

De Community Mental Health Centers in de U.S.A.

door Dr. André E. Baert*

1 Historische data

Gedurende de laatste 15 jaar is de psychiatrische zorgverlening in de U.S.A. substantieel gewijzigd. De behandeling van de zware geestesgestoorde is verplaatst van de grote State Mental Hospitals naar de psychiatrische diensten in de algemene ziekenhuizen en meer recent naar de Community Mental Health Centers (1), verder afgekort C.M.H.C.

The Joint Commission on Mental Health and Illness, geïnstalleerd in 1955 bij de Mental Health Study Act, publiceerde, na 5 jaar intensieve studie, het indrukwekkende werk 'Action for Mental Health' (15). 'Action for Mental Health' raadde een totale renovatie aan van de psychiatrische dienstverlening in de U.S.A., wijzend op de deficiënties voortkomend uit fragmentatie en duplicatie van diensten. Een specifiek doelwit was het archaïsch 'public mental hospital', waarin patiënten routinegewijs jaren of decades spenderen en waar de zorgen voornamelijk een custodiaal en onpersoonlijk karakter dragen. Deze verwijderde burchten waren dikwijls de enige diensten van geestelijke gezondheid ter beschikking van mensen in nood en vragend om hulp (10).

President John F. Kennedy zond in 1963 een 'Special Message on Mental Illness and Mental Retardation to Congress'. Dit historisch document – het was de eerste maal dat een Amerikaans president zich tot het 'Congress' richtte in naam van de geesteszieke – riep de Natie op voor een 'bold new approach' inzake geestelijke gezondheidszorg, waarvan het C.M.H.C. de kern uitmaakt. De tekst van de presidentiële boodschap blijkt nog steeds valabel.

In 1965 waren de fondsen klaar en startte de ontwikkeling van C.M.H.C., waarvan op het ogenblik een 500-tal functioneren, zorgen verstrekend aan $\pm$ 75.000.000 Amerikanen met een gemiddelde globale kostprijs van 1 miljoen dollar per centrum met gemiddelde totale personeelsbezetting van 100 personen.

* Neuropsychiater, Medical officer for mental health, W.H.O., te Kopenhagen.

II Wat is een C.M.H.C.?

In tegenstelling met wat de buitenstaander spontaan vermoedt is het C.M.H.C. in de eerste plaats niet een gebouw, maar een netwerk van diensten, een coördinerend mechanisme met 'a multi-service approach'. De naam center is misleidend. Het is een combinatie van diensten teneinde de problematiek van versnipperende fragmentatie van de verschillende diensten zonder onderling verband op te lossen. Continuïteit van zorgen vereist coördinatie. Om erkend en gesubsidieerd te worden als C.M.H.C. dient men ten minste 5 soorten diensten te omvatten en is men verantwoordelijk voor de geestelijke gezondheidszorgen van een welbepaalde regio, genaamd catchment area. De populatie van een catchment area dient 75.000 à 250.000 te bedragen. De opgedane ervaring aldaar leert dat 150.000 het streefcijfer is. Lager beschikt men niet over voldoende bronnen voor staff en consulenten, noch over een (kleine) psychiatrische dienst in een algemeen ziekenhuis. Hoger wordt de problematiek van coördinatie en van direct contact met de populatie en met haar vertegenwoordigers te moeilijk (21). Een C.M.H.C. dient minimaal volgende vijf essentiële diensten te omvatten (2).

1 – *Inpatient service of hospitalisatiedienst.* Verschaffen van een therapeutisch milieu dat de patiënt zo vlug mogelijk transfereert hetzij naar de maatschappij hetzij naar een volgende schakel van de ketting van diensten.

In 1969 was de gemiddelde ligduur van de opgenomen patiënten in het C.M.H.C. 19 dagen; meer dan $\frac{2}{3}$ van alle opgenomen patiënten verlieten de opnamediensten binnen de maand; 16% van de nieuw opgenomen patiënten waren ontslagen chronische patiënten van 'public mental hospitals', die dus het voordeel genoten niet meer naar het 'gesticht' terug te moeten doch van ondergedompeld te worden in een 'therapeutische gemeenschap' (à la Maxwell Jones).

Een derde van de nieuwe opgenomen patiënten in het C.M.H.C. worden als psychotisch gediagnosticeerd, alsook 40% van de patiënten in de partiële hospitalisatie (8).

2 – *Outpatient service of ambulante raadplegingsdienst.* Dit is de drukste dienst van het C.M.H.C. en laat toe dat patiënt functioneel lid blijft van de maatschappij. De bereikbaarheid van deze dienst wordt veelal nog verhoogd door het ontwikkelen van 'satellieten', gedecentraliseerde kleine dienstjes vooral op plaatsen van bijzondere nood in de catchment area (b.v. op de campus van studenten; in drug-wijken genoemd 'drop-in'; op een supermarkt genoemd 'trouble-center', enz.).

Naast individuele therapie wordt voorzien in ambulante groeps-therapie en familietherapie.

3 – *Partiële hospitalisatie:* deze doet dienst hetzij als een overgang voor de opgenomen patiënt hetzij als een alternatief van de opnemings. Vooral als alternatief van opnemings blijkt partiële hospitalisatie het meest belovend. Voor bepaalde reeksen van patiën-

ten blijkt dag-, nacht- of weekend-hospitalisatie even of zelfs meer effectief als totale hospitalisatie, en heeft het grote voordeel de patiënten functioneel in de maatschappij te houden.

Alhoewel een wettelijke vereiste, verloopt de ontwikkeling van de diensten partiële hospitalisatie minder snel dan verlangd. Als redenen hiervoor worden opgegeven dat deze benadering nog te nieuw is en dat vele professionelen nog de traditionele opname verkiezen, doch vooral het feit dat de ziekteverzekering voor de partiële hospitalisatie geen goede remuneratie voorziet zoals voor de totale hospitalisatie, die dan om budgettaire reden wordt gefavoriseerd (8) (21). 'This is another manifestation of the continuing dissonance between program goals and the availability of funds' (8). Niettemin wordt geobserveerd dat partiële hospitalisatie hoe langer hoe meer als voorkeursbehandeling naar voren treedt bij zieken van wie men voordien dacht dat ze volledige opname zouden hebben gevergd.

4 – *Emergency services: 24 hours a day*: dringende psychiatrische dienstverlening was een van de grootste behoeften. Alhoewel het verreikend therapeutisch belang van crisisinterventie algemeen wordt erkend – 'if you respond right away, you don't develop chronicity' – viel de verantwoordelijkheid voor het overgrote deel in handen van de politie en van de gestichten. De dringende psychiatrische dienstverlening kan één of meerdere van volgende vormen aannemen:

- *24-uur walk-in clinic*: psychiatrische wachtdienst, zowel ambulante consultatie als het beschikbaar stellen van urgentiebedden;
- *around the clock telephone service*: vrijwilligers 24 uur aan de telefoon, bijgestaan en gesuperviseerd door professionelen (te vergelijken met Tele-onthaal en S.O.S.);
- *outreach-program*: een 'vliegende' equipe die huisbezoeken aflegt bij emotionele crisis, eventueel bijgestaan door vrijwilligers (cfr. in Engeland – 'Samaritans').

5 – *Consultation and education program: consulenten-programma*; van groot belang in het brede domein van de primaire preventie. Aanvankelijk was deze dienst de stiefmoederlijk behandelde, die echter in de praktijk is uitgegroeid tot een van de intensiefste met als programma: consultatie aan de plaatselijke scholen, aan de gerechtelijke diensten, aan de clerus, aan de politie, aan de medische professionelen zoals artsen, specialisten en verplegend-paramedisch korps. Het grote belang van een psychiatrische consulent in het algemeen ziekenhuis, onder andere om psychiatrische opnamen te voorkomen, met client-centered, consult-centered en program-centered advies (6) is algemeen aanvaard. Door deze consultatie-mogelijkheid wordt een functionele band gelegd met alle andere medische en humane dienstverlenende sectoren en treedt voor het eerst in deze brede waaier van diensten een coördinerende factor op. Trouwens, 15% van de verwijzingen naar de C.M.H.C. komen voort uit organismen, vreemd aan de traditionele medische sector.

Dank zij deze consultatie-mogelijkheid wordt er een multiplice-

rend effect van de beperkte psychiatrische manpower gecreëerd, b.v. de onderwijzer wat betreft leermoeilijkheden of agressieve kinderen, de arts wat betreft problemen met (de familie van) een terminale patiënt, de rechter wat betreft een psychisch gestoorde delinquent, enz.

Feldman beweert dat het installeren van een goed functionerend C.M.H.C. een 52% daling zou hebben meegebracht in het gebruik van de somatisch-medische diensten, die anders overstelpt worden met psychosomatische problemen (7).

III Welke principes en kenmerken liggen ten grondslag?

Alhoewel het C.M.H.C. bij het begin een soort reactievorm was tegen de verouderde gestichtspsielatrie, toch is de horizon ruimer en treden volgende kenmerken naar voren.

1 – *Specifiek geografische verantwoordelijkheid*: de idee van verantwoordelijkheid van catchment area werd boven reeds aangehaald. Een stad zoals Buffalo, N.Y., met ongeveer 1.200.000 inwoners, werd zoals een taart ingedeeld in 6 catchment areas met elk zijn C.M.H.C. De universitaire psychiatrische opnamedienst, 100 bedden, werd eveneens onderverdeeld in 6 units, namelijk 1 unit stond in voor één C.M.H.C. of één catchment area.

Aldus wist iedereen bij het arriveren van een urgentiegeval, wie de verantwoordelijke unit was, tot welke sociale dienst zich te richten, wie zou instaan voor de ambulante follow-up, enz., wat organisatorisch een simplificatie daarstelde.

Het C.M.H.C. dient zijn focus te richten zowel op het geheel van de maatschappelijk-psychiatrische problematiek van zijn zone als op de individuele noden, en zal daarom contacten leggen met alle maatschappelijke voorzieningen, die traditioneel 'under-utilizers' zijn van de geestelijke gezondheidszorg.

2 – *Alomvattende ketting van diensten - 'comprehensiveness'*.

De 5 essentiële diensten zijn boven beschreven. Daarnaast kunnen worden bijgevoegd: diensten voor kinderen en adolescenten, familiale en seksuele moeilijkheden, alcoholisten en verslaafden, reha-bilitatiediensten, 'liaisondiensten' enz.

Alzo bijvoorbeeld startte een C.M.H.C. met 16 diensten tegelijkertijd.

3 – *Bereikbaarheid: 'accessibility'*.

Dit begrip veronderstelt:

- beschikbaarheid voor *alle* inwoners van de catchment area, zonder onderscheid van ras, geloof of geslacht;
- voorlichting van de bevolking welke diensten ter beschikking zijn en hoe deze te bereiken;
- geografisch vlot toegankelijk voor het publiek. Hiertoe worden eventueel satelliet-diensten gecreëerd;
- geen financiële barrières;
- geen (lange) wachtlijst;
- 24 uur op 24 bereikbaar, zonder afspraak, voor consult of voor opname.

4 – Continuïteit van de zorgen – continuity of care.

De fragmentatie, de dispersie, de versnippering en het gebrek aan coördinatie van de instellingen voor geestelijke gezondheid dienen ten alle prijze vermeden. Continuïteit van zorgen veronderstelt dat de patiënt snel en vrij van dienst kan verhuizen, al naargelang zijn specifieke en variërende behoefte. Ieder centrum moet verzekeren dat de patiënt vrijelijk en vlot van de ene dienst naar de andere dienst transfereert, dat zijn dossier meegaat en dat een adequate verwijs- en follow-up dienst wordt georganiseerd, inclusief de medewerking aan en van de andere humane dienstverlenende sectoren.

Parameters van continuïteit der zorgen (2, 3) zijn: (1) de beweging van de patiënten; (2) de stabiliteit van de relatie therapeut-patiënt; (3) schriftelijke en verbale communicaties onder de staffleden; (4) de follow-up en de herstelpogingen t.o.v. patiënten die voortijdig een dienst verlieten.

5 – Gemeenschapscontrole – Betrokkenheid van de Gemeenschap – Community Involvement.

Door zijn betrokkenheid met de gemeenschap wordt een C.M.H.C. meer bewust wat er gaande is in zijn sociëtas, wat de wisselende noden ervan zijn, en is aldus beter gewapend tegen deze noden via een realistische planning en programmatie. Daarom dient een C.M.H.C. mede beheerd door 'vertegenwoordigers van de verbruikers', (4, 5) namelijk medeburgers gekozen om hun sociale, politieke, economische, mutualistische, juridische, medische, enz. verantwoordelijkheden, hetzij om hun charisma.

In juni 1972 had 90% van de centra 'citizen participation'. Vele centra hebben het onder vorm van 'community advisory boards', doch auteurs zoals Bolman verklaren dat er 'community control at all levels of the center's operation' nodig is, dus zowel op het vlak van planning, policy-making, als van het algemeen management en budget.

Participatie van de gemeenschap in de humane dienstverlenende sector wordt van vitaal belang en als een democratische verworvenheid beschouwd (het recht van de belastingbetaler). Tevens worden aldus lacunes aangevuld die dikwijls vanuit het standpunt van de professioneel niet zouden opgemerkt worden en wordt de gemeenschap geïnformeerd en georganiseerd. Het betrekken van de gemeenschap in het C.M.H.C. heeft niet alleen het voordeel de centra beter te wapenen doch ook 'if services are not regarded as relevant, they will be under-utilized regardless of their qualities' (10).

IV Hoe richt men in de praktijk een C.M.H.C. op?

De grootste moeilijkheid en de struikelsteen is het bijeenbrengen van mensen en van organisaties met een verschillende traditie en background. 'Everyone is in favor of coordination, but nobody really wants to be coordinated' (9). Effectieve coördinatie is gemakkelijker te bepleiten dan te bereiken. Versnippering en frag-

mentatie is overal een probleem doch bijzonder in de sector van de humane diensten.

Interpersoonlijke moeilijkheden belemmeren *intra*-organisatorische coördinatie. Bij het oprichten van een C.M.H.C. echter stelt zich voornamelijk het probleem van inter-organisatorische coördinatie, het samenbrengen van bestaande organisaties en structuren, een hybried probleem dat nog niet zo goed bestudeerd is als de door ervaring gekende *intra*-organisatorische coördinatie. De voornaamste doelstelling van de inter-organisatorische coördinatie is de continuïteit van zorgen: het vlot bewegen van patiënt, naargelang zijn nood, over alle takken van de geestelijke gezondheidszorg. Is de continuïteit ten zeerste en door iedereen gewenst, de barrières daartoe zijn enorm: 'Parochial admission requirements, sanctimonious tradition and a general organisational paranoia make continuity of care extremely difficult' (8). 'Unfortunately, our rhetoric has far outrun our knowledge of how to bring complex organization together while preserving their individuality' (9).

Het probleem van de inter-organisatorische coördinatie werd in de U.S.A. aangepakt op de volgende wijze:

(1) subsidiëring met normen; (2) een schriftelijke verbintenis tussen de verschillende medewerkende organisaties met een globaal programma; (3) aanstellen en bezoldigen van directeur met staff; (4) creëren van een 'superboard' – the board of directors met vertegenwoordigers van de gemeenschap; (5) federale rol, éénmakende rol van de centrale inspectie.

1 – Subsidiëring met normen van coördinatie.

Dank zij een subsidiëring, namelijk Grants for Construction and Grants for Staffing, zijn de verschillende mentale zorgverleners aangetrokken tot een gecoördineerd alomvattend programma. De grants for construction or renovation bedragen $\frac{2}{3}$ van de totale kostprijs (in poverty areas 90%) en de grants for staffing bedragen 75% voor de eerste twee jaar en gaan degressief naar 30% in de laatste 3 jaren van de eerste acht jaarperiode (in poverty areas respectievelijk 90 en 70%). Na de eerste 8 jaren zouden er geen federale subsidies meer verleend worden en dient een C.M.-H.C. andere inkomsten te zoeken (State en County).

Ongeveer $\frac{1}{3}$ van de centra ontvingen federale subsidies voor constructie én voor functionering, $\frac{1}{3}$ alléén voor constructie en $\frac{1}{3}$ alléén voor functionering. De subsidiëring is bedoeld als een aanmoediging en een aanvulling en mag geen duplicatie uitmaken. Het 'multifunded' budget van een C.M.H.C. is globaal als volgt samengesteld:

35% = federaal via N.I.M.H.

45% = staat en county

16% = eigen inkomsten via patiënten of via consulterende lichamen

4% = filantropische werken en giften

100%

Om in aanmerking te komen voor subsidie dient de aanvraag uit te gaan hetzij van een 'public institution' hetzij van een 'nonprofit organization'. Er dient voldaan te worden aan volgende normatieve vereisten:

- een programma van continuïteit van zorgen daarstellen;
- bronnen van fondsen aantonen die de gaping tussen de federale steun en de reële kostprijs van het totale programma zal overbruggen;
- een catchment area bedienen van 75.000 à 200.000 inwoners;
- voorzien in nieuwe diensten (enkel de kostprijs van nieuwe voorzieningen kan worden gesubsidieerd);
- het plan moet passen in het kader van het nationaal State programma, en moet de samenwerking hebben van de local community.

Vanzelfsprekend start een C.M.H.C. met wat er alreeds bestaat in de gemeenschap. De oprichting is een evolutionair proces: bijvoorbeeld een opnamedienst van een algemeen ziekenhuis en een polikliniek werken samen en voegen er een dag- of nachthospitaal aan toe; een volwassen opnamedienst, een child guidance clinic, een algemeen ziekenhuis voegen er een dienst voor dringende opnamen aan toe, enz.

Gewoonlijk startte men met een klinische en een ambulante dienst, waaraan werden gevoegd een emergency room, partiële hospitalisatie, telefonische crisisinterventie en laatst het consulentenprogramma.

2 - *De schriftelijke verbintenis.*

Volle klaarheid dient van bij het begin af te worden geschapen. Tussen de zich verbindende, gecoördineerde organisaties dient een geschreven verbintenis te bestaan, waardoor mogelijk moet worden: - vlotte transfer van de patiënten; - vlotte transfer van alle personeel; - vlotte transfer van de dossiers.

Er dient nauwkeurig bij contractueel accoord gestipuleerd voor elke instelling; - wat te geven (input); - wat te doen (verwerking); - wat te verwachten (output).

3 - *Aanstelling van een Algemeen Directeur.*

De verschillende participerende instellingen kiezen en benoemen een algemeen directeur, die alleen tegenover de 'superboard of directors' verantwoording schuldig is en die moet voldoen aan volgende eisen:

a - kwalificatie van mental health professional = psychiater (17), psychiatrisch maatschappelijk werker, psychiatrisch verpleger of psycholoog;

b - full-time, zonder enige nevenfunctie;

c - de algehele verantwoordelijkheid dragen over alle centra van het netwerk en over de dienstverlening aan alle patiënten van de catchment area.

Effectief leiderschap is cruciaal voor het succes van het programma. De taak van de directeur is omvangrijk: hij is de advo-

caat, de catalysator, de ombudsman, het uitwisselingsplatform, de verbindingsman. Hij staat in voor personeel, voor ruimte en voor financiën. Kortom de klassieke functies van de administrator: planning, organisatie, directie, coördinatie en budgettering. Het bureau van de directeur bestaat meestal uit 4 à 5 personen: hemzelf, een secretaris, een boekhouder en typiste-klasseerder. Deze verbindingsstaff is uiterst belangrijk en onmisbaar. Deze ervaring heeft geleerd dat zo deze taak wordt opgenomen door een klinische staff, het C.M.H.C. niet zou functioneren.

4 – Het creëren van een 'superboard'.

Als bijzonder eenmakend element dient een gezagstructuur geschapen die boven de individuele organisaties staat en die de eindverantwoordelijkheid draagt. Deze 'algemene raad van beheer' bestaat uit de vertegenwoordigers van de participerende organisaties en uit de vertegenwoordigers van de gemeenschap, de gebruikers. Het particuliere belang van de gemeenschap erbij te betrekken werd hoger reeds beklemtoond; in geval van crisis tussen de verschillende organisaties maken juist de vertegenwoordigers der gemeenschap de evenwichtzoekende kracht uit, in het belang van patiënt en van gemeenschap.

5 – Rol van het Centraal Bestuur.

De taak van het centraal bestuur te Washington wordt verdeeld over 10 regionale bureaus, die de courante, eigenlijke verantwoordelijkheid opnemen. De 10 regionale bureaus adviseren, helpen plannen, oliën, stimuleren, gaan op inspectie en maken rapporten. De rol van een regionaal bureau kan moeilijk worden overschat, en is cruciaal in de eerste jaren van een C.M.H.C. wanneer de meeste problemen al te samen oprijzen en 'because in the beginning it's terrible'. Er zijn immers enorme weerstanden te overbruggen op alle vlakken: de instellingen, het personeel, de patiënten, de administraties. 'If you really want to know something, try to change it'.

V Resultaten en Evoluties

1 – President Kennedy lanceerde in 1963: 'If we launch a broad new mental health program now, it will be possible within a decade or two to reduce the number of patients now under custodial care by 50 per cent or more'.

De statistieken tonen aan dat deze stoute doelstelling vlugger is bewaarheid dan verwacht. In 1963 waren er 504.600 residentiële psychiatrische patiënten in de state and local government mental hospitals (ongeveer 70% van de psychiatrische bedden). In 1955, de piek, 558.900. In 1968 waren 399.000, in 1970: 338.000, en in 1973: 248.518.

De 'total rate' (totale aantal psychiatrische bedden per 100.000 inwoners) daalde van 390 in 1955, over 311 in 1963 naar 231 in 1968. In 1974 nog 185,8; terwijl de 'resident patient rate' per

100.000 inwoners in de 'state en county mental hospitals' zakte van 259,0 in 1964 naar 119,0 in 1973.

Het aantal patiënten behandeld in *outpatient* psychiatric clinics steeg van 296.000 in 1963 naar 711.000 in 1968.

Het was indrukwekkend om het grote aantal gebouwen van Central Islip State Hospital (Long Island, N.Y.) te zien, die leeg en op invallen stonden, doordat de patiënten populatie gedaald was van 8.000 tot 2.900 (juni 1973) in een periode van nog geen 10 jaar.

In de Staat California zakte de asilaire populatie van 37.000 in 1955 naar minder dan 15.000 in 1970.

Vanzelfsprekend heeft ook de evolutie op het domein van de psychofarmacologie deze kentering mede teweeg gebracht, doch er dienden voldoende extramurale voorzieningen te worden gecreëerd om de ambulante opvang mogelijk te maken. De interactie tussen neuroleptische behandeling en sociotherapie werd op het International Symposium on the Sociopharmacology of Schizophrenia (Leuven, 1973) door F. Baro en R. van Lommel (23) overvloedig aangetoond.

2 – Halpern en Binner (14) maakten een belangwekkende studie nopens de *financiële evaluatie* van de behandeling van 583 patiënten opgenomen in Ford Logan Mental Health Center, 1968-1970. Zij namen als basis de te schatten waarde van de output, het produkt, namelijk de patiënt die zijn functie in de maatschappij gans of gedeeltelijk heeft hernomen, en de kostprijs om dit produkt te bereiken. Er was een totale investering van \$ 2.444,39 en een gemiddelde output waarde van \$ 3.298,84, dus een output waarde-index van \$ 1,35 voor \$ 1 investering, plus 35%.

De auteurs maken verdere subgroepanalyses, bij leeftijd, bij geslacht, bij diagnose. De hoogste winstmarge ligt in de leeftijds-groep 35-44, de laagste in 55-64 groep. Voor mannen en vrouwen werd ongeveer dezelfde 'return' gevonden. Wat de diagnostiek betreft is de hoogste 'winstmarge' bij de psychoneurosen (\$ 3,29) en bij psychotische en paranoïde reactievormen (\$ 3,16), de laagste bij de mentale deficiëntie (\$ 0,32) en de Acute and Chronic Brain Syndromes (\$ 0,53).

3 – Zijn de cijfers impressionant, de ontwikkeling van de C.M.H.-C. heeft een aantal ideeën gelanceerd die verder reiken dan het gestelde doel en aan de C.M.H.C.-beweging een magische aantrekkingskracht geven (8). Ideeën als gemeenschapsparticipatie, catchment area, globale dienstverlening en tenlaste neming, vlotte bereikbaarheid en beschikbaarheid, primaire preventie, sociaal model in de psychiatrie, continuïteit van zorgen, beter gebruik van het asiel, enz. (18) zijn niet meer weg te denken. De invloed van catchmenting op de psychiatrische dienstverlening werd bv. door Tischler (Yale) (22) belicht: grotere vertegenwoordiging van de sociaal benadeelden, met aldus groter gebruik van de psychiatrische diensten, snellere interventie, grotere bereikbaarheid en betere functionele banden met de andere dienstverlenende sectoren.

4 – De geïsolcerde burcht van de custodiale psychiatrie werd vervangen door gemakkelijk bereikbare, attractieve, polyvalente centra. De idee van de psychiater-omnipotent werd verlaten door het inschakelen van paraprofessionelen en van verstandige leken als ook door het inschakelen van vertegenwoordigers van de gemeenschap in de raden van beheer. De leken, getraind gedurende de diensturen tot 'community mental health workers' helpen de band leggen met de laagste klassen van de bevolking. Alzo werd de emotionele barrière tussen de psychiater en de marginale bevolkingsgroepen effectief aangepakt.

5 – Verrassend is dan ook het contrast tussen bijvoorbeeld België en U.S.A. voor het vinden van psychiatrisch *personeel*. Het aantal opgeleide psychiatrische verplegers in België is klein en de meesten verlaten dan nog de psychiatrie voor de algemene ziekenhuizen. Het is mijn indruk dat het niet alleen is omwille van financiële redenen, maar vooral omdat de functie in de Belgische psychiatrische instelling niet aantrekkelijk is. Telkens opnieuw ben ik verbaasd geweest van het enthousiasme en de toewijding van het psychiatrisch personeel in de U.S.A. dat soms zelfs niet ontziet vrijwillig overuren te presteren. Wat niet verwonderlijk blijkt als de therapeutische verantwoordelijkheid door gans het personeel gedeeld wordt, zodat ieder personeelslid zich co-therapeut voelt en participeert in het proces van de heraanpassing van de patiënt aan zijn omgeving. Hiertoe worden zelfs ex-patiënten aangeworven en getraind tot mental health workers. Feldman schrijft (8) 'To a considerable extent these services have been possible because of the centers' success in recruiting and retaining staff. Although concerns about limited manpower were quite pronounced early in the program, they have been of much less consequence than was originally feared. In fact the development of so-called paraprofessionals or indigenous mental health workers has been a major accomplishment.'

6 – Een *coördinatie* werd bereikt op het versnipperde vlak van de geestelijke gezondheid met continuïteit van zorgen. Doch de coördinatie laat zich verder voorzien, namelijk een coördinatie tussen de geestelijke gezondheidszorg en de algemene gezondheidszorg ('Total health care').

VI Kritieken, gemaakte en te vermijden fouten

Post hoc is het gemakkelijk kritiek te leveren doch deze is hier op haar plaats gezien 'meer wordt geleerd uit een nederlaag dan uit een overwinning'. Uit persoonlijke gesprekken op verschillende niveau's heb ik volgende als mislukt ervaren feiten kunnen samenbrengen:

1 – *De private psychiaters* hadden of hebben teveel het gevoel van niet betrokken te zijn. Zij werden onvoldoende mede gecoördineerd van bij het begin van de oprichting en zij werden niet bewust gemaakt dat zijzelf gebruik zouden kunnen maken van de C.M.H.C.-diensten: bv. de partiële hospitalisatie, de emer-

gency diensten, de out-reach services, de sociale diensten, de telefonische permanentie, enz. . . . Hierdoor ontstaat al te vaak bij de privaat-gevestigde psychiaters een gevoel van bedreigd te zijn (21). Eenzelfde opmerking zou gelden ten opzichte van de omni-practici.

2 – Bijna steeds werd er in elk C.M.H.C. een *overschatting gemaakt* van de nood aan het aantal psychiatrische *bedden* (7.21). Dit is historisch gegroeid. Daar men in praktijk meestal startte met een aantal bedden in een algemeen ziekenhuis, waar rond dan geleidelijk de verschillende andere modaliteiten van psychiatrische dienstverlening werden georganiseerd, die achteraf dan een aantal bedden ledig en dus nodeloos maken. Zo observeert men dat het Maimonides Community Mental Health Center te Brooklyn New York, dat instaat voor een populatie van 160.000 inwoners, zijn taak zeer goed aankan met 41 bedden (600 opnamen per jaar) in een algemeen ziekenhuis van 600 bedden. Niettemin is de psychiatrie in dat ziekenhuis de grootste unit met 13 residents, 15 psychiaters, 15 psychologen en 15 sociale werkers. Dr. Fiasce aldaar achtte 25 bedden voldoende voor een populatie van 150.000 inwoners (12). De gemiddelde ligduur bedroeg er 15 à 20 dagen. Eenzelfde feit observeert men te Buffalo N.Y. in het Meyer Memorial Hospital, algemeen ziekenhuis van 1.000 bedden, waar de psychiatrie de grootste unit vormt, niet zozeer door het aantal opgenomen patiënten en bedden (10%) maar wel door de uitgebreide ambulante dienstverleningen. Zelfde evoluties deden zich voor te Yale, Rochester en Boston. Het belang van snelle en korte (residentiële) behandeling in een '72-hour ward' bijvoorbeeld wordt algemeen onderlijnd. Chroniciteit en dependentie dienen ten alle prijze vermeden, daarom snelle doch kortdurende opname.

3 – De diensten *Consultation and Education* blijken *onvoldoende* gereïmburseerd, ondanks hun multiplicerend effect, noch financieel juist geëvalueerd. In praktijk lijkt de beste manier van handelen een soort 'onderhoudscontract' tussen het C.M.H.C. en de diensten die regelmatig om consultatie en informatie vragen: bv. een school, gerechtsdiensten, politie, half-way houses, enz. Hier toe dient een exacte raming van de kostprijs gemaakt op voorhand en contractueel jaarlijks vastgelegd. Wat kost in realiteit het vrijstellen van een psychiatrische equipe voor consult aan een school, aan gerecht, enz.? Wat is de kostprijs van de relatie C.M.H.C.-politie? Het bepalen van de kostprijs is een vorm van evaluatie: is de consultatie waard dat ze uitgevoerd wordt. Een cost-benefit analyse lijkt mij in de psychiatrie even noodzakelijk en stimulerend als op elk ander terrein van de menselijke activiteit.

4 – Van bij de start dient een *evaluatie-programma ingebouwd*: wat is de reële kostprijs per dienstverlening, wat is de therapeutische output per sectie, hoever staat het C.M.H.C. af van de doelstellingen zoals vastgelegd in het onderling contract bij de oprichting? Beantwoordt het C.M.H.C. aan de algemene ten-

densen:

- daling van het aantal bedden;
- toename van het aantal 'short term emergencies';
- verkorting van de hospitalisatie duur;
- daling van een aantal patiënten die terugkeren voor opname;
- toename van de belangrijkheid van de consulistentdienst.

5 – *De personeelskosten* zijn enorm: dag en nacht dient een C.M.H.C. open te staan voor iedereen via zijn 24-uren dienst. Sociale interactie is een tijdrovend proces; de ten laste neming van een patiënt vraagt de inzet van een ganse staff. De reële kostprijs van een patiënten consultatie in een C.M.H.C. bedraagt \$ 75, de kostprijs van een consultatie bij een private psychiater is \$ 40. Is de therapie in een C.M.H.C. wel beter? Beide systemen blijken een complementaire functie te vervullen. Wel is er bij de planning de nodige voorzichtigheid in acht te nemen daar: 'Services offered only to the poor, quickly become poor services' (8).

6 – *Het bestaan van 2 systemen*: de C.M.H.C. en de State Hospitals (18, 19). Wie is verantwoordelijk voor de after care van de patiënt? Kan er een coördinatie bereikt tussen beide systemen qua opleiding, training, recruterings van patiënten en personeel, enz. Wat in zake opnamepolitiek? Wat is de definitie van een 'chronische' patiënt? Het bestaan van 2 niet-geïntegreerde systemen heeft aanleiding gegeven tot vele spanningen, die nog niet zijn weggerukt in de U.S.A.

7 – Indien de ambulante psychiatrie wordt overgeaccentueerd, ontstaat het gevaar dat het personeel vanuit de derde-echelonpsychiatrie wordt weggedraineerd met *verwaarlozing van de chronische patiënt*, zoals de defect-schizofreen. Van Ree (24) aarzelt niet te spreken van 'diskriminatoire psychiatrie'. Het zoeken naar 'yavis'-patiënten (young, attractive, verbal, intelligent and successful) blijkt in de U.S.A. realiteit met verwaarlozing van de 'lastige' chronische patiënt. De psychiatrie is er als het ware getrapt in de val van een te grote belofte dat de geestes-zieke kan genezen worden. Hij kan behandeld worden. De chronische patiënt blijft desondanks voorkomen, doch hij kan meer humaan behandeld worden en zeer vaak in zijn natuurlijke gemeenschap.

VII Besluit

Morgan Martin schrijft in een editoriaal (18):

'Understanding community mental health means grasping its great ideas, ideas that may be more enduring than the movement itself. With these ideas go other claims of greatness such as the greatest public interest and the greatest public health planning ever'.

Moge de bedoeling van het artikel, een overzicht te geven van de ervaringen van de C.M.H.C.-beweging in de U.S.A. bijdragen tot het helpen realiseren van de zware doch uitdagende opgave van continuïteit van zorgen aan de geesteszieke te verlenen via een geïntegreerde psychiatrie.

Literatuur

- 1 Almond, Richard: 'The Therapeutic Community'. *Scientific American*, Vol. 224, pp. 34-42, March 1971.
- 2 Bass, Rosalyn D. and Windle, Charles: Continuity of care: an approach to measurement. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 129, pp. 196-201, 1972.
- 3 Bass, Rosalyn D.: 'A method for measuring continuity of care in a C.M.H.C.'. *N.I.M.H., Mental Health Statistics*, No (HSM) 73-9067, 1972.
- 4 Bolman, William: Community Control of the Community Mental Health Center: 1. Introduction; *American Journal of Psychiatry*, Vol. 129, pp. 173-180, 1972.
- 5 Bolman, William: Community Control of the Community Mental Health Center: 2. Case Examples; *American Journal of Psychiatry*, Vol. 129, pp. 181-186, 1972.
- 6 Caplan, Gerald: *The Theory and Practice of Mental Health Consultation*. Tavistock Publications, 1970.
- 7 Feldman, Saul, Associate Director for Community Mental Health Services: *persoonlijke mededeling* (1973).
- 8 Feldman, Saul: 'Ideas and Issues in Community Mental Health'. *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 72, pp. 325-329, 1971.
- 9 Feldman, Saul: 'Problems and Prospects: administration in mental health'. *Administration in Mental Health*, N.I.M.H., pp. 4-11, 1972.
- 10 Feldman, Saul and Goldstein, Harald H.: Community Mental Health Centers in the United States: an overview, *Int. J. Nurs. Stud.*, Vol. 8 no 4, pp. 247-257, 1971.
- 11 Feldman, Saul and Windle, Charles: 'The N.I.M.H. approach to evaluating the Community Mental Health Centers Program'. *Health Services Reports* 88, pp. 174-180, 1973.
- 12 Fiasce, M. D., Maimonides Community Mental Hospital, Brooklyn NY.: *persoonlijke mededeling* (1973).
- 13 Goodwin, Ira H. and Rosenbaum, Arnold E.: 'A Method of Measuring and Comparing Costs in Mental Health Clinics'. *Hospit. and Comm. Psychiatry*, pp. 63-65, February 1972.
- 14 Halpern, Joseph and Binner, Paul R.: A model for an output value analysis of mental health programs. *Administration in Mental Health*. N.I.M.H. 1972.
- 15 Joint Commission on Mental Health and Illness, *Action for Mental Health*, Basis Books, New York (1961).
- 16 Lerner, W.: *Statistical Abstract of the United States*, 1970.
- 17 Levinson, Daniel J. and Klerman, Gerald: 'The Clinician-Executive. Some problematic issues for the psychiatrist in mental health organizations.' *Administration in Mental Health*, N.I.M.H., pp. 53-57, 1972.
- 18 Martin, Morgan: 'Community Mental Health Centers: Coming to Grips with Big Ideas.' *Amer. J. Psychiat.* 129, Editor's Notebook, pp. 211-213, 1972.
- 19 Osberg, James W.: 'Unifying State Hospital and Community Mental Health Systems through Area Programs', *Hospital and Community Psychiatry*, pp. 105-108, April 1972.
- 20 Ozarin, Lucy D., Feldman, Saul and Spaner, Fred E.: 'Experience with Community Mental Health Centers'. *Amer. J. Psychiat.*, 127, pp. 912-916, 1971.
- 21 Spaner, Fred E., N.I.M.H. - Washington D.C.: *persoonlijke mededeling*.

- 22 Tischler, Gary L. et al.: 'The impact of catchmenting'. *Administration in Mental Health*, N.I.M.H., 1972.
- 23 Baro, F. and van Lommel, R.: *International Symposium on the Socio-pharmacology of Schizophrenia*, Louvain 1973 (in publication).
- 24 Van Ree, F.: 'Kritische psychiatrie of diskriminerende psychiatrie?', *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 17, pp. 591-599, 1975.
- 25 Wolford, Jack et al.: 'The effect on State Hospitalization of a Community Mental Health/Mental Retardation Center'. *Amer. J. Psychiat.* 129, pp. 202-206, 1972.