

Observatiegeschiedenis Sandhaghe

Je zou kunnen zeggen dat er in 1956 binnen het SPC al sprake is van observatie avant la lettre: over het KDV Bridha (de observatiekliniek Sandhaghe bestond toen nog niet) staat in het jaarverslag over die periode vermeld: "De met de kleuters behaalde resultaten zijn verrassend. De kinderen gaan zelfs reeds na enkele maanden merkbaar vooruit. Zij worden rustiger, er ontstaat een zekere sociale aanpassing en zelfs diegenen, welke bij hun komst weinig of in het geheel nog niet praatten, gaan al spoedig woordjes en kleine zinnetjes zeggen."

En het jaarverslag van 1962 vermeldt over ditzelfde Bridha: "De plaatsing van nieuwe kinderen geschiedt met één tegelijk. Op deze wijze kan het kind zo goed mogelijk opgevangen en geobserveerd worden en een snelle aanpassing van het kind aan de nieuwe omgeving wordt erdoor bevorderd. Er wordt getracht om stap voor stap de kinderen de uitvoering van eenvoudige opdrachten bij te brengen. Het tot ontplooiing brengen van alle mogelijkheden in het kind wordt centraal gesteld."

Op 1 mei 1962 neemt het SPC de voormalige zuigelingenkliniek aan het Oranjeplein over. Het krijgt de naam Research- en Observatiekliniek. Zowel research als observatie van mensen met een verstandelijke handicap (in die tijd nog als zwakzinnigen aangeduid) stonden toen nog in de kinderschoenen. Centraal stonden in die beginjaren het bieden van een goede verzorging en medisch verantwoorde hulp. Daarnaast is er altijd één uitgangspunt hetzelfde gebleven: als eerste optie wordt bekeken of het kind na de observatieperiode in het gezin teruggeplaatst kan worden.

In deze beginjaren wordt er aan 40 kinderen van 0 tot 6 jaar verpleging en verzorging geboden. Al snel vereiste de aard van de werkzaamheden in de kliniek een uitbreiding van het aantal medewerkers en adviseurs. Zo werd er een psychiater aangehouden in de persoon van dr. A.C. Goedhart. Ook werd er vrijwel vanaf het begin aandacht besteed aan revalidatie en orthopedische chirurgie.

De eerste psychologe van het Oranjeplein, dra. K.P. Guépin-Schlesinger (dr. Goedhart heeft het SPC inmiddels vanwege drukke werkzaamheden elders na een halfjaar verlaten) neemt in deze beginjaren in haar eentje de observatie voor haar rekening. In anderhalve dag per week doet zij psychologische

onderzoeken bij de daarvoor in aanmerking komende kinderen. Aan de hand van de uitslag hiervan brengt zij advies uit over de wijze waarop personeel en speltherapeuten de kinderen dienden te benaderen. De bestuursnotulen vermelden in dit verband: "Dr. van der Hoog (geneesheer-directeur!!) is over de psychologe niet enthousiast. Ze geeft slecht les en haar rapporten zijn summier."

In 1963 treden de eerste speltherapeuten op het Oranjeplein in dienst.

In het najaar van 1965 wordt door het bestuur van het SPC aan de Haagse GG&GD een brief gezonden waarin het doel van de observatiekliniek wordt uiteengezet. Saillant is dat in dezelfde brief het bestuur van de gemeente eist dat zij een aantal patiënten dat in feite niet ter observatie maar ter verpleging is opgenomen, terugneemt. In 1966 neemt het ROK de psychiater dr. Fedder in dienst. Zijn officiële taakopdracht luidt: het observeren van geestelijke afwijkende kinderen voor het stellen van diagnose, prognose en eventuele therapie.

Op 10 februari 1967 erkent het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid de kliniek als 'aangewezen inrichting', voorlopig voor de duur van 1 jaar en met een totale capaciteit van 32 bedden.

Vanaf 1969 gaat er een poliklinisch onderzoek aan een eventuele observatieopname vooraf. De duur van deze observatie wordt dan vastgesteld op drie maanden, waarbij men zich met name toelegt op kinderen van 0 - 8 jaar. Een jaar later (maart 1970) worden er 41 kinderen in het pand Sandhaghe gehuisvest. Dit pand wordt betrokken in afwachting van de nieuwbouw.

In het jubileumjaar 1970 (het SPC bestaat dan 15 jaar) schrijft Prof. Speyer, die jarenlang als adviseur aan het SPC verbonden is geweest, in een jubileumartikel: "We hebben observatiecentra nodig waar onder aantrekking van alle deskundigen die nodig zijn, het juiste advies gegeven kan worden wat met de zwakzinnigen gedaan moet worden, nadat vastgesteld is dat wij te maken hebben een zwakzinnige.

Het ontbreken van één of meer mogelijkheden om tot de juiste combinatie (van hulpverlening) te komen, doet onrecht aan de zwakzinnige en kan leiden tot onjuiste hulp en is dan ook ontoelaatbaar."

De doelstelling van de observatiekliniek wordt in 1970 als volgt omschreven: observatie van geestelijk geretardeerde kinderen voor het stellen van diagnose en het geven van een prognose van de ontwikkelingsmogelijkheden. Hierbij is de werkwijze dat aan de hand van een poliklinisch onderzoek wordt vastgesteld of klinische observatie noodzakelijk is. De duur van de observatie is minimaal drie maanden. Men gaat er vanuit dat het kind moet kunnen acclimatiseren en er dient voorkomen te worden dat de verschillende onderzoeken in een te snel tempo elkaar opvolgen. Om een adequate observatie te realiseren is een multi-disciplinaire benadering noodzakelijk. (jaarverslag '70, blz 47)

De termen verdieping en intensivering en niet te vergeten samenwerking (met het ziekenhuis Bronovo en het JKZ) komen om de hoek kijken.

[Jaarverslag '71: "Van de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne is de toezegging ontvangen dat op de nieuwbouw van de Research- en Observatiekliniek Sandhaghe de Garantierегeling Inrichtingen voor Gezondheidszorg 1958 van toepassing kan worden gebracht. (zegt mij even niets; jou misschien wel, Herman?)]

In 1971 werden 14 kinderen voor observatie opgenomen. Er werden 8 observatieplaatsen beëindigd waarvan bij 5 plaatsing in een inrichting werd geadviseerd. In de andere 6 gevallen werd handhaving in het gezin met ondersteuning door een KDV mogelijk geoordeeld. Een jaar later, 1972 dus, worden er 9 kinderen ter observatie opgenomen.

Inmiddels blijft de kliniek zich ontwikkelen. Naast de eigenlijke observatieafdeling is er het zogenaamde overgangstehuis. Hier worden kinderen opgenomen in afwachting van observatie en hier kunnen ze ook tot hun twaalfde verblijven na het beëindigen van de observatie. Op deze wijze vervult de kliniek ook een functie t.b.v. de ouders die (nog) niet bereid zijn hun kind in een verder weg gelegen inrichting te plaatsen.

Aanvankelijk beslaat het werkgebied van Sandhaghe Den Haag en omliggende gemeenten. In de loop van de jaren breidt dit zich uit. Eerst met het Westland tot aan Hoek van Holland en later (1974) tot de gehele provincie Zuid-Holland. Nog steeds is er sprake van een uitbreiding en verdieping van de observatie in Sandhaghe. Zo komt er een diepgaand onderzoek naar de aanwezigheid van orthopedische en orthodidactische mogelijkheden, ook bij bedlegerige kinderen. Daarnaast doet men verder onderzoek naar de totaal aanwezige relatiepatronen van ouder en kind om ook van hieruit het kind zo goed mogelijke hulp te kunnen bieden. Ook de medische observatie (bestaande uit een algemeen onderzoek, 'aetiologie van de oligofrenie', testen van gezichts- en gehoorvermogen) wordt uitgebreid. Voorts is er op psychologisch gebied toetsing van nieuwe testmethoden en vindt er een intensivering van logopedie plaats.

In 1974 heeft Sandhaghe een totale capaciteit van 64 plaatsen en een observatiecapaciteit van maar liefst 24 plaatsen. Dit aantal is dan overigens flexibel en kan met eenheden van vier of achter plaatsen worden vergroot of verkleind. In dit jaar zijn er 57 afgeronde observaties. Daarnaast worden er 12 kinderen in vakanties en noodsituaties opgenomen.

Sinds de nieuwbouw ('74) zijn dankzij de nieuwe en betere mogelijkheden de doelen bijgesteld:

- a. een dieper en breder onderzoek naar de orthopedische en orthodidactische mogelijkheden ook bij bedlegerige kinderen.)
- b. het scheppen van meer mogelijkheden voor revalidatie

- c. een nader onderzoek van de totaal aanwezige relatiepatronen van ouder + kind
- d. op medisch gebied het blijven verwezenlijken van een algemeen routineonderzoek en onderzoekuitbreiding van ogen, gehoor en gebit.
- e. intensivering van fysiotherapeutische behandeling door een uitbreiding van het aantal werkuren.
- g. intensivering logopedie.

Wederom een verruiming van de doelstelling: naast observatie is er nu tevens een orthopedagogisch instituut waar gedragsgestoorde en gedragsmoeilijke zwakzinnige kinderen worden geobserveerd en zodanig behandeld dat voorkomen wordt dat zij in inrichtingen worden opgenomen wanneer dit niet strikt noodzakelijk is.

Eveneens nieuw: het opstellen van een 'stappenplan' waarbij gebruik wordt gemaakt van therapieën als: losmakende therapie, beeldcommunicatie (het kind communiceert d.m.v. beelden) gedragstherapie, structurende therapie, rollenspel)

Capaciteit: 64

	1976	1977	'78
afgeronde observaties	15	18	11
gem. observatieduur	3 maanden	4,5 mnd	3 mnd
in obs. per 1 jan	4	5	8
opgenomen ter observatie	11	26	10
ontslagen	15	18	11

De verruiming van de doelstelling (zie 1977) heeft een gunstige uitwerking gehad. Er konden een aantal nieuwe activiteiten worden ontplooid (stappenplan voor behandeling, begin van elementaire funktietraining). Er wordt ander, voor dit doel beter gekwalificeerd personeel aangetrokken.

	'77	'78	'79
aanwezig per 1 jan.	44	63	64
opgenomen	58	28	42
vertrokken	39	27	44

De begin jaren 80 vormen wat Sandhaghe betreft een tamelijk diffuse periode en zeker geen hoogtepunt in haar geschiedenis. Er waren nog maar 4 observatieplaatsen over en ook deze stonden zwaar ter discussie. Zowel inhoudelijke als in de personele sfeer schort er nogal het een en ander aan. Het vertrek van de algemeen directeur (Onstwedder) en de langdurige ziekte, uitlopend in het vertrek van de directeur Sandhaghe (Ramp) zijn hierbij als belangrijke factoren aan te wijzen. Sand-

haghe had in deze periode dan ook verre van een goede naam in den lande en ook de diverse overheidsinstanties waren niet enthousiast. Het heeft dan ook maar een haartje gescheeld of Sandhaghe was haar status van observatiecentrum kwijt geweest. De overheid had geen enkel vertrouwen in de kwaliteiten van Sandhaghe op dit gebied, hetgeen nog eens werd versterkt door de exploitatieverliezen die als gevolg van de lage bezetting optraden. Ondanks grote externe druk om de observatieafdeling te beëindigen, is Sandhaghe er niettemin in geslaagd om de observatieafdeling te behouden en uiteindelijk een goede observatie te bieden. In 1983 werd met de komst van een nieuwe directeur (v.d.Weide) een begin gemaakt met de wederopbouw van Sandhaghe, zowel op inhoudelijk als op organisatorisch gebied.

Er komt een beleidsplan waarin Sandhaghe naast de huidige functies, te weten observatie, behandeling en de woon-leef-functie ook ruimte wil gaan geven aan de mogelijkheid tot het geven van praktische pedagogische thuishulp (een voorloper van de ambulante poliklinische observatie). Daarnaast zal er shortstay/weekendopvang gerealiseerd worden boven de thans erkende capaciteit. Sandhaghe moet een multi-functionele organisatie worden.

In 1985 heeft Sandhaghe 64 plaatsen, waarvan 8 voor observatie. De observatieperiode wordt uitgebreid naar maximaal 6 maanden en geldt voor kinderen van 0 tot 14/16 jaar. Aan de volgende zaken is in de periode '83-'85 aandacht besteed: de externe betrekkingen van Sandhaghe worden verbeterd. (Sociaal Pedagogische Diensten, diverse inspecties, Haagse Ziekenfondsraad). Daarnaast worden met zusterinstellingen contacten gelegd en last but not least is de interne organisatie op een structurele wijze aangepakt. Bovengenoemde zaken hebben ertoe geleid dat het imago van Sandhaghe zowel binnen als buiten de regio aanzienlijk is verbeterd.

In 1987 krijgt de ontwikkeling van Sandhaghe meer concreter gestalte. Er wordt gedurende de observatieperiode nog meer dan voorheen aandacht besteed aan een intensieve samenwerking met de ouders. Deze ouderbegeleiding wordt gekenmerkt door een tweedeling in een gesprekmatige en een praktische kant. Uiteenlopend van het meedraaien in leef- en speelgroepjes van hun kind en het bekijken van de ontwikkelingen van hun kind op video tot pedagogische begeleiding in gesprekken met deskundigen.

Observatie heeft zich in de afgelopen jaren ontwikkeld van het uitsluitend waarnemend onderzoeken tot een uitgebreid en vaak complex proces van onderzoek, begeleiding, behandeling, consultatie, diagnostiek etc.

Het zal geen verbazing wekken dat met al deze positieve ontwikkelingen ook de doelstelling van de observatieperiode wordt bijgesteld:

1. de gewenste benadering/aanpak van het kind
(streng, mild, gestructureerd, indirect)

2. de gewenste woon-leefsituatie voor het kind (thuis, internaat, kdv, behandelingsinstituut)
3. het vaststellen van de ontwikkelingskansen en behandelingsmogelijkheden van het kind (emotioneel, medisch, intellectueel, psychiatrisch, gedragsmatig, logopedisch)
4. het aangeven van emotionele en/of organische oorzaken met behulp van aanvullende diagnostiek (uiteraard indien noodzakelijk)

[jaarverslag '89: ondanks de door het ministerie beschikbaar gestelde middelen weigert het verbindingskantoor nog steeds om accoord te gaan met een hogere productie.]

[Jaarverslag '90: toestemming verbindingskantoor voor hogere productie (vakantie- + weekendopvang)]

Het doel van observatie en behandeling is in de jaren 90 nadrukkelijker dan ooit om er naar te streven het kind met een verstandelijke handicap een zo goed mogelijk leven te bieden. Dit betekent dat er naast een veelzijdige observatie tevens een veelzijdige behandeling en een groot scala aan woonmogelijkheden geboden moet worden. Dit alles dient een zo hoog mogelijke kwaliteit te hebben, waarbij alle invalshoeken in beeld gebracht dienen te worden teneinde een zo duidelijk mogelijke richting te kunnen geven aan de verder ontwikkeling en het welzijn van het kind.

De observatie binnen Sandhaghe is steeds veelomvattender en professioneler geworden. Het is van het grootste belang dat deze kennis en ervaring ook bij het kind in een zo vroeg mogelijk stadium kan worden aangewend. Hierdoor kan er tijdig en op een adequate wijze behandeld worden. Schrijnende gevallen waarin sprake was van een verkeerde of geen behandeling doordat er geen gelegenheid was tot het stellen van een goede diagnose, kunnen hierdoor tot een minimum worden beperkt. Want de nood is nog steeds hoog en schrijnende gevallen kunnen vaak niet worden geplaatst op de observatieafdeling, met alle gevolgen vandien. Het kind kan niet worden opgenomen en derhalve kan er geen observatie en behandeling plaatsvinden. De ervaring leert dat de problematiek vaak groter wordt, waardoor de latere behandeling langer moet duren en intensiever zal moeten zijn. In het kader van het vroegtijdig ontdekken van factoren die een rol spelen bij het ontstaan van probleemgedrag, kunnen multi-disciplinaire diagnostiek, begeleiding en behandeling van groot belang zijn voor preventie en behandeling vroeg in de ontwikkeling. Een veelvoorkomende problematiek is het automutulerende kind, waarbij de oorzaken meestentijds op de gezinssituatie zijn terug te voeren. Ook hier is het, mede om het verergeren van de situatie te voorkomen, van essentieel belang dat plaatsing in een observatiegroep zo snel mogelijk gerealiseerd kan worden.

Er vinden ook in toenemende mate aanmeldingen plaats van kinderen met handicaps als autisme, ontwikkelingspsychosen en hyperkynetisch gedrag. De diversiteit en complexiteit van de

problematiek bij de kinderen wordt er alleen maar groter op en zoals gezegd, zijn ook de problemen binnen het gezin veelal een bron van grote zorg.

Een inventarisatie van symptomen waar bij observatieopname sprake van kan zijn:

- gedragsproblemen
- agressiviteit
- (volledige) passiviteit, zoals niet eten, niet uit bed komen, geen zelfverzorging
- contactproblemen, conflicten, eenzelligheid
- automutilatie
- verdenking van seksueel misbruik, seksuele preoccupaties
- hyperactiviteit
- dwanghandelingen
- eet- en drankproblemen
- ernstige huilbuien
- stemmingswisselingen
- 'hechtingsproblemen'
- 'een zorgwekkende ontwikkeling'
- 'een zorgwekkende achteruitgang'
- bizarre gedragingen
- bewustzijnsstoornissen
- e.a.

Vaak is er sprake van een combinatie van symptomen

(bron: E. Goossens; 1995)

Sandhaghe heeft in de loop der jaren met veel inspanning een hoogwaardig observatieproduct ontwikkeld, hetgeen door uitbreiding van het aantal observatieplaatsen naar tenminste 16 beter gecontinueerd en geperfectioneerd zou kunnen worden. Meer observatieplaatsen betekent nog beter toegerust zijn om de huidige problematiek zo goed mogelijk het hoofd te kunnen bieden.

De observatie heeft zich ontwikkeld van goedbedoeld maar nog nauwelijks professioneel in de jaren 60 naar een hoogwaardig kwaliteitsprodukt anno 1995.

Ter vergelijking met de nog redelijk ongecompliceerde en overzichtelijk doelstelling van Sandhaghe uit haar beginperiode, hier de doelstelling anno 1995:

Observatie is gericht op het traceren van stagnaties en/of verstoringen in de ontwikkeling bij verstandelijk gehandicapten. Deze zijn het gevolg van somatische, sociale en/of psychische ontwikkelingen, die niet begrepen worden en/of niet gecorrigeerd kunnen worden binnen de setting waar de persoon zich bevindt.

Het doel van observatie is het verkrijgen van inzicht in de diversiteit van ontwikkelingsachterstanden en stoornissen en de al dan niet erfelijke oorzaken ervan. Het streven is inzicht te verkrijgen in de 'verknoping' van de verstandelijke achterstand en andere problemen, bijvoorbeeld gedragsmoeilijkheden of psychische problemen. Vervolgens wordt het een en ander vertaald in medische, biologische en gedragswetenschappelijke behandelingen, die perspectief bieden voor een kwalitatief beter bestaan voor mensen met een verstandelijke handi-

cap. Op basis van deze vertaling worden aanknopingspunten geformuleerd voor een gerichte behandeling en begeleiding in de oorspronkelijke of vervangende thuissituatie van de betreffende verstandelijk gehandicapte. Bij een klinische opname in een observatie-afdeling wordt naast het plegen van diagnostiek en het uitzetten van een behandelplan tevens een aanvang gemaakt met een 'proefbehandeling'. Dit om ervoor te zorgen dat ouders verwijzers werkbare aanwijzingen krijgen.

["De vraag dient het aanbod te bepalen en niet andersom. Het zorgaanbod moet zich richten naar de vraag van de cliënt, waarbij preventie prevaleert boven curatie. Lichte vormen van hulpverlening gaan vooraf aan zwaardere ingrepen. Zorg moet zoveel mogelijk naadloos, geïntegreerd geleverd kunnen worden. Hulp in de directe leefomgeving heeft de voorkeur boven residentiële opname." (uit: schets van een model voor de observatiefunctie van de Hondsborg)]

De werkwijze van de observatieafdeling

De benadering op de observatieafdeling is sterk multidisciplinair van karakter. Ervan uitgaande dat het 'het geheel meer is dan de som der delen' en het feit dat in veel gevallen brede, geïntegreerde diagnostiek in de benadering van de problematiek heeft ontbroken, is gekozen voor standaard 'brede-band'-diagnostiek. Zo maken medisch, sociaal, psychologisch, fysiotherapeutisch en logopedisch onderzoek een vast onderdeel uit van de eerste screening. Op de leefgroep wordt door middel van nauwgezette observatie in het samenleven met een kind een oordeel gevormd over de mate van normaliteit van het functioneren en de mate van veranderbaarheid van het gedrag. Afhankelijk van de bevindingen van de eerste, brede screening kan worden besloten tot nadere 'diepte' diagnostiek. Neurologisch-, klinisch-chemisch- of kinderpsychiatrisch onderzoek zijn voorbeelden van ingezette specialismen. Op basis van de diagnostische gegevens wordt een eerste begeleidings- of behandelingsplan opgesteld. Dit wordt in de daaropvolgende fase uitgetoetst. Evaluatiemomenten zijn nodig om dit plan te beoordelen en zo nodig bij te stellen.

Een maand voordat de observatieperiode ten einde loopt, worden in de eindbespreking antwoorden op de observatievragen geformuleerd. De resterende weken zijn nodig om de conclusies en adviezen met ouders/verzorgers en verwijzende instanties te bespreken en de benodigde voorbereidingen voor of een terugplaatsing naar huis of een plaatsing elders te treffen.

Aan de observatiefunctie ligt de basisgedachte ten grondslag dat voor iedere verstandelijk gehandicapte een levensloopplanning noodzakelijk is. Hierbij zijn zaken als een gedegen onderzoek naar de oorzaak van de handicap, het intelligentieniveau, de ontwikkelingsmogelijkheden en de gewenste behandeling en of begeleiding van essentieel belang.

Het opzetten van poliklinische en ambulante observatie biedt de nodige soelaas ter vermindering van de wachtlijst, maar vragen ook nog meer know-how en een subtiel en adequaat inspelen op (gezins)situaties.

Van belang bij het totale pakket aan observatie is de intensivering van de samenwerking met universiteiten (met name Leiden). Daar is de zich voortdurend ontwikkelende theoretische kennis die zo broodnodig is om in de praktijk toegepast te worden.

Het produkt observatie is enerzijds te meten door grondig te verifiëren of alle relevante onderzoeken zijn toegepast om tot een mogelijke oplossing of verbetering van de situatie van het kind te komen. Anderzijds zou het een (meer dan nu het geval is) gezamenlijk streven van de gezamenlijke observatiecentra moeten zijn om ook concreet na te gaan wat de resultaten van de uitoefening van de observatiefunctie zijn. Effectmeting is wel mogelijk, maar ook bijzonder gecompliceerd. Ook dit vraagt de nodige deskundigheid en uiterste zorgvuldigheid.

Het aantal observatieplaatsen bedraagt momenteel voor Sandhaghe 8 (kinderen) en voor Craeyenburch 16 (volwassenen). Wanneer er voor de planning van de capaciteit wordt uitgegaan van 1 observatieplaats (klinisch) voor 100.000 inwoners, dan komt de totale capaciteit op ruim 150 plaatsen uitgaande van 15 miljoen inwoners.

Gerelateerd aan de bijna 6 miljoen inwoners van Noord- en Zuid-Holland betekent dit een gewenste capaciteit van Sandhaghe en Craeyenburch samen van 57 plaatsen; met de huidige $8+16=24$ plaatsen is hiervan 42% gerealiseerd.

Het SPC-beleid m.b.t. de observatieafdeling

In 1993 is er door de directie van SPC Sandhaghe voor gekozen om de observatie, als onderdeel van de nieuwe functie-ontwikkeling van Sandhaghe, zowel kwalitatief als kwantitatief te versterken. Dit bleek noodzakelijk om een degelijke 'concurrentiepositie' te verwerven ten opzichte van inmiddels gerenommeerde observatiecentra als de Hondsborg en de Eekwal.

Kwalitatieve versterking vond plaats door bestaande disciplines toe te rusten met voldoende middelen (uren, opleidingsfaciliteiten, onderzoeks- en behandelingsinstrumenten) om kwalitatief verantwoorde observaties en proefbehandelingen te kunnen doen. Aanpassing van het formatieplaatsenplan voor het pedagogisch personeel maakte daar een wezenlijk onderdeel van uit.

In kwantitatief opzicht werd als doel gesteld om te komen tot een verdubbeling van de capaciteit tot 16 plaatsen, die in het licht van bovenstaande capaciteitsgegevens alleszins gerechtvaardigd leek. Daartoe diende:

- a. de 8 observatieplaatsen volledig benut te zijn, hetgeen in de jaren voor 1993 niet altijd het geval was geweest
- b. er daarnaast gedurende langere tijd een continue wachtlijst te bestaan, die de noodzaak van uitbreiding zou moeten onderstrepen.

In de afgelopen jaren is er veel bereikt op de observatieafdeling van Sandhaghe. Het aanleveren van kwalitatief verantwoorde en degelijke producten, uiteindelijk neergelegd in een schriftelijk observatierapport en daarnaast het betrachten van de nodige zorgvuldigheid in de contacten met instanties en ouders en het houden van voorlichtingsbijeenkomsten hebben daarin prioriteit gehad. Daarnaast is gepoogd om de benodigde deskundigheid en know-how aan het observatieteam toe te voegen om de voorgelegde problematieken te kunnen ontrafelen; speltherapie en kinderpsychiatrie zijn daarvan de meest recente voorbeelden.

Een en ander heeft geresulteerd in momenteel (juni 1995) een volledige bezetting van 16 observatieplaatsen. Hiernaast is er een continue en forse wachtlijst die de nodige garantie voor de toekomst lijkt te geven.

Kijkend naar de reputatie wordt in het veld merkbaar dat steeds vaker een observatie op Sandhaghe een aanvaardbaar alternatief voor een opname op bijvoorbeeld de Hondsborg wordt bevonden.

Vanwege het bestaan van een steeds langer wordende wachtlijst zijn begin 1994 de eerste voorbereidingen getroffen voor een capaciteitsuitbreiding naar 16 observatieplaatsen. Er is momenteel een situatie op Sandhaghe waarin er, zoals eerder vermeld, 16 observatiekinderen zijn opgenomen, maar vooralsnog is de officiële observatiecapaciteit nog steeds 8. Het moge duidelijk zijn dat deze situatie zo kort mogelijk dient te duren en dat een positief beslissing van het ministerie (in navolging van het uiteindelijk positieve advies van het Verbindingskantoor) uiterst gewenst is.

["Deskundigheid moet op overzichtelijke wijze gebundeld worden, zodat adequaat en snel de juiste persoon of het juiste team kan worden ingeschakeld, zowel voor de diagnosestelling als de uitvoering. De observatiecentra kunnen in dit deskundigheidsmodel een belangrijke rol vervullen. In deze centra worden interdisciplinaire en geïntegreerde onderzoeken gedaan en is theoretische en ervaringsdeskundigheid aanwezig om tot een goede diagnose te komen. Ook zijn er behandelaars aanwezig om behandelingen uit te denken, uit te voeren of te begeleiden.

Vanuit deze gedachte wil Crayenburch i.s.m. SPC Sandhaghe haar observatiefunctie invullen en zich omvormen tot een centrum waarin men op klinische, poliklinische en ambulante wijze tot diagnostiek en behandeling komt; waar men up tot date op de hoogte is van de inhoudelijke ontwikkelingen op het terrein van zwakzinnigheid; waar aan syndroomdiagnostiek wordt gedaan en aan individueel en wetenschappelijk onderzoek; waar instrumenten en programma's ontwikkeld worden om de diagnostiek en behandeling te verbeteren. Kortom: een deskundigheidscentrum."] (E. Goossens, maart 1994)

["In de specialistische observatiefunctie moet bijzondere know-how aanwezig zijn op het terrein van diagnostiek. Deze functie moet aanvullend zijn aan het regionaal circuit van gehandicaptenzorg en herkenbaar en bereikbaar zijn voor de

hulpvrager. De eis tot aanwezigheid van veel specialistische know-how in de specialistische observatiefunctie leidt tot concentratie ervan als top-klinische voorzieningen. Enkele centra in Nederland dienen veel ervaring op te doen door veel hulpvragen in behandeling te nemen. Naast het gegeven dat alleen bij concentratie kennis door ervaring wordt verworven, ligt hierin ook een economische noodzaak. Relatief zeldzaam voorkomende vragen (denk aan syndroomdiagnostiek) worden door hooggekwalificeerde medewerkers gediagnostiseerd en van een behandelingsadvies voorzien in een multidisciplinaire setting. Zo'n kostbaar hooggekwalificeerd team dient bij geregionaliseerde zorg juist interprovinciaal geconcentreerd te worden om versnippering tegen te gaan. Voor psychiatrische diagnostiek is een psychiater nodig, voor somatisch-organische problematiek (bijvoorbeeld brede neurologische kennis, voor syndroomdiagnostiek dient een geneticus het team te completeren, enzovoorts. Zo'n multidisciplinair team is slechts op te bouwen bij een omvang van een observatiecentrum tenminste 24 bedden. Daarnaast zijn ook poliklinische en ambulante activiteiten zeer belangrijk. Zo'n setting leent zich bij uitstek als kenniscentrum waar ook wetenschappelijk onderzoek plaatsvindt."] (uit: schets van een model voor de observatiefunctie in de toekomst, de Hondsborg)