

Veranderend Santpoort

— in de wijze van behandelen (*behandelplan*)*

door Dr. L. A. M. van Eck**

1

Santpoort bestond vroeger inderdaad uit 5 afzonderlijke ziekenhuizen. Ieder daarvan behandelde op eigen wijze, zowel acuut opgenomen patiënten met een korte verblijfsduur als ook chronische patiënten. Een afdeling had dan ook steeds zijn opnamezaal, zijn eigen gesloten unit en zijn eigen unit voor chronische patiënten. Kortom, de afdeling had vele uiteenlopende behandelingsdoelstellingen. De organisatie was, impliciet, opgezet rond de *behandelende geneesheren*. Deze konden, ieder op hun eigen wijze, hetzelfde doen.

Bij onze nieuwe opzet zijn we uitgegaan van gedifferentieerde behandeldoelen. Die behandeldoelen leiden tot een daar op gericht *behandelplan*. De organisatie dient er dan op gericht te zijn dat behandelplan voor dat specifieke doel mogelijk te maken. Dit uitgangspunt wil ik aanduiden als het principe van de *eenvormigheid*. Dit betekent dat per organisatorische eenheid, voor ons de hoofdafdeling en daarbinnen de behandel eenheden, één behandel doel wordt gesteld. De splitsing binnen de hoofdafdeling in kleinere units en combinaties daarvan, vindt plaats aan de hand van het uit het behandel doel voortvloeiende criteria. Bijvoorbeeld:

- splitsing naar geslacht (short-stay afd., voor mannen en vrouwen of gemengd);
- naar patiënten categorie, bijv. demente bejaarden, oligofrenen, gemeenschap voor volwassenen resp. jeugd;
- naar patiënten categorie bijv. demente bejaarden, oligofrenen, chronisch organisch gestoorden.

Ons belangrijkste argument voor deze opzet is dat op deze wijze de hoofdafdeling en de onderdelen ervan, een eigen, op een specifiek doel gerichte, identiteit kunnen ontwikkelen. Deze identiteit houdt dan in dat ieder — behandelaar en patiënt — weet waar-

* Voordracht gehouden op de najaarsvergadering 1974 van de Ned. Ver. voor Psychiatrie

** Psychiater

voor men daar is, waar men aan werkt. Het klimaat en de inzet wordt daardoor duidelijker en beter.

2

Een tweede principe heeft bij de opzet van de behandelplannen voorop gestaan en wel de keuze van het behandelen via de groep. Hoe zijn we daartoe gekomen en wat houdt dat in?

De opzet van het behandelen, in welke vorm dan ook, of het nu bewaken, verzorgen, begeleiden of psychotherapeutisch behandelen betrof, was steeds gericht op individuen, zonder oog voor de groep of de gemeenschap waarin men tegelijkertijd deze individuen liet verblijven. Het relatie-aspect werd verwaarloosd. Men heeft wel meer oog gekregen voor de betekenis van de *verticale* relatie in de behandeling, m.n. de relatie behandelaar — patiënt, maar niet voor de relatie groep patiënten t.o.v. groep behandelaren en nog minder voor de (*horizontale*) relatie van de patiënten in hun eigen gemeenschap onderling. De keuze voor dit tweede principe is voortgekomen uit de visie dat sociale en m.n. *micro-sociale* en interpersonale factoren bij het ontstaan en voortbestaan van psychiatrische aandoeningen een centrale rol spelen en dat verwaarlozing van dit aspect in de behandeling een anti-therapeutische en m.n. een sterk vervreemdend effect heeft. Wat men via en met de groep kan doen, is per behandelplan natuurlijk verschillend.

Deze beide uitgangspunten hebben voor de behandelaren verschillende consequenties. De patiënt heeft niet te maken met een reeks, uit verschillende disciplines afkomstige behandelaren die voor hem zijn uitgezocht en min of meer in onderling overleg aan zijn behandeling werken. De patiënt krijgt te maken met de bij de behandel eenheid behorende groep behandelaren die als team aan de behandeling van de groep patiënten werken, met een gezamenlijk behandelplan. Men stelt niet langer een 'menu' per patiënt samen, maar biedt een standaardmenu per behandel eenheid aan. Het accent is hierdoor nu komen te liggen op het kiezen van het goede menu, d.w.z. het indiceren van de juiste behandel eenheid voor de individuele patiënt. De vraag is dan: op welke behandel eenheid hoort hij thuis? en niet langer: wat voor pakket moeten de behandelaren hier aan de uiteenlopende patiënten bieden? Niet ieder behandelteam moet 'alles' aankunnen, maar 't specialiseert zich op het eigen doel.

3

In principe hebben we verder gekozen voor een gemengde leefgemeenschap. Dit betekent dat, tenzij er contra-indicaties zijn, alle behandel eenheden gemengd zullen zijn. We vinden het afzonderen van de geslachten een meestal onnodige en daardoor onnatuurlijke zaak. Het bevordert in sterke mate de vervreemding van onze patiënten.

4

De invoering van genoemde beginselen heeft een verschuiving van de rolverdeling en een verandering van de rol-inhoud ten gevolge bij behandelaars. Immers, de verhouding tussen behandelaars, dus de staf, en patiënten verandert. De patiënten worden individueel en als groep, meer participierend bij de behandeling betrokken. De mate waarin, zal afhangen van het specifieke plan. Dit kan alleen als de onderlinge verhouding tussen de behandelaars verandert, d.w.z. duidelijker wordt en verbetert. Verbetert in de zin van betere communicatie en meer participatie. De rol-inhoud verandert doordat men gezamenlijk werkt aan het verwerkelijken van een doelstelling. I.p.v. de hiërarchie rond de afdelingsarts als spil, komt de teamsamenwerking. Men krijgt niet langer aanwijzingen, opdrachten en taken, maar men is betrokken bij het opstellen en het uitvoeren van het dagelijks beleid op de behandel eenheid. Men staat samen voor één taak.

4.1 — Dit betekent het verlaten van de z.g. departementale organisatievorm voor bepaalde disciplines. Hiermede bedoel ik dat bijv. maatschappelijk werk, bewegingstherapie, creatieve therapie, in een centraal departement samengebracht zijn en van daaruit als visiterende behandelaars op verschillende afdelingen werken of vanuit diverse afdelingen patiënten op indicatie van de behandelaars daar, krijgen toegewezen. Het departementale behandelbeleid prevaleert dan boven het afdelingsbeleid. In onze opzet bepaalt het behandelteam het beleid.

5

Hoe komen de behandelplannen tot stand?

De Stuurgroep Doelstellingen, samengesteld uit vertegenwoordigers van de verschillende activiteitengroepen (medici, verpleegkundigen, psychologen, m.w., therapeuten, admin., civiel, techn.-dienst), heeft in grote lijnen de indeling in behandel doelen gemaakt. Voor ieder doel, of zonodig onderdeel daarvan, werd een werkgroep gevormd uit de medewerkers van het ziekenhuis die zich toch al met die bepaalde behandeling bezig hielden. Zo kwamen er werkgroepen voor:

- opname en short-stay;
- intensieve klin. psychotherapie voor volwassenen;
- intensieve klin. psychotherapie voor adolescenten;
- resocialisatie en dehospitalisatie;
- verzorging en z.g. optimalisering van geriatrische, somatisch zieken, chronisch psychiatrische en oligofrene patiënten.

De werkgroepen maakten een rapport, waarin naar voren moest komen:

- 1 — Welke *visie* men heeft op de patiënten die bij het behandel doel passen (*wat willen we?*).
- 2 — Welke *aktiviteiten* (therapievormen, in de ruimste zin), men

daarvoor meent te moeten hebben (*hoe willen we dat?*).

3 — Hoe men zich het *proces* van de behandeling voorstelt, d.w.z. hoe bij inbreng van de factor tijd, de hoeveelheid en aard van de activiteiten zich verhouden (*hoe zal dit verlopen?*);

b.v.: hoe vaak een bepaalde activiteit per week plaats vindt, of dat hetzelfde is in het begin als op het eind van de behandeling, of de inzet van bepaalde verpleegkundige resp. sociotherapeutische activiteiten in de loop van de behandeling verandert.

Een behandelingsproces kan zo in fasen verlopen, waarbij per fase de samenstelling van het activiteitenpakket verandert.

Twee voorbeelden:

A Bij resocialisatie streeft men naar meer zelfstandigheid. De verpleegkundige begeleiding zal parallel aan het bereiken van meer zelfstandigheid, verminderen en van karakter veranderen. Dit proces verloopt in fasen en men kan dan bij de indeling in behandel eenheden, per fase een eenheid instellen. De patiënt gaat dus van eenheid naar eenheid, al naar gelang zijn vorderingen. Per eenheid is er een verschil in attitude van de verpleging en mogelijk ook in het *aantal* beschikbare krachten. De opeenvolgende eenheden vormen een *circuit*.

B Omgekeerd is het verloop bij dementerende patiënten. Met het dalen van hun lijn hebben zij juist meer verzorging nodig. Dit proces verloopt dus in omgekeerde richting, maar ook in fasen en ook via behandel eenheden aan die fasen aangepast.

4 — Tenslotte komt men met een *overzicht* van de ter verwezenlijking nodige *bemanning* (*wie hebben we erbij nodig?*). Men stelt vast, welke disciplines en hoeveel functionarissen. Hoeveel: psychotherapeuten, verpleegkundigen, creatief, therapeuten, psychiaters, alg. artsen, bew. therapeuten, administratieve medewerkers, m.w.ers etc. er per behandel eenheid, per combinatie van behandel eenheden (dus per z.g. circuit), en uiteindelijk per hoofd afdeling nodig zijn.

6

Op basis hiervan komen we dan tot een inzicht in de kosten, per behandelteam, per circuit, en per hoofd afdeling. Dit leidt logischerwijs tot een gedifferentieerde verpleegprijs, (*wat gaat het kosten?*).