



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Zin en onzin van samenwerking in de geestelijke gezondheidszorg¹

Kees Hoogduin

In het begin van de jaren zeventig was ik verbonden aan een Medisch Opvoedkundig Bureau (MOB). Alleen al door daar te werken kon gesproken worden van samenwerken. In die tijd wilde de bureauleiding gaan samenwerken met het andere MOB. Nadat hier acht tot negen jaar over was vergaderd kwam het ten slotte tot een fusie. Ook vonden er vergaderingen plaats met het Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden over samenwerking en integratie. Na een jaar of vijf resulteerde dit overleg ook in een fusie. Daarna – de overheid stond ook niet stil – werden we gestimuleerd om met de GGD te gaan samenwerken, en voor het tot een samenwerking kwam werd een jaar of tien vergaderd en ‘verkend’. U kunt van mij aannemen dat het niet een tekort aan gelijkheid was waardoor beslissingen werden uitgesteld.

Naast deze samenwerkingsgesprekken met derden, bestond er in ons bureau zelf ook een intense samenwerking. Wanneer een patiëntje was aangemeld kwam het team in beweging. Dit team bestond uit circa tien medewerkers, die de patiënt ieder op hun beurt onderzochten. Ten slotte werd gedurende een avondbespreking de kroon op de interne samenwerking gezet: de patiënt werd besproken. Ieder teamlid las twee tot zes A4-tjes voor en op het einde van de avond werden de conclusies getrokken. Dat lukte vaak niet goed, want de patiënten bleken naar het inzicht van de deskundigen in veel gevallen moeilijk oplosbare problemen te hebben. De kinderarts zag het zo, de pedagoog weer anders en de maatschappelijk werkende nog anders dan de speltherapeut. Vaak moest er een tweede avondvergadering volgen om overeenstemming te bereiken over de vraag hoe de patiënt het beste geholpen kon worden. Ook na deze tweede vergadering wilde de slotsom nog wel eens luiden: dit is iemand om door te verwijzen, want deze problematiek is voor ons te ingewikkeld.

De samenwerking die in het belang van de psychiatrische patiënt dient plaats te vinden kan even bescheiden zijn als de samenwerking voor de somatische zieke patiënt. Wanneer iemand een longontsteking heeft, rukken ook niet tien mensen uit om het behandelbeleid uit te stippelen en vervolgens vast te stellen: ‘Het lijkt ons toch te zwaar.’ Welnee, er worden medicijnen gegeven en als deze maatregel niet helpt, kijkt de longarts nog eens en daarmee hebben we het meestal wel gehad. Samenwerking in de psychiatrie moet, maar alleen wanneer het nodig is. Bijvoorbeeld wanneer het gaat om aandoeningen waarvoor een bepaalde expertise noodzakelijk wordt geacht, die niet ter plekke voorhanden is.

Specifieke deskundigheid is een goede reden om samen te werken. De ene instelling heeft deze expertise en de volgende weer een andere. Zorg dat een patiënt met een dwangstoornis bij behandelaars terecht komt, die een dwangstoornis behoorlijk kunnen behandelen. Zorg dat crises behandeld worden door mensen die gespecialiseerd zijn in acute psychiatrie. Maar zorg er ook voor dat de deskundigheid bekend is. Zorg ervoor dat de mensen van elkaar weten waar ze goed in zijn. Dit vereist wel enig vertrouwen, want het gevaar bestaat natuurlijk dat iemand zegt dat hij op een bepaald gebied een expert is, terwijl hij bij nadere beschouwing de enige blijkt te zijn die dat vindt.

Het merkwaardige doet zich voor dat werkers in de GGZ, die niet direct aanschuiven om over intensievere samenwerking te vergaderen, nogal eens wordt verweten dat ze niet willen samenwerken. Voor hen volgen hier enige richtlijnen.

Richtlijnen om tot een goede samenwerking te komen

- 1 *Volg de adviezen van de verwijzer onvoorwaardelijk op*. De verwijzer is meestal iemand, bij wie de behandeling niet naar wens verlopen is. Een voorbeeld: een mevrouw had sinds haar zevende jaar last van de angst om te braken. Ze was ook bang om iets te eten, want dit zou mogelijk tot braken leiden en vervolgens zou ze kunnen stikken. Ze meldde zich toen ze dertig was en lang en breed gehuwd. Ze was twee jaar in relatietherapie geweest bij een medewerker van een RIAGG, maar ze verbeterde niet en wilde 'hogerop'. De therapeut verwees zijn patiënte inderdaad naar een ander instituut, maar stuurde haar ook nog een brief. Daarin stond onder andere deze zin: 'Ik begrijp nu dat je de braakfobie wilt houden en dat is maar goed ook, want anders zou de relatie wel eens vreselijke spanningen kunnen krijgen.' Met de verwachting dat het genezen van de braakfobie tot vreselijke spanningen zou leiden, kwam patiënte bij haar nieuwe therapeut. Het is natuurlijk oncollegiaal en kwaaddenkend te veronderstellen dat de verwijzer hoopte dat mevrouw niet beter zou worden. Maar toch, een op zijn advies gegeven relatietherapie zou mogelijk voor de samenwerking meer vruchten afgeworpen hebben dan de succesvol gebleken gedragstherapie (Hoogduin, 1984).
- 2 *Ga op ieder patiëntenoverleg in*. Voorbeeld: het maatschappelijk werk had een samenwerkingsoverleg met de RIAGG, waaraan ik in die tijd verbonden was. Dit overleg bestond eruit dat het hoofd van het maatschappelijk werk aan de hand van een lijst met alle door zijn dienst doorverwezen patiënten het team voor de behandeling van volwassen psychiatrische patiënten overhoorde met de vraag hoe het sinds de verwijzing met de patiënt gesteld was. 'Waarom is zij nog niet beter?' kon de chef van het algemeen maatschappelijk werk soms streng uitvallen. Na een middagje praten was een goede samenwerking gegarandeerd. Een ander voorbeeld: eens in de maand was er een overleg tussen het team voor de behandeling van volwassenen van de RIAGG en een PAAZ met als doel de diverse patiënten te bespreken, die of ontslagen zouden worden door de PAAZ, of opgenomen waren na verwijzing door de RIAGG. Soms ging het om drie patiënten, soms om vijf. Jammer was het dat de behandelaar van die patiënten soms net op de dag van de bespreking een snipperdag had, of ziek was, of dat er iemand werd besproken die intussen was ontslagen, omdat de gemiddelde opnameduur vaak slechts enkele weken bedroeg. Niemand vond dit echter erg, want er waren broodjes en er werd overlegd en er waren altijd wel zaken waarover men nog eens van gedachten wilde wisselen.
- 3 *Vraag nooit naar kwaliteit*. Ik was betrokken bij een overleg om tot een samenwerkingsplan te komen tussen de RIAGG en de PAAZ. Het was de bedoeling dat in een gebied, waar als gevolg van slecht openbaar vervoer de voorzieningen van geestelijke gezondheidszorg voor de patiënten moeilijk te bereiken waren, PAAZ en RIAGG samen voor een oplossing zouden zorgen. De besprekingen verliepen voorspoedig tot iemand van de PAAZ vroeg naar de dagelijkse gang van zaken betreffende intake-procedures en behandelingsstrategieën. 'Welnu', zei een medewerker van de RIAGG, 'dat is allemaal wel in orde, want dat gebeurt overeenkomstig de richtlijnen van de overheid.' Het bleek dat de patiënten een

intake van drie of vier zittingen zouden krijgen waarna dan een indicatie voor een bepaalde vorm van behandeling zou moeten worden gesteld. Op de polikliniek van de PAAZ werd echter niet volgens die overheidsrichtlijnen gewerkt. De patiënt werd er één keer gezien en vervolgens werd meteen een behandeling ingesteld met als belangrijkste doel: zo snel mogelijk de klachten te doen verminderen. Een groot probleem ontstond er toen die PAAZ-medewerker maar bleef doorzaniken over kwaliteit. Op een gegeven moment durfde hij zelfs te zeggen dat als een patiënt in een crisis verkeert, ook al is het een lichte, het niet van deskundigheid getuigt (of van kwaliteit van zorg), als je eerst twee maanden gaat praten en overleggen. Dat had hij niet moeten zeggen; de volgende afspraak werd afgezegd en een nieuwe werd nooit meer gemaakt. Het samenwerkingsverband is er niet gekomen.

- 4 *Vraag niet naar deskundigheid.* Dit probleem bestaat in alle vormen van samenwerking. Het begint al bij de patiënt/therapeut-relatie. Bijvoorbeeld: een patiënt met een dwangstoornis gaat naar een RIAGG en komt na intake en indicatiestelling bij iemand terecht die een gedragstherapeutische opleiding heeft gehad, of iemand die daar bijna mee klaar is, of iemand die van plan is om deze opleiding te gaan volgen. De patiënt vraagt: 'Heeft u wel eens eerder iemand met een dwangstoornis behandeld?' Fout! Sommige therapeuten krijgen een rood hoofd, anderen trekken wit weg, want velen hebben nu eenmaal nog nooit met succes een dwangstoornis behandeld. De patiënt hoort dat eigenlijk niet te vragen, of... toch wel. Het is niet anders dan in de gewone geneeskunde. Hoewel, daar loopt het ook vaak vervelend af voor de patiënt. Ik had eens last van uitstralende pijn van de nek naar de arm en er bestond een verdenking op een hernia. Ik kwam bij een bekende neurochirurg, die me wel wilde opereren. Ik vroeg hem: 'Hoe doet u dat?' Hij zei: 'Ik benader het probleem van achteren.' Ik vroeg hem waarom. Fout! Hij werd kwaad. 'Waarom vraagt u dat?' Ik zei: 'Nou ja, ik heb het academisch ziekenhuis in Utrecht gebeld en daar zeiden ze mij dat zij de operatie vanuit de hals zouden uitvoeren, van voren dus. Het enige wat ik nu aan u vraag is, waarom u de operatie van achteren, vanuit de nek uitvoert.' Hij bleek het altijd zo te doen. Toen ik hem vroeg of er onderzoeksgegevens waren ter ondersteuning van een voorkeur voor de ene of de andere benadering, bleef hij mij het antwoord schuldig. *Vraag niet naar kwaliteit, vraag niet naar expertise.* U bederft er de samenwerking mee. Het zal duidelijk zijn dat het niets is geworden tussen de neurochirurg en mij. De operatie is niet doorgegaan. Laten we terugkeren naar de patiënt met een dwangstoornis. Het bleek dat in die tijd niemand op een bepaalde RIAGG ervaring had met de gedragstherapeutische benadering van deze aandoening. Patiënt besloot toen naar een centrum te gaan waar men gespecialiseerd was in de behandeling van zijn ziekte. Hij deelde dat mede aan het ziekenfonds en dat weigerde vergoeding. Ik overlegde met de adviserende geneeskundige van het ziekenfonds en die wilde het eerst met de RIAGG bespreken. De volgende dag deelde hij mij mee, dat de directeur behandelzaken van de RIAGG hem verzekerd had, dat de behandeling van de patiënt uitstekend bij hen kon plaatsvinden. De patiënt heeft er toch van afgezien. Hij is ten slotte in het gespecialiseerde centrum behandeld, zonder dat aan die behandeling kosten waren verbonden. We zijn geen vrienden geworden met de zorgverzekeraar en ook de samenwerking met de directeur van de RIAGG heeft door deze gebeurtenissen averij opgelopen.
- 5 *Laat niet merken dat u op de hoogte bent van de onderzoeksgegevens.* U kunt iedere discussie frustreren door plotseling onderzoeksgegevens als argument voor uw opvatting naar voren te brengen. Het toenmalige ministerie van WVC had een aantal experts uitgenodigd om te komen praten over gokverslaving. Deskundigen

van het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD) en van een verslavingskliniek wilden extra geld, omdat de behandeling van deze nieuwe ziekte veel tijd vroeg. Ik voelde me direct al wat ongelukkig in dit gezelschap, omdat ik van mening ben dat het bij pathologisch gokken vooral gaat om een uit de hand gelopen hobby. Als het geen geld zou kosten, zou nooit iemand hulp komen vragen voor zijn pathologisch gokken. Als het geld eenmaal verloren is, is er spijt. Sommigen gaan zelfs stelen en komen als ze maatschappelijk helemaal vastgelopen zijn bij een hulpverlener. Gokverslaving is een onjuiste term. Beter is de term 'pathologisch spelen'. Er zijn ook mensen die veel naar prostituées gaan, er zijn mensen die veel 06-nummers draaien en er zijn mensen die heel veel snoepen, of dag en nacht werken. Geen redenen om zich bij het CAD aan te melden, lijkt me. Tijdens het overleg vroeg ik naar de resultaten van de behandeling bij deze patiënten. De resultaten, vertelden de deskundigen, waren uitstekend. Niet minder dan vijftig procent verbeterde. Ik kon mijn oren niet geloven, want voor dat ik naar de vergadering ging had ik de literatuur over behandeling en behandelingsresultaten bij pathologisch spelen doorgenomen. Onderzoekers met een grote reputatie vermeldde tien tot vijftien procent verbetering, maar ook bij deze onderzoeken bleven giro- en bankafschriften ongecontroleerd. Een groot probleem bij spelers is dat ze nogal eens zeggen niet meer te spelen, terwijl ze dat in het geheim nog steeds doen. Immers, familieleden en hulpverleners willen niets anders horen. Wanneer je vertelt dat je weer speelt wordt de sfeer in huis al gauw gespannen. Er wordt heel wat afgelogen door gokkers. Daardoor zijn de follow-up-gegevens, zelfs de bescheiden successen uit bovengenoemde onderzoeken, mogelijk nog te optimistisch. Toen ik deze gegevens meedeelde werd de sfeer zelfs grimmig. Slecht voor de samenwerking bleek al snel.

Tot besluit

Samenwerking in de geestelijke gezondheidszorg moet. PAAZ, APZ, RIAGG en het algemeen maatschappelijk werk moeten samenwerken om een beter lot te bewerkstelligen voor de psychiatrische patiënt. Daartoe is afstemming nodig. Dat betekent overleg, vergaderingen, besprekingen en soms intensieve collegiale contacten. Er is echter maar één richtlijn voor een intensieve samenwerking en die is: de behoefte van de patiënt. In de meeste gevallen is een dergelijke indicatie niet voorhanden. Het gaat dan heel goed zonder. Een pikant gevolg is dat er meer tijd voor behandelen beschikbaar is, waardoor zonder enig overleg mogelijk een oplossing is gevonden voor de wachtlijstproblematiek die bij vele van deze naar samenwerking hunkerde instituten bestaat.

Noot

- 1 Deze notitie is een bewerking van een voordracht, gehouden ter gelegenheid van het honderdjarig bestaan van het APZ Bloemendaal te Loosduinen, september 1992.

Kees Hoogduin

Referentie

Hoogduin, C.A.L. (1984). Nieuwe ontwikkelingen in de directieve therapie. In: K. van der Velden & C.A.L. Hoogduin, *Anna Karenina en de plastic zak*. Deventer: Van Loghum Slaterus.