

Over dehospitalisatie door middel van schaalverkleining en de gevolgen voor teams

Verslag van een teamontwikkelingsproces in de chronische sector

door J. Anten en A. Heijdens

Inleiding

In dit artikel bespreken we onze ervaring met teams die werken in de chronische sector en die te maken hebben met schaalverkleiningsactiviteiten, als onderdeel van het vernieuwingsproces zoals dat de laatste jaren zijn beslag krijgt binnen het psychiatrisch instituut. Binnen de psychiatrische kliniek groeit in toenemende mate de behoefte de behandeling en de huisvesting van chronische patiënten drastisch te wijzigen. Door de kritiek van de laatste decennia op de situatie waarin deze psycho-sociaal kwetsbare mensen verblijven, doen nieuwe disciplines hun intrede en wordt er daadwerkelijk naar gestreefd de verblijfs- of woonsituatie te wijzigen vanuit een veranderde behandelingsoptiek.

In ons instituut hebben wij ons de afgelopen jaren intensief gebogen over een veranderingsprogramma voor het chronisch circuit, teneinde de zelfredzaamheid te verhogen voor deze patiëntengroep. Welbekende processen van schaalverkleining, democratisering, ADL-trainingen en integratie zijn op gang gebracht.

We willen hier nader ingaan op enkele facetten van het proces van schaalverkleining en de gevolgen voor het team van medewerkers. In het voortdurend streven naar een meer menselijke maat in het wonen van psychiatrische patiënten in of buiten het instituut, is er in eerste instantie naar gestreefd de groepsgrootte terug te dringen. Daarnaast is een meer gespreide lokatie van de huisvesting bewerkstelligd; vanuit de paviljoensstructuur naar meer aan de rand en zelfs buiten het instituut gelegen woonvoorzieningen.

Dit heeft niet alleen grote gevolgen voor het patiëntenbestand – dat we in dit bestek ter zijde zullen behandelen – maar ook consequenties aan de kant van de medewerkers. Met name is het ons opgevallen dat de relatief kleine teams, die voor grotere aantallen patiënten werken, in het lange-termijnperspectief tamelijk kwetsbare eenhe-

Ten tijde van het project was J. Anten verbonden aan 'Het Hooghuis'. Momenteel is hij als socioloog/teambegeleider werkzaam bij het Psychiatrisch Centrum 'Jan Wier', vestiging 'Overdonk' te Dongen. A. Heijdens is als groepswerker/teambegeleider verbonden aan de afdeling personeel, opleiding en organisatie van 'Het Hooghuis' te Etten-Leur.

den zijn. Wij zullen dit hier nader uitwerken en een uiteenzetting geven van onze interventie-overwegingen en -strategie om dit probleem te ondervangen. Het is ons gebleken dat naast de zorg en aandacht voor de chronische populatie in verandering, er evenzeer aandacht besteed moet worden aan de betreffende afdelingsteams, daar anders het beoogde effect (verbetering van de zelfredzaamheid van de bewoners) niet wordt bereikt.

In zijn artikel over symbiose en fragmentatie van psychiatrische behandelteams benadrukt Berkouwer het belang van beter te begrijpen wanneer en onder welke voorwaarden teams helpend en bevorderend zijn en wanneer zij stagnerend, chronificerend of zelfs verergerend inwerken op de patiëntenpopulatie (Berkouwer 1979). Dit vinden wij zeer van toepassing op ons werk als teambegeleider in de chronische sector van ons instituut. Regelmatig worden wij geconfronteerd met dergelijke aspecten van teamfunctioneren. Als teambegeleider is onze belangrijkste zorg effectief teamfunctioneren te bewerkstelligen. Niet alleen zoals Berkouwer (1979) beschrijft, wanneer hij Seitz e.a. citeert:

1. Een beheersing van de zaak waarvoor je staat met professionele vaardigheden van je eigen discipline.
2. Praktische ervaring en vaardigheden in het samenwerken met heterogene groepen.
3. Een zodanige persoonlijke en professionele veiligheid, dat leidingaspecten van teamfunctioneren door de leden gedragen kunnen worden.

Maar ook, dat een team zich beweegt in de richting van het doel waarvoor het staat. Rubinstein rekent dit tot de kerntaak van een team (Rubinstein 1974). Daaronder verstaan wij in deze sector een ontplooiing en verzelfstandiging van de cliëntenpopulatie binnen een beschutte huisvestingssituatie. In concreto zullen wij dan ook verslag doen van een veranderingsproces in het cluster 'beschut wonen' met een tweetal gelijksoortige teams, die last hadden van stagnerende invloed op hun patiëntengroep.

Uitgangssituatie

Ook ons instituut kende enige jaren geleden de zo langzamerhand wel bekende verblijfssituatie van zijn chronische patiënten. De bouw van het instituut weerspiegelde aardig de toen heersende waarden van de psychiatrische behandeling: maatschappelijk isolement, bewaking, controle, veiligheid en orde. Deze condities van chroniciteit roepen associaties op met de hopeloosheid en uitzichtloosheid van de behandelingssituatie. Associaties die het therapeutisch klimaat zeer ongunstig beïnvloeden en voor patiënten en personeel te vaak fungeren als een zichzelf waarmakende voorspelling.

In dit verband wordt dan ook vaak het begrip hospitalisatiesyndroom gebruikt, waarvan we een aantal aspecten weergeven (Van Eijnde 1976):

– atrofie van sociale functies door ontwenning;

- onbekendheid met recente ontwikkelingen;
- verlies van inzicht in eigen sociale rol;
- toenemende onzelfstandigheid;
- infantilisering door verblijf in grote groep met hiërarchische structuur;
- verminderde sociale participatie;
- verminderde functie van het 'gezondheidsgeweten';
- verarming van interesse.

Ook in het rapport van de Bavo wordt ruime aandacht besteed aan hospitalisatie, waarbij in de omschrijving van het begrip een aantal van dezelfde kenmerken wordt aangehaald (Bavo 1973).

Naast de hierboven genoemde factoren geeft Jacobs (1968) een aantal oorzaken van het hospitalisatiesyndroom aan, die we niet onvermeld willen laten, omdat ze een goed aanknopingspunt bieden voor het na te streven veranderingsproces:

- verlies aan contact met de buitenwereld;
- gedwongen niets doen;
- een bepaalde bazige houding van medische staf en verplegenden; het jij- en jou-en enz.;
- verlies van persoonlijke vrienden, persoonlijke bezittingen en persoonlijke gebeurtenissen;
- medicijnen, die maar al te vaak initiatiefverlies veroorzaken;
- het smakeloze klimaat op de afdeling;
- gebrek aan perspectief om ver over de muren van het psychiatrisch centrum heen te kijken;
- terwijl hier nog aan toe te voegen is het gebrek aan privacy.

Aangetekend moet worden dat niet de conclusie getrokken moet worden dat op veranderingen in de sfeer en de onderlinge betrekkingen alle patiënten gelijkelijk gunstig zullen reageren. Van Eijnde (1976) wijst op wat hij noemt de 'dubbelzinnige relatie' tussen de zogenaamde hospitaliserende factoren en de defecte vormen van geestesziekte.

Duidelijk is wel, dat deze relatie bewerkbaar is en dat de sleutel daartoe zeker ook gezocht moet worden in de verblijfssituatie van de patiënt. Uit experimenten en onderzoek met deze verblijfssituatie (zie o.a. de verschillende artikelen van Van Eijnde daarover) blijkt toch wel dat op het gebied van zelfstandigheid, interessesfeer en sociale contacten een duidelijke verbetering kan optreden.

Maxwell Jones (1962) wijst op de voordelen van decentralisatie, waarbij verbetering van de communicatie als belangrijkste winst wordt beschouwd. Daarnaast vindt hij ook nog van belang:

- meer duidelijkheid m.b.t. de rollen en taken; het proces is overzichtelijker en transparanter;
- spreiding van de besluitvorming; deze wordt gelegd bij diegenen die met de uitvoering van de besluiten ook daadwerkelijk van doen hebben;
- meer mogelijkheid op aansluiting bij de omgeving.

Deze bevindingen vormden voor ons een duidelijke inspiratiebron om aan onze uitgangssituatie het nodige sleutelwerk te gaan verrichten (dus schaalverkleining en decentralisatie).

Vóór 1974 was er in de toenmalige verblijfssector sprake van een paviljoensstructuur. Veel mensen, uitsluitend vrouwen, op grote zalen met alle bekend gevolgen van dien. In de loop van dat jaar werden er verschillende verbouwingen gerealiseerd, waarbij modernisering van de gebouwen en een eerste aanzet tot schaalverkleining plaatsvonden. Een gevolg was ook, dat een voormalige verpleegstersflat (2 bouwlagen) werd ingericht als woonruimte voor chronische patiënten. Op de eerste verdieping werden 22 vrouwelijke patiënten geplaatst in de leeftijd van 40-65 jaar. De opnameduur van deze mensen varieerde van 2-40 jaar, terwijl problematiek en niveau zeer sterk uiteenliepen.

In diezelfde tijd werden er in een groot pand ('de villa') tegenover het instituut 18 patiënten ondergebracht, die eveneens bovenstaande kenmerken droegen. Tenslotte werd medio 1977 een huis in Breda aangekocht, dat als pensiontehuis voor 10 eveneens vrouwelijke patiënten werd ingericht.

Het cluster 'beschut wonen' kenmerkte zich dus door een zeer heterogene populatie van in totaal 50 vrouwelijke patiënten, over een drietal eenheden verspreiden al min of meer wat losgeweekt uit de traditionele paviljoensstructuur van het instituut.

Als doelstelling werd beoogd om deze langdurig opgenomen patiënten een milieu te bieden waarin:

- a. hospitalisatieverschijnselen werden bestreden;
- b. zelfredzaamheid en resocialisatie bevorderd zouden worden.

Als minimaal doel werden gezien het zelfstandig kunnen zorgen voor eigen kleding, hygiëne, financiën en het hanteren van gebruikelijke omgangsvormen. Als maximaal doel: het zelfstandig kunnen deelnemen aan de samenleving d.w.z. ontslag.

Na verloop van enige tijd realiseerden we ons dat het maximale doel – terugkeer naar de samenleving – te hoog gegrepen was. Het bleek veel belangrijker te zijn te werken aan het inrichten van een adequaat leefmilieu, waarin tenminste aan het minimale doel gewerkt kon worden, dan mensen voortdurend onder druk te zetten om terug te keren naar de samenleving. Dit laatste leverde zowel aan patiënten- als aan medewerkerszijde grote frustraties op. Onze hypothese werd, dat een gezond leefmilieu voldoende krachten in zich draagt, dat mensen die werkelijk weer op eigen benen willen gaan staan deze mogelijkheid zeker ook zullen benutten, wanneer zij zich veilig genoeg voelen.

Cumming en Cumming (1962) wijzen op een groot aantal voorwaarden, waaraan een milieu moet voldoen om therapeutisch te zijn, d.w.z. dat het veranderingen tot stand brengt in de persoonlijkheid van de patiënt. Zij noemen met name drie basisvoorwaarden – duidelijk georganiseerd, niet tegenstrijdig, veilig en veelzijdig – waaraan het milieu moet voldoen, wil het egoherstel bevorderen.

Sprekend over een heldere sociale structuur als één van de basisvoorwaarden benadrukken zij dat de ruimtelijke indeling als onderdeel van deze structuur de mogelijkheid moet verschaffen tot intense en persoonlijke interacties.

Ze pleiten dan ook voor groepen van ongeveer 8 personen, waarin de deelnemers de meeste kans hebben gevoelig te blijven voor de interacties van alle groepsleden, inclusief de wijze waarop deze plaatsvinden (pag. 100). Bij grotere groepen is hun – en ook onze – ervaring, dat sommige deelnemers buiten de boot vallen. Kleinere groepen hebben het risico van te grote emotionele binding, hetgeen de kwetsbaarheid verhoogt van een toch al zo kwetsbare groep mensen. Dit overwegend is het duidelijk, dat met een groep van 22 (en trouwens ook 18) patiënten op onze flat slecht te werken is in de richting van de gekozen doelstelling. Wij besloten dan ook om deze groep van 22 op te splitsen in 3 groepjes van 7 (één patiënt was kort vóór deze splitsing overgeplaatst). Deze schaalverkleining kon met relatief eenvoudige bouwtechnische ingrepen gerealiseerd worden. Iedere groep heeft nu een eigen woonkamer met keuken; iedere patiënt een eigen slaapkamer. Op de 'villa' hebben we dit niet kunnen realiseren om overwegend bouwtechnische redenen. Na aanvankelijk de nadruk te hebben gelegd op het wennen samen te wonen in zo'n kleine groep – van medewerkerszijde geaccenteerd door een wekelijkse huiskamerbespreking – zijn de bewoners recent gestart met de inkoop en bereiding van hun eigen (brood-)maaltijden. Geleidelijk aan heeft ook een aantal mannen zijn intrede gedaan in deze groep.

Het huis tegenover het instituut met 18 bewoonsters ('de villa') werd niet bemand en 'de flat' kent een team van 3 vaste medewerkers en 2 leerling B-verpleegkundigen. Dit team levert echter een zeer beperkte ondersteuning aan de bewoonsters van de villa (huiskamerbespreking eenmaal per week plus 'incident management'). Aanvankelijk dachten wij dat de bewoonsters van de villa een dermate grote zelfredzaamheid zouden ontwikkelen door hun verbeterde woonsituatie, dat zij met een minimum aan medewerkersbemoeienis zouden kunnen toekomen. Nu kunnen we stellen dat we de dubbelzinnige relatie hospitalisatie en defecte vormen van pathologie behoorlijk hebben onderschat. We signaleren op de villa een duidelijke behoefte aan meer bemanning, die in staat is in de verbeterde woonomgeving met de bewoners te werken aan die activiteiten, die leiden tot het reduceren van verwarring, angst en onzekerheid en tot ontplooiing van de persoonlijkheid binnen de beperkte mogelijkheden van deze patiëntengroep. Hier lering uit getrokken hebbende, zijn we ons pensionatehuis (10 bewoonsters) te Breda anders gaan opzetten. We zijn onze patiëntenpopulatie kritischer gaan screenen.

De volgende criteria hebben we daarbij voor ogen gehad (zie ook Delimon, 1980, voor sociowoningen en 'In plaats van een bed', rapport van het NCGV, 1981, m.b.t. hostels):

- De patiënt is gemotiveerd voor een eigen woonruimte binnen een gemeenschap.
- Het perspectief op veranderingsgerichte, dus psychotherapeutische behandeling ontbreekt.
- Eventuele medicamenten dienen goed en betrouwbaar ingesteld te zijn.

- Specialistische deskundigheid van het psychiatrisch instituut is slechts bij uitzondering nodig.
- Er is gedurende langere periode sprake van een redelijke emotionele stabiliteit.
- De patiënt heeft geen bevredigender vestigingsperspectief dan de aangeboden woonvorm.
- De patiënt dient in staat te zijn samen met anderen te wonen en binnen- of buitenshuis zinvolle activiteiten te ontwikkelen.

Het project is aanvankelijk voorzien van een drietal medewerkers; na een jaar van intensief werken kon het team teruggebracht worden tot twee medewerkers.

Hoewel de dus wat 'strenger' zijn gaan selecteren blijven onze groepen vrij heterogeen van samenstelling. Van Eijnde (1976) heeft op het belang van een gemengde populatie gewezen. Woon- en leefgroepen, gemengd naar zowel sekse, leeftijd, sociale status, opleiding, ziektebeeld als toekomstperspectief, hebben de meeste sociotherapeutische mogelijkheden. De beperkingen van de ene bewoner doen een appel op de mogelijkheden van de ander. De meer afhankelijke doet een beroep op de meer zelfstandige: wie veel kan, helpt wie weinig kan! In dit omgaan met elkaar en voor elkaar zijn patiënten zelf helpend bezig. De woongroep is het centrale gebeuren. Het behandelend team (afdelingsteam plus consultants en eventuele ABC-therapeuten) is niet langer uitsluitend direct behandelend, maar ook indirect begeleidend en stimulerend bezig. De nadruk ligt op het aanreiken van vaardigheidsaspecten: praktische vaardigheden van alledag en sociale vaardigheden. Deze aanpak wordt ondersteund door psychiatrische consultatie t.a.v. de restanten psychopathologie en een algemeen arts t.b.v. het somatisch wel en wee van onze patiënten. ABC-therapieën zorgen voor een zinvolle dagbesteding en een aangename afwisseling in het dagelijkse doen en laten.

Probleemstelling

Werkend de afgelopen jaren in een voortdurend streven naar schaalverkleining via het concreet ten uitvoer brengen van projecten zoals hier aangegeven, bracht ons op het spoor – naast alle aandacht voor de patiënten – dat teams in deze sector speciale problemen dreigen te krijgen. Vooral de relatief kleine teams, die voor grotere aantallen patiënten werken in het langetermijnperspectief – zoals dat in de verblijfssector uiteraard gebruikelijk is – krijgen met deze problemen te maken. Onder kleine teams willen we hier verstaan een samenwerkingsverband van 2 à 3 afdelingsmedewerkers, eventueel aangevuld met leerlingen en/of stagiaires, die rechtstreeks met de hulpverlening zijn belast. We zullen trachten de problemen hieronder te benoemen.

1. Ook voor hulpverleningsteams geldt dat functionaliteit in de samenwerking een belangrijk uitgangspunt is. De samenwerking dient gestructureerd te worden naar het doel waarvoor het team staat (Rubinstein 1974). Het geeft tevens de grenzen voor het

samenwerkingsverband aan. Zoals voor een kleine cohesieve patiëntengroep geldt dat het regelmatig met elkaar omgaan nauwe emotionele relaties teweeg kan brengen (kwetsbaarheid), geldt dit in zekere mate ook voor kleine teams: of de relaties worden zeer hecht en vriendschappelijk en daardoor ook kwetsbaar, wat de continuïteit van het werk in gevaar kan brengen, of ze worden koel en afstandelijk (onveiligheid), hetgeen de kwaliteit van de hulpverlening eveneens kan schaden. In een dergelijke situatie zal een medewerker zich immers niet makkelijk open en risicodragend willen opstellen.

2. Vooral wanneer kleine teams langer met elkaar samenwerken ontstaat er een toenemende voorspelbaarheid in de relaties. Men leert elkaar steeds beter kennen; de rol – hieronder verstaan we het verwachte gedrag behorende bij een bepaalde sociale positie – komt vaster te liggen. Een dergelijke situatie kan aanleiding geven tot automatisme, een gebrek aan een kritische toets van het eigen handelen. Zo'n samenwerking kan als symbiotisch gekenmerkt worden: de samenwerking laat een vervloeiing zien ten koste van de individuele bijdrage (Berkouwer 1979, p. 77). Daarenboven benadrukt de auteur dat een dergelijk team de patiëntengroep onvoldoende mogelijkheid geeft gebruik te maken van de meervoudige relaties, die een team juist kan bieden (p. 83).

Daarnaast loopt men het risico dat de relatie teveel vanuit het eigen behoeftepatroon wordt gestructureerd in plaats vanuit de behandeldoelen. Voorwaarde zijn een levendige betrokkenheid bij de emotionaliteit van de patiënt en niet gevangen zitten in grote voorspelbaarheid van de onderlinge relaties (Jones 1962).

3. Naast de reeds gekende regressieve invloed van een neurotische patiëntenpopulatie op het medewerkersbestand zijn naar onze ervaring kleine teams ook gevoeliger voor 'emotionele besmetting', met name gevoelens van hulpeloosheid en hopeloosheid, zoals die zo vaak gezien worden bij chronisch verlopende depressies. Het tast de attitude van de medewerker aan, indien niet tijdig tegenkrachten worden gemobiliseerd. In dit verband wijzen Pines en Maslach op het fenomeen van 'staff burnout' ('afknappen'), dat zij omschrijven als een symbool van lichamelijke en emotionele uitputting ten gevolge van het ontstaan van een negatief zelfbeeld, negatieve werkhoudingen en een verlies van betrokkenheid bij en van gevoelens voor cliënten (Pines en Maslach 1978).

Het is hun bevinding dat medewerkers die werken met patiënten met ernstige pathologie, eerder te maken krijgen met dit 'afknappen'. Onze bevinding is dat ook kleinere teams kwetsbaar zijn op dit gebied.

4. Wanneer we kijken naar de relatie teammedewerker-patiënt, zien we kleine teams eerder vergroeien met hun patiëntenbestand: men raakt meer gewend aan de patiënt-bijzonderheden of bijzonderheden van de patiëntengroep. De frisse blik dreigt verloren te gaan, creativiteit is moeilijk op te brengen of wordt op zijn minst niet gestimuleerd, blinde vlekken vallen niet meer op. Het kleine team levert zichzelf onvoldoende kracht om dit proces tegen te

gaan: als je niet oppast raakt het hele systeem in de 'chronische versukkeling'. Een gevolg hiervan kan zijn, dat b.v. psychotische of anderszins gedragsgestoorde patiënten te lang in de leefgroep worden gehandhaafd ten koste van het team, maar vooral ten koste van de overige patiënten. De verdere groei van de groep stagneert dan. 5. Als we uitgaan van de leefgemeenschap als een open systeem, waarin het sociale leren (van en aan elkaar leren in de volle omvang) een basisvoorwaarde is, dan is dat principe op zich ook van toepassing op het team. In een klein team is dat een nauwelijks te realiseren voorwaarde: de relaties zijn te beperkt en te verdicht. Het kleine team is als systeem daardoor te weinig open en kan dan ook moeilijk als motor fungeren om veranderingsprocessen te bewerkstelligen.

6. Over het algemeen zien we dat kleine teams slechts mondjesmaat voorzien kunnen worden van deskundige staf, die meestal toch al schaars is. Aan dit euvel lijdt so wie so de chronische sector, maar kleine teams zijn hierdoor vaak extra benadeeld. De staf wipt even binnen, vooral voor incident-bewerking en eventuele medicatiezaken. Er is weinig ruimte voor systematische beïnvloeding. Het team staat er tamelijk alleen voor. Volgens Gaston, in een artikel over het organisatieklimaat en effectief teamfunctioneren, wijzen studies uit dat succesvolle programma's uitsluitend tot ontwikkeling komen in een werkklimaat, dat gekenmerkt wordt door een hoog niveau van motivatie en behoefte aan vernieuwing. Juist de deskundige staf dient daar een stimulerende rol in te vervullen. (Gaston 1980).

7. Een praktisch organisatorisch probleem bij meerdere kleine teams in de verblijfssector is dat ABC-therapeuten nauwelijks in staat zijn als participant te functioneren in het multi-disciplinaire team. Zij zouden dan zoveel uren aan vergaderen kwijt zijn, dat hun eigenlijke werk in gedrang komt. Dit probleem heeft nogal wat consequenties voor een gemeenschappelijke visie en koersontwikkeling aangaande de behandeling. Daarnaast is het moeilijk samen de 'rode draad' te ontwikkelen en vast te houden: Er is dus sprake van een spanning tussen schaalverkleining en multi-disciplinair werken: de inbreng van de activiteitensector dreigt in het gedrang te komen.

8. Kleine teams zijn organisatorisch kwetsbaar. Het spreekt voor zich dat ruzie, ziekte, vertrek, vakantie e.d. in deze samenwerkingsverbanden extra zwaar wegen. Het benadrukt nog eens de kwetsbaarheid van dit organisatorische uitgangspunt louter uit doelmatigheidsoverweging.

Alhoewel deze opsomming van factoren rond teamproblemen bij schaalverkleining zeker niet uitputtend zal zijn, is het duidelijk dat het zwaarwegend genoeg is om er de nodige consequenties uit te trekken. Is enerzijds schaalverkleining vanuit de optiek van patiëntenzorg een noodzakelijkheid om een adequatere woon- en leefstructuur te kunnen realiseren, anderzijds ontmoeten we vanuit de team invalshoek dus nogal wat problemen.

Samenvattend: het kleine team is te kwetsbaar. Gedachtig aan de

opmerking van Berkouwer dat hulp aan het team de beste hulp aan de patiënt kan zijn, zijn we dan ook met deze teams aan de slag gegaan (Berkouwer 1979, p. 89).

Het veranderingsproces: de schaalvergroting

Op grond van onze probleemanalyse kwamen we tot de conclusie dat wij in onze verblijfssector de twee bestaande teams moesten samenvoegen tot één team om daarmee een aantal van de door ons gesignaleerde bezwaren te kunnen ondervangen. Geheel los van elkaar stonden deze teams overigens niet, zij hadden regelmatig besprekingen, maar er is een belangrijk onderscheid tussen samenwerken en fuseren. Dit fusieproces hebben wij het afgelopen jaar op gang gebracht.

Nadat we eerst onze ideeën in de week hadden gezet bij beide teams, hebben we daarna een aantal gemeenschappelijke zittingen gecreëerd om samen de eerste opvattingen uit te werken. We hebben ons als teambegeleiders in deze fase wat terughoudend opgesteld om niet te vervallen in een soort 'zendingsdrang'. Een gevaar waarvoor Heim waarschuwt, wanneer hij de introductie van milieutherapie in een traditionele psychiatrische kliniek bespreekt (Heim 1978). In concreto hebben we alle deelnemers aan de 'fusiebesprekingen' uitgenodigd – nadat de ideeën iets meer gemeengoed waren geworden – alle voor- en nadelen die ieder voor zich kon bedenken op papier te zetten en in te brengen. Deze methode biedt het voordeel dat alle deelnemers aan zo'n bespreking behoorlijk voorbereiden vooral voorzien van eigen standpunten zich in het gemeenschappelijk gesprek begeven. Minder dominante figuren hebben zo toch een redelijke kans om inhoudelijk voldoende uit de verf te komen. Daarenboven biedt deze aanpak een uitstekend overzicht van de verschillende opvattingen van alle deelnemers, hetgeen later in dit proces de mogelijkheid verschaft om via afweging tot beslissingen te komen. Onze ervaring hierbij is, dat de deelnemers zich op deze manier zeer betrokken voelen bij het proces, omdat hun eigen inbreng voortdurend in geding is.

Het is niet onze bedoeling in het kader van dit artikel een uiteenzetting te geven over deze concrete voor- en nadelen, maar meer de algemene lijn aan te geven, volgens welke wij te werk zijn gegaan. Bij ieder veranderingsproces krijgt degene die de verandering op gang zet, te maken met weerstanden, d.w.z. procesremmende krachten die angstreductie moeten bewerkstelligen.

Het zal duidelijk zijn dat, wanneer er gesleuteld gaat worden aan kleine teams in onze sector, er nogal wat gevestigde belangen in het geding komen, zodat het weerstandsfenomeen duidelijk op de voorgrond treedt.

Janzing en Kerstens (1981, p. 76 en 77) geven een treffende opsomming van deze gedragspatronen, die we zeker in onze praktijksituatie ook zijn tegengekomen:

- Veel verstand komt voort uit het niet kunnen loslaten van bestaande werkvormen.

- Mensen die steeds met ideeën komen, worden maar moeilijk geaccepteerd.
- Vaak zijn er onmachtgevoelens. Men is er nog niet aan toe of men ziet niet hoe alles gerealiseerd moet worden.
- Een vaste kijk op bepaalde zaken (bedrijfsblindheid) kan eveneens een barrière vormen.
- De teamleden kunnen zich bekeken voelen wanneer b.v. de psychiater erbij zit of een andere buitenstaander. Het zichzelf kwetsbaar opstellen en 'vreemden' te vertrouwen blijkt in zo'n situatie een hele opgave.
- De argwaan waarmee andere afdelingen naar het gebeuren kijken. Zij brengen het gevoel over dat het proces wel zal mislukken.
- Problemen worden soms inhoudelijk benaderd, terwijl de onderliggende emotionele problemen, die de kern zijn, niet boven tafel komen.
- Het opfferen van vele praktische bezwaren bij het uitvoeren van bepaalde zaken.

Nu is het weerstandsfenomeen niet alleen een lastige hobbel op de veranderingsweg, die de procesbegeleider zo snel mogelijk moet glad strijken. Klein tekent aan dat de mobilisatie van krachten die zich tegen verandering verzetten, bij elk succesvol veranderingsproces behoort. Hij stelt dat er sprake is van een natuurlijke verdediging tegen de bedreiging, die de verandering aanvankelijk oproept. Individuen zowel als systemen hebben de behoefte hun integriteit in stand te houden en zich af te schermen tegen inbreuken van derden (Klein 1979). Van de andere kant heeft weerstand ook een nuttige functie in het veranderingsproces. Het goed kunnen doorwerken van weerstand geeft meer kans op een stevige verankering van een verandering. Dit geldt niet alleen in dyadische contacten zoals in therapeutische relaties, maar evenzeer bij veranderingsprocessen met grotere eenheden, zoals in dit geval met teams. Te gemakkelijk verlopende veranderingsprocessen dragen teveel het risico van schijnnaanpassing in zich.

De beginfase kenmerkte zich door aarzeling en verzet. Aarzeling troffen wij vooral aan bij de medewerkers: gevestigde posities kwamen in het geding, men zag nog niet hoe alles gerealiseerd moest worden, 'buitenstaanders' hadden mooi praten. Vooral het overzicht te bewaren over zo'n grote patiëntengroep riept nogal wat bezwaren op. Het zal niet verwonderlijk zijn dat dit vooral gold voor de medewerkers van de kleinste afdeling.

Verzet kwam vooral van patiëntenzijde. Sommigen van hen waren zo vergroeid met enkelen van de medewerkers (zie punt 4 bij de probleemstelling, waar wij dit ook voor medewerkers hebben gepostuleerd), dat zij zich in de steek gelaten voelden of zich vijandig opstelden naar de nieuwe medewerkers. Zij werden geduid als 'pottekijkers' en 'controleurs' van het instituut, waar zij nu juist afstand van wilden nemen. De onrust aan medewerkerszijde werd ook opgeroepen door de verwachting dat traditionele kernfuncties in geding zouden komen: individuele begeleiding en het tijdig

signaleren van psychische problemen.

Tenslotte werd de toenemende complexiteit van de organisatie van het cluster door sommige teamleden ervaren als een belastende consequentie van het hele veranderingsproces: oude werkvormen leken soms weer heel verleidelijk. In het verloop van het proces bleken de medewerkers echter bijzonder inventief in het bedenken van oplossingen voor de vele praktische problemen die uit de veranderingen voortvloeiden. Met name werd er een tegenhanger ontwikkeld voor de onzekerheid van sommige medewerkers: men besloot tenminste met z'n tweeën samen te werken. Zodoende kreeg men meer mogelijkheden in de praktijk van alledag vertrouwd te raken met elkaars werkwijze en visie. Tegelijkertijd bood het de mogelijkheid tot directe steun. Deze werkwijze betekende echter wel, dat het continu aanwezig zijn tussen 8.00 en 22.30 uur niet meer gehaald kon worden.

Er werd een bereikbaarheidsdienst ingesteld: de patiënten kunnen via de receptie van het instituut altijd een medewerker bereiken. Naar de patiënten toe had dat de volgende functie: het bevestigt de patiënt in het streven naar meer zelfstandigheid, in staat te zijn zelf een aantal problemen op te lossen of dat spoedig te leren. Daarnaast geeft het toch de veiligheid van een bereikbare, gekende medewerker op wie teruggevallen kan worden. Wat dit laatste betreft blijkt uit de praktijk dat het patiënten heel goed duidelijk te maken is dat de bereikbare medewerker alleen dient voor ernstige problemen. Deze opzet bood tenslotte het voordeel dat vaste overlegvormen beter gepland konden worden (meer afwezig te zijn om beter samen aanwezig te kunnen zijn).

Alhoewel het de vraag is of er in de beschut-wonen-sfeer wel eigen werk- of kantoorruimtes voor medewerkers nodig zijn, besloten we hier tot een centrale werkkamer. Een team, verspreid over zulke diverse lokaties, heeft een eigen werkruimte nodig voor overleg, rustpunt en overzicht houden over de vele patiëntgegevens en sociotherapeutische aangelegenheden.

Vervolgens willen we nog enkele opmerkingen maken t.a.v. het teamontwikkelingsproces. Na 5 maanden werken in de nieuwe formatie hebben we met de teamleden een evaluatie gehouden over de verwachtingen die wij bij de start van het project hebben geformuleerd. Deze verwachtingen zijn concretisering van onze probleemstelling. Met het team hebben wij besproken in hoeverre deze al dan niet zijn uitgekomen. Wij geven een indruk.

Verwachtingen als: minder kans op blinde vlekken, beroep op creativiteit, je houdt een frisse kijk op de gang van zaken, zijn eenvoudige operationalisaties van enkele van door ons geformuleerde problemen met name 2-3 en 4. Hierover wordt van medewerkerszijde een positieve ontwikkeling gemeld. Men wordt inderdaad meer uitgedaagd tot eigen creativiteit. Weliswaar was de hoeveelheid situaties die zich aanvankelijk aanbood overweldigend en voor sommige medewerkers demotiverend. Gaandeweg wist men daar weer grip op te krijgen. Van belang hierbij is dat het team erin slaagt zijn eigen zaken (beleidsontwikkeling en het sa-

menwerkingsverband) niet te laten overspoelen door de hoeveelheid en intensiteit van patiënt-georiënteerde problemen. Er dienen duidelijk onderscheiden momenten voor gerealiseerd te worden in het weekprogramma van het team. Teambegeleiding door een deskundig, niet afdelingsgebonden medewerker is een vereiste voor een goede bewerking van de vele processen aan zo'n innovatie verbonden. Hierin kunnen met name de onderliggende emotionele problemen aan de orde komen (Janzing en Kerstens 1981) zonder de directe druk van praktische oplossingen. Het vormt een belangrijke voorwaarde om straks juist weer praktisch verder te kunnen. Ook meldt het team dat men minder gebonden raakt aan allerlei detailproblemen en men oog krijgt voor de hoofdlijnen betreffende de behandeling (zie de problemen 2 en 4). Alleen praktisch al worden de medewerkers hiertoe min of meer gedwongen door het grote aantal patiënten, maar het wordt ook een cultuurgood van het team door zich op het overzicht te concentreren en de eventuele details te bewaren voor gesprekken tijdens het dagelijks functioneren. De medewerkers vinden dit ook prettig. Het overleg is functioneel d.w.z. duidelijk onderscheiden blokken, voor zover mogelijk voorbereid en bewaakt door een team- of gespreksleider en open van karakter. Er is ruimte voor aarzeling en eigen inbreng en men signaleert inderdaad een groei aan verscheidenheid (de problemen 1 en 5).

De aanvankelijke aarzeling begint dan ook plaats te maken voor de overtuiging op de goede weg te zijn. Medewerkers geven aan graag te werken in dit team, voor dit cluster 'beschut wonen' en ook niet meer terug te willen naar de oude situatie. Het grotere team blijkt in staat te zijn voortdurend weer oplossingen te vinden voor praktische problemen en mede daardoor groeit de groepscohesie.

Onze problemen aangaande de stimulerende rol van de deskundige staf (6) en de inbreng van de activiteitensector (7) zijn door allerlei instituutproblemen niet verbeterd. Daar is dus nog werk aan de winkel, terwijl de medewerkers signaleren dat de organisatorische kwetsbaarheid (punt 8) inderdaad is verminderd.

Al bij al kunnen wij het verloop als positief bestempelen voor wat de medewerkers betreft. Hoe de patiënten erover denken kunnen we niet zo duidelijk stellen. Hier is het kamp eigenlijk verdeeld: sommige patiënten vinden het prima, anderen zijn onverschillig en weer anderen blijven vasthouden aan het oude model door vooral die medewerkers aan te klampen, die men nog goed kent. Hebben wij bij de medewerkers een sondering gehouden over de indrukken van het veranderingsproces, bij de patiënten hebben wij dat achterwege gelaten. Het zou ons voor een aantal methodische problemen stellen, waarvan de aanpak een apart ontwerp zou vragen (zie hiervoor b.v. het illustratieve artikel van Van Gelder 1981). Dit overstijgt onze opzet: een analyse van het teamontwikkelingsproces, waarvan we in dit hoofdstuk enkele praktijkervaringen hebben aangegeven.

Eén van onze belangrijkste problemen blijft, dat een nog steeds relatief klein team, ± 5 vaste medewerkers, drie verspreid liggende

huisvestingen van patiënten, waarvan één in Breda, moet bemannen tussen 8.00 en 22.30 uur gedurende 7 dagen per week. Ondanks deze praktische problemen vinden we dat de voordelen hier tegenop wegen. Voordelen, die toch vooral gezocht moeten worden in meer diversiteit, meer creativiteit en minder kwetsbaarheid van het team. Vooral door de teamleden zelf wordt dit als zulk een belangrijke winst aangemerkt, dat het de stimulans vormt om door de praktische problemen heen te bijten.

Slot

De schaalvergroting, zoals we die hierboven beschreven hebben, is in feite lang niet zo spectaculair als de schaalverkleiningsprocessen van de afgelopen jaren in de verblijfssector van het psychiatrisch instituut. Hij is echter wel principieel. 5,5 vaste medewerkers op 49 patiënten: het lijkt wel alsof de tijd van weleer is teruggekeerd. Als teambegeleiders staan we ervoor deze gelijkenis uitsluitend tot het getalsmatige te beperken. De werkwijze die door deze beide processen mogelijk wordt, zal heel anders moeten kunnen zijn dan vroeger. De nadruk ligt nu op leefgroepen, waarin het milieutherapeutisch aspect een belangrijk, zo niet het belangrijkste, accent krijgt. Schaalverkleining is hiertoe een belangrijke voorwaarde geweest. Van de medewerkers wordt een geheel andere instelling gevraagd. Het is heel wat anders te werken vanuit de 'custodial care' invalshoek (controle, bewaking, incidenten voorkomen, orde, regelmaat, e.d.) dan te proberen de milieutherapeutische oriëntatie in de praktijk te brengen.

Hoe het team of de teammedewerker zich dient te verhouden tot zijn patiëntenpopulatie vinden wij uitstekend beschreven bij Berkouwer (1979), wanneer hij Winnicott aanhaalt, die spreekt over 'the good enough mother'. Het is de moeder, die enerzijds warm, begrijpend, aanmoedigend, vertrouwenwekkend is; anderzijds de directe behoeftebevrediging soms onthoudt. Het kind wordt dan op zichzelf teruggeworpen, waardoor er een duidelijke grens ontstaat tussen moeder en kind. Het kind wordt zodoende aangemoedigd zelf stappen te gaan ondernemen zijn behoefte te bevredigen en dus zijn eigen bestaan te realiseren.

De overeenkomst met het behandelteam is treffend: het schept voorwaarden waarbinnen vastgelopen ontwikkelingen weer op gang gebracht kunnen worden.

Aan de andere kant tracht het zoveel distantie te bewaren, dat de patiënt of patiëntengroep geprikkeld wordt zelf het eigen leven weer ter hand te nemen. Juist door de in gang gezette schaalvergroting, zoals hier beschreven, willen we ook bereiken dat er voldoende distantie bewaard kan worden door de teammedewerkers om stimulerend te kunnen zijn in hun patiëntengroep.

Tenslotte hopen we met deze uiteenzetting aan het inzicht te hebben bijgedragen, dat schaalverkleining op zich een noodzakelijke, maar niet voldoende voorwaarde is tot een verbetering van de behandeling van chronische psychiatrische patiënten. Ook teamprocessen spelen een belangrijke rol in het op zoek zijn naar deze verbetering van het behandelklimaat.

We zijn ons ervan bewust dat we in het onderhavige veranderingsproces vooral één factor hebben gehanteerd: de grootte van het team. Er zal zeker moeten worden zorggedragen dat ook andere aspecten van teamfunctioneren zich voldoende zullen mee ontwikkelen in dit veranderingsproces. Te denken valt hierbij aan leiderschapsfenomenen, verantwoordelijkheden, overlegprocedures e.d. Het is natuurlijk ook van belang de ontwikkeling van het patiëntenbestand in de analyse van de verandering te betrekken. Ons doel was echter dat door het scheppen van goede structurele en samenwerkingscondities de medewerkers beter zullen gaan functioneren en dat dient dan weer ons hoofddoel: verbetering van de kwaliteit van het leven van de mensen die ons zijn toevertrouwd.

Literatuur

- Bavo, St. (1973) Rapport *De chronische patiënt*, Noordwijkerhout.
- Berkouwer, A. Y. (1979) Symbiose en fragmentatie van psychiatrische behandelteams en hun invloed op de patiëntengroep. *Tijdschrift voor psychiatrie*.
- Berkouwer, A. Y. (1979) Ontwikkelingsfasen van een psychiatrisch behandelteam. *Tijdschrift voor psychiatrie*.
- Cumming, J., E. Cumming (1982) *Ego and milieu. Theory and Practice of Environmental Therapy*. Atherton Press, New York.
- Delimon, J. A. C. (1980) Sociowoningen: een verslag na 2 jaar praktijkervaring. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 22.
- Eynde, I. E. I. M. van (1976) Wonen en hospitalisatie. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2.
- Eynde, I. E. I. M. van (1977) Wegen naar een 'therapeutische leefgemeenschap' voor psychiatrische patiënten. *Tijdschrift voor psychiatrie* 7.
- Eynde, I. E. I. M. van (1979) Over het begrip sociotherapie. *Tijdschrift voor ziekenverpleging* nr. 3.
- Gaston, E. H. (1980) Developing a Motivating Organizational Climate for Effective Team Functioning. *Hospital and Community Psychiatry* nr. 6.
- Gelder, K. van (1981) Everybody happy...? *Welzijnsmaandblad* 12.
- Haen, F. de, E. Schretlen (1981) *In plaats van een bed. Hoeveel 'bedden' in psychiatrie ziekenhuizen kunnen worden vervangen door plaatsen in hostels*; een onderzoeksverslag. NCGV-reeks nr. 36.
- Heim, E. (1978) *Milieu-Therapie. Erlernen sozialer Verhaltensmuster in der psychiatrischen Klinik*. Verlag Hans Huber Bern, Stuttgart, Wien.
- Jacobs, D. (1981) *Het psychiatrisch centrum*. De Tijdstroom. Lochem.
- Janzing, C. (1980) Management en Milieutherapie, in: J. Lans en C. Janzing *Seminar Milieutherapie*. De Viersprong, Halsteren.
- Janzing, C., J. Kerstens (1981) *Groepsgericht werken in een therapeutisch milieu*. Stafleu. Alphen aan de Rijn.
- Jones, M. (1962) *Social Psychiatry in the Community in Hospitals and in Prisons*. Charles C. Thomas. Springfield.
- Jones, M. (1976) *The Maturation of the Therapeutic Community*. Human Sciences Press. New York.
- Klein, D. (1979) Enkele aantekeningen over de dynamiek van de weerstand tegen verandering: de verdedigingsrol in: Bennis W. G., Benne K. D., Chin R., Corey K. E., *Strategieën voor verandering*. Van Loghum Slaterus Deventer.
- Pines, A. Maslach C. (1978) Characteristics of Staff Burnout in Mental Health Settings. *Hospital and Community Psychiatry* nr. 4.
- Rubinstein, M. (1974) Leiding en teamverband in hulpverleningsorganisatie. *Tijdschrift voor Maatschappelijk Welzijn*.