

Veranderend Santpoort

— in de wijze van samenwerken (het behandelteam)*

door Dr. P. Bierenbroodspot**

I Inleiding

Een goede behandeling dient naar ons idee één behandeling te zijn, welke consequent wordt doorgevoerd, ook wanneer deze vanuit verschillende invalshoeken wordt benaderd. Gebeurt dit niet, dan bestaat het gevaar, dat benaderingen vanuit verschillende invalshoeken elkaar gaan tegenwerken in plaats van versterken, met als uiteindelijk resultaat een negatief therapeutisch effect. Men zegt wel: 'één behandeling of geen.' Wanneer één persoon als behandelaar optreedt, is de coördinatie van de verschillende invalshoeken meestal geen probleem (al is ook dit helaas niet altijd waar . . .), wanneer echter meerdere behandelers — ieder vanuit zijn eigen specifieke deskundigheid — moeten gaan samenwerken, wordt dit anders. Allerlei problemen van organisatorische, communicatieve, persoonlijke of sociaal-psychologische aard gaan immers een rol meespelen om het proces van besluitvorming te bemoeilijken.

Los van de gedachte, dat het veel beter is patiënten met een ongeveer gelijke problematiek bij en met elkaar te behandelen binnen eenzelfde behandel eenheid met een duidelijk omschreven, min of meer uniform behandel doel, zijn we er op grond van bovenstaande overweging toe gekomen het accent sterk te leggen op het aan deze behandel eenheid toegevoegde behandel team, en de behandeling aldus geheel naar de afdeling te decentraliseren. De eis te komen tot samenwerking en tot een gelijk gerichte behandeling is in de praktijk immers zó moeilijk te verwezenlijken, dat alleen een intensief onderling contact van de verschillende behandelers, en ook een intensief contact met een vaste groep patiënten, met wie (tot op zekere hoogte) lief en leed wordt gedeeld, de gewenste coördinatie mogelijk kan maken. Waar wij dus voor gekozen hebben is het *multidisciplinaire team* met een focus op de afdeling, wat wij hebben afgewezen is het *unidisciplinaire team* van vakgenoten, de gecentraliseerde behandeling, waar-

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

** Psychiater

bij de behandelaar 'consultatief', d.w.z. van buiten de woon- en leefgemeenschap, 'zijn' behandeling aan de patiënt komt aanbieden. Ontegenzeggelijk is een goede samenwerking binnen het multidisciplinaire team moeilijk werkelijk te verwezenlijken: de ongelijkheid van de inbreng en van de gebruikte taal, de bedreiging, die van grensoverschrijding kan uitgaan, de noodzaak te komen tot een gemeenschappelijke doelstelling, de wisselend gevoelde verantwoordelijkheid en het doorspelen van oude hiërarchische verhoudingen in het nieuwe samenwerkingspatroon maken het teamwork tot een in principe hachelijke zaak. Daar staat tegenover, dat – als het team tenminste goed functioneert – de betrokkenheid op één en dezelfde patiëntengroep kan leiden tot een diepgaande bezinning op het gemeenschappelijke doel en tot een uitwisseling van ervaringen, welke de behandeling verrijkt en vakidiotie voorkomt.

II Aspecten van team-work

Er zijn aan team-work verschillende aspecten te onderscheiden, die zich in principe in drie hoofdgroepen laten onderscheiden. Allereerst zijn er de *inhoudelijke* aspecten, welke te maken hebben met de gemeenschappelijke doelstelling van de behandeling. Ik wil dit hier verder laten voor wat het is, alleen zij vermeld, dat dit uiteraard alles te maken heeft met de gewenste samenstelling van het team, en ook misschien met de kwestie van de eindverantwoordelijkheid binnen het team, waarop ik later terugkom. In de tweede plaats zijn er de *technisch-organisatorische* aspecten van het team-work: bijv. het vastleggen van de samenstelling van het team, het formuleren en expliciteren van de verschillende doelstellingen in de behandeling, het vastleggen, hoe het overleg binnen het team zal verlopen, hoe de informatie en de communicatie tot stand komt, het maken van afspraken ten aanzien van de besluitvorming, het regelen van ieders verantwoordelijkheid, het afbakenen van ieders territorium in taakomschrijvingen enz. Dan zijn er ten derde *sociaal-psychologische* aspecten, welke te maken hebben met de vraag, hoe mensen vanuit zeer verschillende discipline en met verschillende karakterstructuur emotioneel met elkaar kunnen omgaan: de vraag, of er binnen het team werkelijk de vrijheid bestaat om met elkaar te communiceren, zonder dat iemand of iedereen zich in de uitoefening van zijn vak of als persoon bedreigd gaat voelen. Het is bekend, dat verwaarlozing van deze emotionele aspecten als een verborgen strijd, een 'hidden agenda' elk formeel overleg kan doorkruisen of zelfs onmogelijk maken, waardoor het team in de uitoefening van zijn taak en functie wordt lamgelegd. Wij moeten ons tenslotte realiseren, dat ook het team een groep is en dat ook hier de leden van de groep onderhevig zijn aan de werking van sociodynamische krachten.

Als vierde aspect zou hieraan nog kunnen worden toegevoegd *formeel-juridische* overwegingen: ieders juridische aansprakelijk-

heid voor de eigen beroepsuitoefening, de aansprakelijkheid van het team als geheel enz. Ik wil hieraan direkt toevoegen, dat deze juridische aspecten, voorzover wij hebben kunnen ontdekken, vaak onnodig sterk worden benadrukt en niet zelden dienen als wapen in de strijd op het sociaal-psychologisch krachtenveld.

Van belang is, dat de hierboven genoemde aspecten van het teamwork elkaar onderling sterk beïnvloeden. Onduidelijke afspraken in technisch-organisatorisch opzicht, bijv. t.a.v. de communicatie, veroorzaken misverstanden en jagen negatieve emoties op, die op hun beurt weer én de doelstelling én de communicatie ongunstig beïnvloeden. En ook: onduidelijkheid in de doelstelling (wat doen wij en waarom doen wij het zó?), kan bij een overigens goede organisatie toch tot verwarring en tot allerlei frustraties leiden. De negatieve uitwerking van emotionele barrières noemde ik reeds, zij zijn overbekend. Van belang is, dat bij elk teamconflict moet worden nagegaan, welke van de 3 genoemde aspecten een overwegende rol speelt: meestal zal blijken, dat meerdere factoren tegelijkertijd meespelen.

III Afspraken, die in ieder geval duidelijk moeten zijn

Welke afspraken moeten nu in ieder geval duidelijk zijn?

Ten eerste uiteraard het *behandeldoel* en dus de gemeenschappelijke en door iedereen aanvaarde visie op de psychische stoornissen, die men behandelen wil, en de wijze waarop men dat wil doen. Een regelmatig terugkerend gesprek over de uitgangspunten is erg nuttig, regelmatig overleg over de dagelijkse behandeling uiteraard een eerste voorwaarde.

Ten tweede moet duidelijk zijn, *wie* tot het behandelteam behoren: rekent men behalve de psychiater, de psycholoog, de verpleegkundige, de maatschappelijk werker, de creatieve- en bewegingstherapeut of de fysiotherapeut, ook administratieve krachten, de huishoudelijke dienst, eventueel de kok, de tuindienst of de pastor tot het team of niet?

Ten derde dient de principiële *gelijkwaardigheid* (of ongelijkwaardigheid) binnen het team vast te staan. Deze kwestie is moeilijker dan zij op het eerste gezicht lijkt: de psychotherapeut, die zijn patiënt voor een individueel gesprek uit de creatieve therapie *laat halen*, doorkruist zodoende op meerdere wijzen de pretentie van gelijkwaardigheid.

Ten vierde moet de *wijze van besluitvorming* en de vrijheid, die ieder binnen zijn eigen vakgebied heeft, in afspraken worden vastgelegd. Komt men al of niet in consensus tot besluiten, hoe is de besluitvaardigheid in crisissituaties, wordt achteraf al of niet op dan genomen besluiten teruggekomen? Ons inziens dient alles ter discussie te staan, en moeten besluiten in consensus worden genomen. Om besluiteloosheid te voorkomen, zijn coördinatoren nodig, een eindverantwoordelijke aanstellen houdt een veto-recht in ten aanzien van de te nemen beslissingen.

Ten vijfde dient de wijze van *communicatie* en informatie duide-

lijk vast te staan, een zeer belangrijk punt, juist bij wisselende diensten. Wij menen, dat alleen in een open communicatie, waarbij alle teamleden volledige informatie krijgen, teamwork tot zijn recht kan komen. Een voorbehoud zou ik willen maken voor de geheimhouding, welke de patiënt in het kader van een psychotherapie ten aanzien van sommige inhoudelijke en zeer intieme mededelingen verlangt (Dit kan de therapeut echter gemakkelijk in een loyaliteitsconflict brengen).

Ten zesde moet de *verantwoordelijkheid* van ieder teamlid afzonderlijk en van het team als geheel vaststaan. Ieder blijft uiteraard verantwoordelijk voor zijn eigen vakgebied en voor de juiste uitvoering van gemaakte afspraken.

Maar hoe zit het met de verantwoordelijkheid van het team als geheel? Kan het team aansprakelijk zijn, of blijft dat de arts – of een ander, die als leider of eindverantwoordelijke is aangesteld? Juridische consultatie leverde ons geen duidelijke richtlijnen op. Duidelijk is slechts, dat de Wet de groepsaansprakelijkheid niet kent, en dat overigens geëist wordt, dat de zorgvuldigheid in acht wordt genomen. Wanneer duidelijke afspraken gemaakt zijn, is aan deze zorgvuldigheid voldaan, het Instituut blijft verantwoordelijk voor de juiste samenstelling van het team: de juiste mensen op de juiste plaatsen. De kwestie van de eindverantwoordelijkheid en de vraag of iemand en zo ja, wie voor het totale gebeuren binnen het team verantwoordelijk wordt gesteld, hebben wij nog niet beantwoord. Wij neigen ertoe om in elk geval duidelijkheid te scheppen: een eindverantwoordelijke blijft m.i. noodzakelijk, deze dient in elk geval in overleg met het team zelf en met de organisatie als geheel aangewezen te worden.

De eindverantwoordelijke behoeft zeker niet altijd een medicus te zijn. Voor een goed functioneren van het team blijven daarnaast één, soms meerdere coördinatoren noodzakelijk. De eindverantwoordelijke blijft aanspreekbaar en aansprakelijk voor alles wat zich op de afdeling voordoet.

Voorzover ik de juridische aansprakelijkheid noemde, dacht ik daarbij vooral aan strafrechtelijke aspecten. Het civiel-rechtelijke aspect, bijv. in verband met de vergoeding van aangebrachte schade, loopt hier niet geheel mee parallel en valt buiten het kader van ons onderwerp.

IV Haken en ogen van werken in teamverband

Sociaal-psychologisch is het team een verzameling deskundigen, verenigd in een groep, waarbinnen allerlei groepsproblemen een rol gaan spelen: rivaliteiten, het delen van aandacht en waardering, cohesie en vooral de onzekere identiteit van het eigen vakgebied. Als deskundige moet je op *jouw* gebied alles weten, dit geeft onzekerheid, want dat is niet altijd waar. Twee punten lijken mij in dit verband van bijzonder belang:

1 de gevaarlijke *lethargie*, die kan ontstaan, wanneer overleg ertoe leidt, dat niemand meer zelfstandig durft in te grijpen tegen

gemaakte groepsafspraken in, uit angst voor het groepsoordeel: 'je houdt je niet aan afspraken, je bent autoritair' enz.

Stanton en Schwarz beschreven dit fenomeen als 'abdication of power', het afstand doen van alle macht en verantwoordelijkheid; 2 de *beroepsgratificatie*, die ieder in zijn vak nu eenmaal behalen wil. Het team versluiert ieders aandeel in wat bereikt wordt. Gemakkelijk komt een défaitistische stemming van 'we bereiken toch niets' tot stand, óók wanneer de feiten duidelijk het tegendeel uitwijzen. Deze stemming versterkt zichzelf gemakkelijk. Regelmatige besprekingen van de emotionele interactie, zo mogelijk onder leiding van een daarin geschoolde buitenstaander, is m.i. een dringende voorwaarde. Betalende instanties vinden dit helaas vaak verspilling van tijd en energie, tot ze (te laat!) met onoplosbare teamconflicten worden geconfronteerd. Nooit mag de organisatie (b.v. een Bestuur) in het emotionele proces ingrijpen door partij te kiezen voor één, haar welgevallige kant van het conflict. Doet zij dat wel, dan staat zij elke oplossing van het conflict in de weg, een sprekend voorbeeld hiervan is Dennendal.

V De onderlinge invloed van team en patiëntengemeenschap

Tenslotte wil ik nog kort noemen de onderlinge invloed, welke het team en de patiëntengemeenschap op elkaar kunnen hebben. Bekend is het '*Stanton en Schwarz*' effect, de negatieve werking, die van stafconflicten op de patiëntengemeenschap kan uitgaan. Niet alleen kunnen patiënten stafleden tegen elkaar uitspelen, waardoor de aandacht van de eigenlijke behandeling wordt afgeleid, een gebruikelijk weerstandsfenomeen. Maar ook worden wij steeds weer getroffen door de stemming – positief of negatief – welke ongewild door de staf bij de patiënten wordt geïnduceerd. Men is beslist geneigd de invloed hiervan weer te onderschatten. Vaessen benadrukte, in navolging van Main, de 'splitting patiënt', de patiënt, die sterk geneigd is latente stafconflicten door zijn gedrag te verdiepen, waardoor voor alle patiënten de behandeling wordt bemoeilijkt. Ook dit is een reden regelmatige interactiebesprekingen binnen het team te houden. De positieve werking van het team bestaat m.i. vooral daarin, dat de klassieke rol van de dokter en dus van de patiënt, wordt doorbroken: de patiënt leert – via het team – anders met zijn problemen om te gaan.

Eén vraag tenslotte lijkt mij in deze inleiding nog van belang, nl. deze: mag de staf zijn conflicten aan de patiënten laten merken, of moet men persé als staf één front vormen? Naar mijn gevoel is dit een schijnprobleem. Uiteraard zijn binnen de staf altijd meningsverschillen aanwezig, het lijkt mij geen bezwaar hier zo nodig open over te zijn. Een echt stafconflict echter is een zeer bedreigende zaak en dient *zonder* hulp van de patiënten, die dit niet kunnen, te worden opgelost. Het is als in het gezin: meningsverschillen, ook tussen de ouders, kunnen best ter sprake komen, een scheidingsdreiging heeft een geheel andere kwaliteit en dimensie en dient primair van buitenaf te worden opgelost.