale overeenstemming in gerichtheid zijn. Enkele stappen verder zagen wij het afdelingsteam tot meer globale „afspraken" komen ten aanzien van het confronteren van patiënten met de „echte" maat-

schappij in het algemeen. Nu werd het nodig om per patiënt af te spreken met welke specifieke maatschappelijke aspecten confrontatie of oefening nodig was; welk aspect *voorrang* moest hebben. Bijvoorbeeld het werk wel of niet onderbreken voor sport? Vrij wandelen ook in of alleen buiten de werktijd? Welke verplichtingen kunnen of moeten geëist worden? etc.

Dus de vraag verliep van impliciete-, over globale- naar zeer specifieke behandelingsdoelen, terwijl het team juist „per patiënt” onvoltalliger werd.

Toen dit probleem steeds duidelijker uitkristalliseerde werd besloten voor dit overleg met de „plangroep” te beginnen.

3. DE „PLANGROEP”

Experimenteel werd een vierde coördinatievorm toegevoegd, die ik nu maar functioneel zal noemen, omdat het directe werken met de patiënt centraal werd gesteld. Niet het team, maar de patiënt werd uitgangspunt. Alle therapeuten, die zelf met één bepaalde patiënt werkten, werden uitgenodigd voor een werkbespreking, om — met inbreng van eigen ervaringen met de betrokken patiënt — een behandelingsplan voor het komende halve jaar op te stellen. Het zal u niet verwonderen, dat wij van de „plangroep” zijn gaan spreken.

Als wij de *samenstelling* bezien zou de meervoudsvorm „plangroepen” juist zijn geweest, want per patiënt is er een groep van andere samenstelling aan het werk.

De opbouw ziet er als volgt uit. Als „*vaste*” deelnemers: de gespreksleider (psychiater), de „secretaris” (psycholoog die tevens eigen discipline inbrengt en die zo nodig ervaring met coaching van therapeuten kan laten meetellen), de maatschappelijk werker en/of de begeleidend psychiater. Voorts de hoofden van verpleging en arbeidstherapie, die vooral in een consultatieve rol zitting hebben.

Van de *wisselende* deelnemers noem ik: de behandelend psychiater of assistent, de woordvoerende verpleger (bij toerbeurt vervuld), en verder alle therapeuten, die bij de behandeling van de besproken patiënt zijn betrokken.

Dan kunnen er *toehoorders* zijn. Iedere belangstellende is welkom, mits hij zich niet ongevraagd in de discussie mengt. Vooral van de zijde van de verpleegstaf wordt van deze mogelijkheid een druk gebruik gemaakt.

Van de *werkwijze* het volgende:

Twee weken vóór de zitting worden de deelnemers uitgenodigd door toezending van een formulier, waarop de naam van de patiënt en datum en uur van de bespreking zijn vermeld. Ge-

vraagd wordt op dit halve vel kort vast te leggen:

1. eigen ervaringen met de patiënt,
2. doelen aan te geven waarnaar gestreefd moet worden,
3. suggesties voor de uitvoering te geven.

De deelnemers brengen de formulieren ter zitting mee; na afloop zamelt de secretaris ze in. In de eerste ronde heeft elke therapeut 5 minuten spreektijd, hij leest op wat hij heeft ingebracht, waarna gewoonlijk tijd overblijft voor mondeling toelichten of beantwoorden van vragen.

Daarna wordt de discussie geopend. De secretaris protocolleert. Na 1 uur wordt afgebroken, ongeacht de vorderingen.

De *leiding* van de groep is zoveel mogelijk zakelijk en vrij strak. Anekdotisch materiaal mag gerust ter tafel worden gebracht, maar de leiding verbindt hieraan steeds een vraag als: „Heeft u een voorstel hoe we dat in het plan moeten verwerken?” of „Wat kunnen we daar in de behandeling mee doen?” Met andere woorden: de leider stimuleert de deelnemers om van vrijblijvend mededelen te komen tot doelgerichte participatie.

Verwerking: De protocollen en formulieren worden door de secretaris op het dicteerapparaat uitgewerkt. Aan de hand van dit verslag formuleert de redactiecommissie (leider en secretaris) puntsgewijs de conclusies. Dit „korte verslag” of behandelingsplan wordt in gestencilde vorm aan iedere therapeut toegezonden.

Voor de tweede en volgende zittingsronden — telkens na ca. $\frac{1}{2}$ jaar — wordt een ander vragenformulier gebruikt. Verschillende vormen worden nog beproefd en momenteel zijn uniforme vragen in gebruik, die inhoudelijk neerkomen op:

- I. Welke toevoeging(en) zijn gewenst? Wat hebt u gemist in het plan?
- II. Per vorig planpunt:
 - a. evaluatie van de patiënt (zijn we dichterbij of verder af van het gestelde doel?)
 - b. evaluatie van de vorige conclusie (was het punt bruikbaar, uitvoerbaar, „is er mee te werken?”).
 - c. is wijziging nodig, zo ja, welke?

Af en toe besteedt een groep het uur om de eigen werkwijze onder de loep te nemen.

De *ervaringen*, die wij met de plangroep opdeden, waren van heel ver uiteenlopende aard.

1. WEERSTANDEN

Allereerst bleek al na enige maanden, dat de plangroep veel weerstanden opriep. Toch wilden allen het experiment voortzetten. Ondanks vaak heftige kritiek wilde men deze vorm van informatie

en overleg niet meer missen! Daarom werd besloten de werkwijze ook meer „van buitenaf” in studie te nemen. Dat is te zeggen, dat een psycholoog — weliswaar uit de eigen staf, maar minder bij de therapie betrokken — het onderzoek ging uitdiepen. Dit werk is nog in gang, maar er kwamen van zijn kant reeds vele nuttige suggesties.

2. REFERENTIEKADERS EN GRENSOVERSCHRIJDINGEN

De gespreksvorm in de plangroep bleek de deelnemers te dwingen tot een gemeenschappelijk referentiekader. De plangroep kreeg zijn eigen discipline, die niet ondergeschikt was aan andere, met name niet aan de medische. Informatie kan niet worden afgezet tegen de klinische vraag ziek of gezond, evenmin tegen de vraag aangepast of onaangepast, etc., etc., maar tegen de vraag van *maatschappelijke aanvaardbaarheid* geconcretiseerd in: „Waarom is er nog geen plaats in de maatschappij voor deze patiënt?” Anders gezegd: in de plangroep proberen we het gebeuren met de patiënt te zien door de ogen van „buitenstaanders”.

Wanneer feiten en verwachtingen op deze wijze worden weergegeven kan iedere discipline hieraan eigen consequenties ontlelen. Aan een voorbeeld toegelicht hoe dit in zijn werk gaat. Uit wat de participanten elkaar mededelen is een bepaalde samenhang tussen „mislukken” en „niet durven samenwerken” naar voren gekomen. Hieruit is ad hoc de hypothese gesteld: „De heer X mislukt door zijn angst voor samenwerken”.

En de predictie: „door de angst voor samenwerken te vermindere[n] zal hij beter slagen”.

Uit de rondvraag wie hier iets aan denkt te kunnen doen komen diegenen naar voren, die een herformulering in de eigen discipline kunnen vinden. Bijvoorbeeld:

De arts: „Door medicatieverandering zal hij minder mislukken”.

De arbeidstherapeut: „Door aan de „lopende band” samen te werken kan hij oefenen”. De bewegingstherapeut: „Door hem in een volleybalgroepje tot samenspel te brengen kan hij de angst overwinnen”.

Maar de therapeut heeft vanuit zijn eigen discipline andere indicaties. Die zullen vaak niet samenvallen met die van de plangroep. Bijvoorbeeld in dit geval:

De arts ziet voordelen in het ongewijzigd laten van de medicatie.

De arbeidstherapeut ziet dat patiënt aan lampekappen maken op zijn eentje veel arbeidsvreugde ontleent.

De bewegingstherapeut behandelt liever individueel om de slecht geïntegreerde motoriek te verbeteren.

Uit de discussie zal moeten blijken wie aan de algemene hypothese

van de plangroep voorrang geeft boven die van de eigen discipline. Gesteld dat de arts de voorkeur geeft aan ongewijzigd laten van de medicatie, terwijl de arbeids- en de bewegingstherapeuten de algemene hypothese laten prevaleren, dan zou uiteindelijk het planpunt als volgt kunnen worden vastgelegd:

„(de heer X) *mislukt door angst voor samenwerking*”.

In de arbeids- en in de bewegingstherapie zal worden geprobeerd hierin verbetering te brengen door hem in een kleine groep te plaatsen”.

U ziet dat het eigen referentiekader van de plangroep de medewerkers ook beschermt tegen grensoverschrijdingen door anderen. De indicaties en contra-indicaties uit de eigen discipline kunnen tot hun recht komen en de therapeut bepaalt zelf welk compromis hij verantwoord en „haalbaar” acht. Hij krijgt geen voorschriften van iemand, die vaak niet alle consequenties van zijn vakgebied kan overzien. Hij laat welbewust een veer in de wetenschap, dat zijn nieuwe doelstelling met deze patiënt geïntegreerd is in het totaal.

3. ALTERNATIEF CONCLUSIES

Het is een bron van veel frustraties geweest, dat doelstellingen werden opgenomen, die onbereikbaar of onuitvoerbaar bleken, zonder dat alternatieven werden gegeven. Wij raken hier een essentieel punt van de planning. Alternatieven kunnen het plan zelf ondergraven. Gesteld dat is opgenomen: „mei. IJ. zal op de arbeidstherapie naaiwerk krijgen” en mei. IJ. weigert te gaan. Moet nu een alternatief worden opgenomen als bijvoorbeeld: „Wanneer het zonder dwang niet lukt moet ze op de afdeling verstelwerk krijgen”? Zou dit gebeuren dan vervalt het *spanningsveld* waarin de patiënt op buitenwerk gericht wordt, want het gevaar is heel groot, dat men al gauw vergeet dat de patiënt elders verwacht wordt. Daar de richtende functie van het behandelingsplan dan verloren gaat moet men alternatief-conclusies vermijden.

Wij hebben de indruk dat op deze regel een — schijnbare — uitzondering moet worden gemaakt voor situaties waar de hulpkracht contact met de patiënt moet hebben zonder dat hijzelf mogelijkheden ziet tot behandeling. Hier zou de meeste ruimte moeten blijven voor „proberen”, voor terreinverkenning i.t.t. het „planmatig” toetsen van de werkhypothese. De categorie medewerkers, die het meest met deze „dubbelrol” wordt geconfronteerd is wel de verplegende staf. Om enkele van de talrijke spanningsbronnen op te sommen:

De verpleger maakt gedurende zijn volle werktijd zelf deel uit

van het „medium”, van het „therapeutisch leefklimaat”, dat hij de patiënt aanbiedt; hij kan zich minder achter het medium terugtrekken.

De verpleger kan niet ontkomen aan de patiënt die „te ziek is om iets met het medium te doen”; hij kan de patiënt niet terugsturen naar de afdeling; hij blijft met de „slechtste” patiënten achter.

Medici neigen tot weinig gedifferentieerd voorschrijven van „socio-therapie” zonder dat zij goed weten welk leefklimaat voor de bepaalde patiënt therapeutische kwaliteiten heeft.

Het juiste „therapeutische leefklimaat” voor de ene is vaak niet te combineren met de individuele belangen van de andere patiënt. De psychiatrische verpleegkunde heeft nog weinig structuur en is nog arm aan beproefde technieken waarop men „veilig kan terugvallen”. Hier zal nog heel veel werk verzet moeten worden.

4. BRUIKBAARHEID

Tegen de bruikbaarheid van het behandelingsplan is veel gefulmineerd. Aan de meest gehoorde klacht „onpraktisch” waren een aantal factoren debet. We zullen er enkele noemen:

a. De *formulering* was te ingewikkeld, onleesbaar, onbegrijpelijk, of bevatte te veel vreemde woorden.

Inderdaad heeft de redactiecommissie gestreefd naar het comprimeren in één punt van informatie en het logische daaruit voortvloeiende besluit. Dit resulteerde in gewrongen zinnen en veelvuldig gebruik van termen met grote „betekenislading”. Met „... de agressie zal in rivaliteitsstrijd gericht en ontladen worden” konden de medewerkers minder aanvangen dan met een latere formulering als „... wij zullen er gebruik van maken dat zij zich meer inzet als het iets wedstrijdachtigs betreft”. Desondanks werden de punten nog „vele regels lang”. Een opiniepeiling van De Wit ⁷⁾ bracht aan het licht, dat besluiten minder werden uitgevoerd naarmate zij meer regels lang waren. De redactiecommissie tracht dit nu te ondervangen door het behandelingsplan met een korte samenvatting van evaluatie en observatiegegevens in te leiden en daarop puntsgewijs de besluiten te laten volgen, voorzien van een onderstreepte „trefwoordelijke” aanhef. Er wordt bovendien naar gestreefd stukjes uit de protocollen verbatim weer te geven.

b. *Inbreng buiten de plangroep* om wekte bevreemding en weerstand. Het gebeurde vroeger vaak dat de redactiecommissie achteraf betekenis verleende aan informatie, die ter tafel was gekomen

en op grond daarvan besluiten nam. Dus zonder dat de gedachten-gang op de zitting ter sprake was geweest. Dit euvel is door tijds-gebrek niet geheel te vermijden, maar het dient wel maximaal beperkt te worden. Zo het al gebeuren moet dan doen wij dat nu als „noot van de redactie” of als suggestie tot beraad in kleinere kring. Bijvoorbeeld „A, B en C kunnen bespreken of het wenselijk is dat ...”

c. *Schijn-eenstemmigheid.*

In de tweede zittingsronde bleek, dat vaak onvoldoende rekening was gehouden met opposititonele minderheden. Er kwamen soms plangroepconclusies op schrift, die een opdracht aan alle deelnemers inhielden, terwijl enkelen het er niet mee eens waren. Bijvoorbeeld: „Met de heer Z. zullen we toewerken naar kamer-bewoning, omdat het ouderlijk huis zo bijzonder ongunstig is”. Wie dit laatste niet kan beamen zal zich tegen het gehele plan keren. Deze bron van spanningen kan worden vermeden door achter de conclusiepunten te vermelden wie ze uitvoert. Het blijft dan voor verantwoordelijkheid van „hen die er in geloofden”. Natuurlijk moet daarnaast plaats blijven voor een grootst gemene deler, die voor alle therapeuten geldt.

5. „FEEDBACK”

De plangroep heeft een sturende functie; hij moet ook kunnen „bijsturen”. Daarvoor is noodzakelijk dat relevante informatie terugkomt. Als bijv. gesteld is dat „mevrouw B. moet leren haar financiële zaken zelf te regelen” dan is de informatie dat zij „meer hallucineert” irrelevant zolang geen verband met de doelstelling wordt aangegeven, resp. zolang niet wordt aangegeven of de algemene hypothese bruikbaar is gebleken. Uit de observatie „zij hallucineert meer nadat zij voor haar zakgeld heeft moeten tekenen, maar zij is wel in staat haar geld met overleg te besteden” zou bijv. verandering van werkhypothese kunnen volgen. Daarom wordt puntsgewijs naar het vorige plan gevraagd, maar ook dan is relevante informatie nog betrekkelijk schaars. Deze „feedback” is onmisbaar om elkaar te confronteren met eerder genomen besluiten, om elkaar te doordringen van het feit dat die besluiten *zelf* genomen zijn en nu weer *zelf* genomen zullen worden en bovendien om met elkaar te beoordelen welke resultaten bereikt zijn. En dit is zeker het pijnlijkste en meest deprimerende deel van het doelgerichte overleg.

Wij hebben ons nu beperkt tot het overleg *over* de patiënt. Uiteraard heeft de coördinatie van multidisciplinaire therapie ook consequenties voor het overleg *met* de patiënt. Dit aspect moeten wij

hier buiten beschouwing laten, niet omdat het onbelangrijk is, maar omdat de behandeling zelf — het overleg met de patiënt is immers een onderdeel van het therapeutische contact — buiten het kader van deze voordracht valt.

SAMENVATTING

Uit ervaringen in de Tweede Psychiatrische Universiteitskliniek kan worden afgeleid dat in psychiatrische ziekenhuizen de behoefte aan coördinatie bij de revalidatie van „chronische” patiënten snel zal stijgen als gevolg van:

- a. het toenemend aantal medewerkers dat directe bemoeienis met éénzelfde patiënt heeft,
- b. het verschil in discipline dat leidt tot ongelijke en moeilijk vergelijkbare bedoelingen en ongelijke en moeilijk vergelijkbare beoordelingen.

Multidisciplinaire behandeling is een discipline op zichzelf indien er coördinatie is. Daartoe moeten de „algemene” vooronderstellingen en de gemeenschappelijke doelstellingen t.a.v. de behandeling van de individuele patiënt expliciet worden. Doordat de medewerkers deze „algemene” vooronderstellingen en gemeenschappelijke doelstellingen kunnen formuleren en kunnen herformuleren in de eigen discipline, komt coördinatie tot stand.

Van de ingewikkelde en gecompliceerde benadering bij de revalidatie van de chronische patiënt wordt met de zogenaamde „plangroep” een exploratief onderzoek gedaan.

Deze groepen zijn minder gesloten dan bij team-work gebruikelijk is omdat — ter behoud van differentiatie — deelname niet beperkt is tot een vast team van medewerkers. Allen die directe bemoeienis met een patiënt hebben komen halfjaarlijks bijeen om een individueel behandelingsplan voor de volgende periode op te stellen. Daarbij worden de „algemene” vooronderstellingen en gemeenschappelijke doelstellingen expliciet.

Enkele ervaringen met deze opzet zijn besproken.

SUMMARY

From experiences in the Second University Hospital for Psychiatry in Utrecht it is likely that in psychiatric hospitals the need for coordination in the rehabilitation of "chronic" patients will be rapidly increasing due to:

- a. the increasing number of co-workers engaged in contact with one patient;*
- b. differences in discipline, leading to aims and evaluations, that are difficult to compare and integrate.*

Multidisciplinary treatment is a discipline in itself provided that there is coordination. To that end "general" hypotheses and common aims regarding the treatment of the individual patient should become explicit. Coordination is

promoted in that co-workers can formulate these "general" hypotheses and common aims and can re-formulate them in their own disciplines.

The intricate and complex approach in revalidation of the chronic patient is subjected to an explorative investigation with the so-called "plangroup". These groups are less closed than is usual in teamwork, since — to maintain differentiation — participation is not limited to a regular team of co-workers. Those engaged in contact with one patient do assemble half-yearly to decide on individual lines and modes of treatment for the next period. "General" hypotheses and common aims do become explicit this way.

Some experiences with this arrangement are discussed.

LITERATUUR

1. Beyaert, F. H. L. — Over maatschappelijk werk in het psychiatrisch ziekenhuis.
Voordr. rks Ned. Ver. Psychiat. Dienstverb.,
8e jrg. nr. 29 (1966) . . . —
2. Fischer, A. A. — Enkele problemen bij het samenstellen van proef-
groepen voor wetenschappelijk onderzoek in het
psychiatrisch ziekenhuis.
Voordr. rks Ned. Ver. Psychiat. Dienstverb.,
8e jrg. nr. 29 (1966) . . . —
3. Hilten, Mej. A. van — Groepspsychotherapie met patiënten lijdende aan
schizofrenie.
Voordr. rks Ned. Ver. Psychiat. Dienstverb.,
8e jrg. nr. 29 (1966) . . . —
4. Loois, H. — Personeelsbeleid in ziekeninrichtingen. Ziekenhuis-
wezen, 35e jrg. nr. 8 (1962): 242-5.
5. Loois, H. — Authority distribution and sociotherapy. Psychiat.
Neurol. Neurochir., 67 (1964): 148-54.
6. Raven, Mej. E. — Vraagstellingen bij psychologisch onderzoek in
de Tweede Psychiatrische Universiteitskliniek.
Voordr. rks Ned. Ver. Psychiat. Dienstverb.,
8e jrg. nr. 29 (1966) . . . —
7. Wit, O. E. de — (in bewerking).