

Veranderend Santpoort

– discussie naar aanleiding van de voorgaande voordrachten

*Verslag door J. L. van de Lande**

Het was niet de eerste keer dat de vereniging blijk gaf van belangstelling voor de ontwikkelingen in het Provinciaal Ziekenhuis te Santpoort. De aanleiding nu was mogelijk tweeledig: enerzijds het 125-jarig bestaan van Santpoort, anderzijds de kans op presentatie van ideeën en veranderingen die in het Provinciaal Ziekenhuis de laatste 4 jaar zijn uitgedacht. De ombouw van een 'totaalgesticht' naar gedifferentieerde behandelinstututen heeft ernstige consequenties voor de organisatie, de wijze van behandelen en de wijze van samenwerken.

De drie voordrachten belichtten ieder een aspect, soms zo positief en zelfverzekerd, dat het leek of een dergelijke tour-de-force probleemloos en zonder gevaar voor medewerkers en patiënten in een handomdraai in iedere inrichting uitgevoerd zou kunnen worden. Verre van dat, maar met weglating van een aantal handicaps is de visie wel scherper geworden en de kans op het aanbieden van een model wel groter.

De discussie na afloop van de drie aaneensluitende voordrachten was levendig en sprong van de hak op de tak, kritisch, bewonderend, argwanend, openhartig en velen stelden de eigen werkomgeving ter discussie. Bij de beantwoording schoten vele vertegenwoordigers van 'Santpoort' elkaar te hulp. Hun reacties en antwoorden zijn aangeduid met een –.

Prof. Meerloo (Amsterdam) opende de discussie met de opmerking, dat er sinds van der Scheer niet veel veranderd zou zijn en vroeg zich naar aanleiding van al het nieuwe af, of de patiënten elkaar nu behandelden, of zij inspraak hebben, hoe het leiderschap in een groep zich ontwikkelt, welke nazorg er plaatsvond en of men patiënten ook kon genezen door klinieken te sluiten? – In de periode van van der Scheer school het gevaar juist in zijn unieke stimulerende aanpak, waardoor na zijn vertrek de motor van 't geheel stilviel. Bovendien is het gunstig wanneer elke professionele groepering de illusie behoudt, dat hij met andere, nieuwere dingen bezig is. Binnen een behandelunit behandelen patiënten elkaar – maar dat gebeurt al eeuwen zo – en zijn dan ook zeker verantwoordelijk voor elkaar. Inspraak in besluitvor-

** Psychiater

ming is op alle afdelingen in meer of mindere mate aanwezig (eigen gekozen commissies, informele bijeenkomsten met de staf, patient-staff-meetings), hoewel de integratie van verschillende patiënten-eenheden in bijvoorbeeld een patiëntenraad voor het gehele ziekenhuis nog niet is gerealiseerd. Initiatieven hiertoe dienen uit de behandel-eenheid te komen en juist niet van 'bovenaf' gestimuleerd te worden.

Leiderschap in een groep is te ontwikkelen door middel van groepsdynamische trainingen, gesprekstraining, rollenspel e.d.

Nazorg vindt behalve via erkende extramurale instanties óók via een eigen polikliniek plaats.

Ontslagtherapie door middel van het sluiten van klinieken wordt niet toegepast, hoewel gebleken is dat door een intensievere groepsbenadering vele gehospitaliseerde (chronisch gemaakte?) patiënten uiteindelijk toch ontslagen kunnen worden. Of de inrichtingen dan kleiner zullen worden kan men betwijfelen.

Volgens *Bleeker* (Amsterdam) verloopt de ontwikkeling in de academische wereld veel trager en moeizamer, naar zijn mening omdat er minder mensen bij het veranderingsproces betrokken kunnen worden. Onduidelijk blijft hoe een dergelijk veranderingsproces geëvalueerd kan worden en een verbetering ten opzichte van een vroegere situatie kan worden aangetoond.

– In Santpoort worden door middel van verkiezingen zoveel mogelijk medewerkers uit de basis bij het veranderingsproces betrokken en eveneens uitgenodigd in diverse werkgroepen zitting te nemen. Hoewel evaluatie een van de belangrijkste pijlers van de gehele organisatiestructuur is, kan er toch pas een uitslag komen wanneer men lange tijd volgens het nieuwe model heeft gewerkt.

Mussert (Utrecht) vraagt zich af of er een groepsgratificatie kan bestaan; een ander probleem lijkt hem hoe men tot een werkrelatie kan komen met patiënten die niet gemotiveerd zijn, volgens hem de 'zwarte pieten' van de geestelijke volksgezondheid; tenslotte: wie verdeelt de werkzaamheden, wie mag op de leukste afdelingen werken?

– Bij het werken in teamverband wordt het steeds moeilijker om zicht te krijgen op individuele resultaten (zowel bij de patiënt als van de behandelaar in teamverband); het is eerder zo dat de ene groep: het multidisciplinaire team tevreden of ontevreden is over de andere groep: de patiënten. Deze gratificatie kan in ieder geval met een ander gedeeld worden.

– De ongemotiveerde patiënten, via geneeskundige verklaring en rechterlijke machtiging noodgedwongen opgenomen, verblijven allereerst op de opname en shortstayafdeling, waar met het behandelteam een open discussie ontstaat over het al dan niet handhaven van de juridische maatregel. Dit heeft nogal eens tot conflicten met de verwijzende instantie geleid.

– Aangezien iedere behandel-eenheid een specifieke taak heeft

toebedeeld gekregen, weet men na indicatiestelling in de opnamekliniek ook naar welke afdeling een patiënt kan worden overgeplaatst. Er wordt vooraf niet geselecteerd en er bestaat een noodbeddenregeling voor Amsterdam en Haarlem.

Beekman (Castricum) wil weten hoe de macht binnen de nieuwe organisatie is verdeeld en hoe men deze machtsverdeling ervaart, samenhangend met zijn vraag: wat gebeurt er wanneer een medewerker zich op een afdeling niet thuisvoelt en overgeplaatst wil worden.

– Beleidsbeslissingen kunnen alleen in consensus door directie en stuurgroepen genomen worden als het algemeen beleid betreft; ook binnen de hoofdafdeling wordt naar machtsverdeling gestreefd, het democratiseringsproces is daar echter nog niet overal voltooid.

– Wanneer men zich niet thuis voelt, kan men een andere hoofdafdeling kiezen.

Mevr. Overingh (Haarlem) is bezorgd dat door al het theoretisch aandoende georganiseer de patiënt in de hoek is gedrukt.

Mevr. Sandman (Amsterdam) meent dat de therapeut zich enerzijds minder vrij zal voelen werkend in een team, anderzijds zich juist gesteund weet. Kan men in de praktijk werkelijk zeggen wat men denkt, hoeveel medewerkers (en patiënten) blijven niet stil in een hoekje zitten?

– Wanneer patiënten die vrijheid hebben verworven dan kunnen zij ontslagen worden. Patient-staff-bijeenkomsten zijn essentieel voor de onderlinge openheid tussen patiënten en medewerkers. Zonder training en begeleiding zullen vele medewerkers daar evenmin in slagen.

Moen (Heiloo) stelt dat de ervaring in de Willibrordusstichting is, dat ondanks ruim overleg tussen staf en patiënten, toch de patiënt die één of meermalen een psychose heeft doorgemaakt, geen eigen verantwoordelijkheid wil en kiest voor hospitalisatie. Hij meent dat de psychosepatiënten een defect vanuit zichzelf hebben en resultaat alleen bereikt kan worden door meer dwang van de zijde van de staf.

– Deze visie wordt niet gedeeld; hoewel Santpoort voor Heiloo niet het verlossende woord kan spreken, is het alhier duidelijk dat men dit niet als een defect bij de patiënt ziet, maar eerder dat de patiënt zich door de gratificatie van de staf bedreigd voelt en dan wel gaat werken. Deze problematiek lijkt samen te hangen met het therapeutisch klimaat op de afdeling en met de specifieke relatie staf-patiënten.

Zwanikken (Vught) vraagt of Santpoort ook aan afstoting van bepaalde afdelingen denkt in verband met de wenselijkheid dat patiënten dichterbij het eigen woonmilieu worden behandeld?

— Realisatie van de plannen tot oprichting van een Sociaal Psychiatrisch Instituut in Amsterdam zal zeker consequenties hebben voor de opnameafdeling van het Provinciaal Ziekenhuis. De vraag of door interne verschuivingen het ziekenhuis verkleind zal worden, is nog niet te beantwoorden. De grootte van de nieuwe gedifferentieerde afdelingen zal in de toekomst afhangen van de specifieke behoefte van de maatschappij.

Mevr. Meyling is verheugd over de moderne ontwikkelingen, maar is bezorgd over het gevoel van veiligheid in de besloten therapeutische situatie. Geeft men teveel dan wordt hospitalisatie in de hand gewerkt, geeft men te weinig dan vreest zij verzakelijking en een te kort doen aan het individu.

— Dat het gevoel van verzakelijking nu bestaat, ligt vooral aan de wijze waarop er vandaag over is gesproken, waarbij veel nadruk werd gelegd op het organisatiekader waarbinnen behandelingen plaatsvinden. Onderling contact lijkt eerder toegenomen door meerdere therapeutische en niet-therapeutische bijeenkomsten en steun van medepatiënten. Wellicht wordt een sterk accent gelegd op de mogelijkheden tot terugkeer naar de maatschappij en angst voor hospitalisatie mag zeker niet betekenen dat men de patiënt de kans ontnemt om veilig aan zijn ontslag te werken; de natuurlijke neiging om beter te worden mag niet worden afgeremd. Overigens kost het velen meer moeite zich veilig te voelen in de maatschappij dan in een therapeutische gemeenschap.

Hustinx (voorzitter) sluit na een dankwoord de vergadering.