

SAMENWERKING TUSSEN SOCIAAL PSYCHIATRISCHE DIENST EN MAATSCHAPPELIJK WERK

door D. JACOBS, zenuwarts

(geneesheer-directeur van het Ned. Herv. Psychiatrisch Ziekenhuis 'Zon en Schild' en 'Hebron' te Amersfoort)*

Het onderwerp dat ik bij u in zal leiden vormt een probleem waarover veel te zeggen valt. Ik zal mij dan ook beperken tot het toelichten van enkele facetten van de veelzijdigheid van de samenwerking tussen maatschappelijk werk en sociaal-psychiatrische dienst of zo men wil tegenwoordig: Stichting voor de Geestelijke Volksgezondheid.

Op zichzelf — hetzij terloops vermeld — is deze naamsverandering ook een teken des tijds en een teken van meegaan met de ontwikkeling van het gehele maatschappelijke bestel! Laat ik beginnen te vermelden vanuit welke gezichtshoek ik het onderwerp belicht. Ik ben districtpsychiater, heb dus het meeste te maken met gemeentelijke instanties, met regionale en locale maatschappelijk-werk organisaties en personen. Het provinciale contact en de beleids-sociale psychiatrie (weer een nieuwe differentiatie!) is voorbehouden aan de directeur van onze stichting. Locaal beperkte beleidsvragen komen echter — door de districtsgewijze indeling van de provincie Drenthe wèl binnen de gezichtskring van de districtpsychiaters. Deze heeft hierover uiteraard contact met de directeur. Voorts dient zeer nadrukkelijk vastgesteld te worden dat ik spreek over persoonlijke ervaringen en dat ik mijn persoonlijke mening geef. Ik vertegenwoordig hier niet het standpunt van de Stichting voor de Geestelijke Volksgezondheid in Drenthe. Dit ter vermindering van misverstanden.

Nu ter zake.

Allereerst: hoe moet het sociaal-psychiatrische werk in het algemeen beschouwd worden? Is het een van de sociale vertakkingen van specialistisch-medische wetenschap? Of moet ons werk gezien worden als sterk gespecialiseerd maatschappelijk werk? Het is duidelijk dat, door uit te gaan van het laatste standpunt, de communicatie en dus ook de samenwerking met het maatschappelijk werk gemakkelijker wordt, zowel met het algemeen maatschappelijk werk als met het andere gespecialiseerde maatschappelijk werk. Het eerste standpunt doet, dacht ik, iets meer afstand veronderstellen tussen SPD en maatschappelijk werk. Ik ben van mening dat er in onze SPD's een

* Destijds districtpsychiater voor Zuid-Oost Drenthe te Emmen bij de Stichting voor de Geestelijke Volksgezondheid in Drenthe (directeur Chr. van der Ree, zenuwarts).

ontwikkeling gaande is in de maatschappelijk werk richting. Zowel ons versterkte inzicht dat de sociale factoren een enorme invloed op onze patiënten hebben, als ook het feit dat de nabehandeling en nazorg meer gekoppeld worden aan de psychiatrische ziekenhuizen, dragen hiertoe bij. Daarnaast maakt de individualisatie van het algemeen maatschappelijk werk ('social-case-work') — de groei in psychiatrisch sociale richting — de toenadering groter. Misschien mag ik hier de wat ondeugende opmerking maken dat ik mij wel eens afvraag of de algemene 'besmetting' met psychiatrie van het maatschappelijk werk (zie vele reclasseringsrapporten etc.) veroorzaakt wordt door deze 'case-work' methodiek. Is het woord 'spiegelen' (Rogers) nu een term ontleend aan maatschappelijke techniek of aan bepaalde vormen van psychotherapie?

Het zou voor de communicatieproblematiek bijzonder nuttig zijn om eens een gefundeerde theoretische beschouwing hierover op te zetten. Dan zou blijken dat beide: de SPD en het maatschappelijk werk, één gemeenschappelijke oorsprong hebben — nl. de in nood verkerende medemens. Dit zal dan ook steeds het uitgangspunt en het einddoel van ons beider werk zijn. Daàròp kunnen wij elkaar altijd weer vinden. Graag wijs ik in dit verband op de publikaties van Barnhoorn, Trimbos e.a. Laten wij ons echter niet in ingewikkelde bespiegelingen over de therapie verdiepen maar ons bij de nuchtere dagelijkse praktijk bepalen. Deze praktijk is: dat er zeer veel contact is tussen de SPD en het maatschappelijk werk. Er is zowel horizontaal als vertikaal contact. Hieronder versta ik respectievelijk: contact van onze verpleegsters met de maatschappelijk werkenden en van sociaal psychiaters met directeuren van sociale instellingen enerzijds en het contact dat de maatschappelijk werkenden met de psychiater van de voor- en nazorgdienst en de zusters van onze dienst met de „hogere ambtenaren” van sociale zaken hebben anderzijds.

Ik moet zeggen dat over het algemeen het „horizontale” contact te prefereren is. Maar het is voor de algemene communicatie beter het verticale contact niet te ontlopen. Men leert beter elkaars werkwijze kennen. En in individuele gevallen komt men tot een scherper indicatie-stelling voor de hulp die men wederzijds kan bieden. Deze werkwijze is mij goed bevallen. Maar het kan natuurlijk ook zijn dat dit slechts mogelijk is in een (verstedelijkend) plattelands gebied en niet in een grote stad!

We zijn hier meteen aangekomen middenin de problematiek van de samenwerking. Een van de punten die hier zeker belangrijk is, is de taal die bij deze communicatie gebezigd wordt. In het maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid van 1961

wordt hierop uitvoerig ingegaan. Ik zal hierin niet dieper graven. Wel valt het mij op dat in genoemd maandblad met 'psychiater' in het algemeen een ander soort psychiater bedoeld wordt dan de gemiddelde sociaal-psychiater blijkt te zijn. Ik meen dat dit een van de keerzijden is van de vaak sterk analytisch gekleurde opleiding van de maatschappelijk werkenden. Daardoor zou men kunnen verwachten dat de communicatie gemakkelijker zou kunnen zijn. Het tegendeel is het geval: juist de analytisch ingestelde psychiater, de psychotherapeut, komt het minste in contact met het maatschappelijk werk. Veel frequenter geschiedt dit door de sociaalpsychiaters. Daardoor zou bij de maatschappelijk werkenden wel eens een vertekend beeld van 'de' psychiater kunnen ontstaan. En dit is bepaaldelijk funest voor de wederzijdse contacten.

Graag wil ik nog wat zeggen over het contact van onze nazorgzusters met de maatschappelijk werkenden. Ook hier geldt: elkaar persoonlijk kennen geeft de beste kansen voor een goede samenwerking. Wij verkeren in de gelukkige omstandigheid dat alle maatschappelijk werkenden die hun arbeidsterrein in de gemeente Emmen hebben, om de 4 à 6 weken bijeenkomen om wederzijdse problemen en probleemgevallen te bespreken. Daar is ook de SPD bij, die af en toe zijn inbreng heeft. Deze bijeenkomsten — ook op provinciaal niveau worden deze gehouden — zijn zeer vruchtbaar. Mijns inziens een voorbeeld ter navolging. Verder vinden op het districtskantoor geregeld besprekingen plaats van onze zusters met de maatschappelijk werkenden. Onze medewerksters hebben namelijk zeker ook een consultatieve taak, zoals wij zelf zo vaak een vraagbaak zijn voor de huisarts. Vooral in het licht van de laatste ontwikkeling van de SPD is dit belangrijk. Immers ook voor onze zusters zal het werk méér in de richting van de voorzorg gaan. Uiteraard is er ook een intensieve samenwerking op het jeugdpsychiatrisch terrein. Ik zal op dit laatste niet verder ingaan, omdat in de voordracht van collega Kraft straks dit punt ongetwijfeld aan de orde komt. Hoe zien we nu de samenwerking met het gespecialiseerd maatschappelijk werk? Laat ik eerst mogen vaststellen dat het gespecialiseerd maatschappelijk werk ten plattelande nog nauwelijks tot ontwikkeling is gekomen. Dat is voor ons gelukkig. Wij komen dan dichterbij het algemeen maatschappelijk werk te staan omdat er geen tussenschakel is. Maar het heeft ook het nadeel dat het algemeen maatschappelijk werk ten plattelande ons dingen vraagt te doen, die niet direkt tot onze taak behoren. Vaak kunnen wij van te voren niet overzien dat de ons gevraagde medewerking niet tot onze competentie behoort. Of het geval is te eenvoudig en heeft niets met psychiatrie te maken, óf het geval ligt meer

op het terrein van de MOB of een LGM bureau. Wanneer daar ergens goed geoutilleerd maatschappelijk werk zou zijn, dan zou dat vele dingen kunnen opvangen, maar dat ontbreekt wel eens. Vooral in bepaalde kleine gemeenten. Wij beginnen dan, maar zien dat een bepaald probleem toch niet bij ons thuis hoort. Meermalen hebben wij het dan toch maar ter hand genomen, omdat er nog geen andere instantie was, die het beter kon. Daarbij kwamen wij dan wel eens voor financiële of andere problemen te staan, die wij weer niet konden oplossen. Zo ontstond een prettige samenwerking, gegrond op elkaars erkenning van onvermogen in het hanteren van bepaalde werkzaamheden. Ik zou aan dit alles de stelling kunnen vastknopen dat de SPD's naarmate het maatschappelijk werk beter ontwikkeld is, moeilijker en vaak hopelozeler gevallen te verzorgen krijgen. Dit heeft tot gevolg dat de SPD vaak als ultimum-refugium, als laatste eindstation gezien wordt. Dat maakt het werken niet gemakkelijker. Gelukkig komen er meer 'laatste eindstations' waartoe zich het maatschappelijk werk kan wenden!

De communicatie- en competentiemoeilijkheden liggen vooral op het terrein van de samenwerking met het gespecialiseerd maatschappelijk werk. Ik herinner even aan het begin van mijn voordracht waar ik de sociale psychiatrie in tweeërlei ontstaansvormen schetste.

Het is mijn ervaring dat in tal van takken van gespecialiseerd maatschappelijk werk de gedachte heerst dat, als men de meest deskundige en 'diepste' raad wil, men zich maar tot de SPD moet wenden. Elk geval van onmaatschappelijkheid, elke huwelijksproblematiek, elk afwijkend gedrag, elke mogelijkheid om van debilitas mentis te spreken, wordt aangegrepen om de SPD in te schakelen. Ik zeg dit expres zo scherp, omdat ik mij op het standpunt stel dat onmaatschappelijkheid, huwelijksmoeilijkheden, onaangepast gedrag noch debiliteit dingen zijn of toestanden in het leven roepen waarin de medicus van het begin tot het einde de zorg in handen moet hebben. Vooral in verband met de zwakzinnigenzorg acht ik dit laatste een gevaar. Alle minusvarianten in onze samenleving zijn geen psychiatrische patiënten! Wij hebben hier, vooral nadat de diagnostiek uitvoerig is bedreven, slechts een consultatieve, begeleidende taak. Dit vergeet het maatschappelijk werk wel eens. Men wil dan de verantwoordelijkheid op ons afschuiven. Denkt u maar eens aan krankzinnigheidsverklaring, curatele en wat dies meer zij! Maar ook wij zelf moeten bescheiden blijven — niet alles aan ons willen trekken. Ook wij vergeten wel eens dat wij slechts in een van de vele organen werken die zich met 'het verschijnsel mens in al zijn verscheidenheid' inlaten. Onze kracht ligt mijns inziens in onze altijd

blijvende vrijwillige bereidheid tot consultatief advies. Laten wij niet paranoid worden of ons bedreigd gevoelen als men het eerst zelf wil proberen of als men een bepaald deel van onze taak wil overnemen. Onze taak is toch al zo immens groot, veel te groot vaak om die behoorlijk te kunnen volbrengen. Ik ben dan ook van mening dat frequent contact met een bepaald geval door het algemeen maatschappelijk werk, gecoached vanuit de SPD, méér vermag dan in vele gevallen de SPD alléén kan opbrengen. Wanneer men elkaar kent, kan men beter en gemakkelijker de gevallen overdragen, dan wanneer men tegen de SPD opziet als tegen een in nevelen gehulde, geheimzinnige instantie, waar men maar liever niet heen gaat, omdat men bang is dan zelf als psychiatrisch geval bekeken te worden. Laat men maar zien dat de sociaal psychiatrische zusters en wij heel gewone mensen zijn! De kunst om het functioneren van de SPD in de gemeenschap goed te laten zien, is gelegen in het overdragen van de gevallen, in het wederzijdse vertrouwen. Op deze vrijwillige basis krijgt men beter 'voet aan de grond' dan wanneer men geneigd is elke afwijkendheid direkt maar in behandeling te nemen. *Een consult is heel wat anders dan een therapie!*

Wordt de betrokkene die onze zorg nodig heeft dan niet teveel heen en weer geslingerd tussen de verschillende instanties? Dat gevaar behoeft niet aanwezig te zijn als wij ons op de plaats stellen die ons toekomt. Wij moeten niet inniger contact maken dan nodig is met bepaalde gevallen die wij toch aan anderen over moeten dragen. Dat geeft onnodige frustraties. Bovendien hebben wij toch immers te pas en te onpas geleerd om een beroep te doen op het gezonde deel van de betrokkene en dus op diens verantwoordelijkheidsgevoel. Maar anderzijds moeten wij krachtig elke vorm van maatschappelijk werk weren uit die gezinnen waarmee wij uit hoofde van onze specialisatie, contact moeten houden. Denkt u maar aan 'onze' schizofrenen, 'onze' paranoidieën, 'onze' depressies. Wij hebben toch in ons team door onze opleiding de juiste manier leren vinden waarop wij met deze geesteszieken moeten omgaan! Bemoeienis van te velen versterkt de paranoidie en verdiept de insufficiëntiegevoelens van de depressieve patiënt. Door elkaar heen werken verwekt frustraties en versterkt de wederzijdse verwachtingen die wij van elkaars werk hebben in de verkeerde richting.

Ik mag er hier nog op wijzen dat wij in de meeste gevallen als lid van ons team naar buiten treden. Dat schept voor ons de verplichtingen om onze mede-teamleden op de hoogte te houden van onze activiteiten. Anderzijds ook bemoeilijkt dat de communicatie naar buiten omdat meestal een en ander eerst in het team besproken moet worden voor het aan de buiten-

wereld prijs gegeven wordt. En juist de maatschappelijk werker is vaak in solitair verband werkzaam. Veel te weinig merken wij ook — wederzijds — van onze besturen. Deze zijn het immers die onze richting bepalen en die voor de communicatie op ander niveau zorg moeten dragen. En hoe ligt het met de verhouding 'social-case-work' en 'teamwork'? Zijn hier tegenstellingen? Zijn hier bepaalde gemeenschappelijke trekken? Of is het zo dat het een het ander uitsluit?

Graag wil ik thans nog even ingaan op de problematiek die het medisch beroepsgeheim brengt in de verbindingsschakels tussen SPD en Maatschappelijk Werk. Dit beroepsgeheim kan als een barrière staan tussen beide instanties. Wij sociaal-psychiaters, schenden ons beroepsgeheim zeer vaak. Dat zijn wij ons niet bewust. Misschien moet ik zelfs zeggen: Wij hanteren ons beroepsgeheim zelfs op de juiste wijze. Want voor ons is evengoed als voor de maatschappelijk werker de erecode, ons ambtsgeheim, een kostbaar goed. Ik herinner mij heel goed wat professor Kraus hierover placht naar voren te brengen: Het heilige goed van het beroepsgeheim moeten wij op een verstandige wijze hanteren. Het moet wat rekbaar zijn als dit in het belang van de cliënt is. Inderdaad. Anders kunnen wij als sociaalmedische instantie niet werken. En laten wij erom denken dat ook het afgeleide beroepsgeheim een *geheim* is! Wij moeten zeer duidelijk weten bij wie wij wat en hoeveel en hoe diep kwijt kunnen. Wij dienen vooral niet in de fout te vervallen het maatschappelijk werk in de kou te laten staan wat dit betreft. Maar ook en zeer stringent moet gestipuleerd worden dat hetgeen de cliënt ons toevertrouwd heeft, veilig achter onze lippen bewaard moet blijven. Menig maatschappelijk werkende zal, om der wille van hulp voor eigen problematiek, trachten de gevallen die verwezen en besproken zijn, dieper te doordringen dan voor het eigenlijke werk nodig is.

Dit brengt mij weer op een ander facet: Het maatschappelijk werk, ingesteld op de case-work-methode zal trachten zo ver mogelijk in de persoonlijkheid van de cliënt door te dringen. Het is dit aan de naam 'individueel maatschappelijk werk' verplicht. Persoonlijk beschouw ik het als een gelukkige omstandigheid dat wij, sociaal-psychiaters, gewend zijn de diagnostiek niet verder te bedrijven dan wij therapeutisch aankunnen. Daarmee wil ik niets zeggen ten nadele van andere in ons specialisme werkende psychiaters, zoals MOB en LGM bureau-psychiaters. Maar ik heb de ervaring dat met degelijk gefundeerde, zij het niet zo diep wroetende, doch nuchtere adviezen vaak veel te bereiken is. Vooral in een streek als Zuidoost Drenthe, een gebied dat in een ontwikkeling is. Men is daar veelal nog niet toe aan analytisch geschoold werken. Het-

geen weer niet inhoudt dat bij zeer geselecteerde gevallen uit de 'maatschappelijke bovenlaag' wel degelijk analytisch georiënteerd gewerkt moet worden. Daarom is het vaak verspilling van energie als het maatschappelijk werk ons vraagt om diepgaande persoonlijkheidsbeschrijvingen. Het grondig bestuderen van de actuele feiten en problemen geeft vaak voldoende houvast voor een behoorlijk gefundeerd advies. Daarbij ben ik van mening dat de sociale psychologie van de streek waarin men werkt een heel belangrijke rol speelt in de problematiek van de gevallen. Bij het zand-Drentse matriarchaat past nauwelijks een aanpak 'on analytic lines'. Onze van her en der bijeengeraapte veen-mensen behoeven weer een heel andere aanpak. Wij dienen onze activiteiten te baseren zowel op sociaal-psychologische gegevens, als op individueel-psychologische criteria. Dit geldt evenzeer voor het maatschappelijk werk! Onze diagnostiek — ook in ons consultatieve werk — dient meer sociaal gericht te zijn!

In dit verband zou ik graag willen wijzen op het voordeel van districtsgewijze organisatie van de SPD. Zo'n district, waarin de SPD *alle* sociaal-psychiatrisch werk doet ('van de wieg tot het graf') dient niet te groot te zijn. Ons district omvat plm. 125.000 inwoners. Dat is nog een te overzien getal. Door de districtsgewijze organisatie komt de dienst dichter bij het maatschappelijk werk te staan, ook in kleinere gemeenten. Het aspect van de geestelijke volksgezondheid wordt meer direct in het maatschappelijk werk betrokken. Zo ben ik — evenals mijn voorganger — adviserend lid van de gemeentelijke commissie van overleg voor het maatschappelijk werk te Emmen. In deze gemeente met plm. 70.000 inwoners functioneert een gespreksinstantie waarin alle levensbeschouwelijke groeperingen die maatschappelijk werk bedrijven, te zamen met de gemeentelijke dienst voor sociale zaken om de tafel gaan zitten om het maatschappelijk werk in al zijn facetten ter plaatse onder de loep te nemen. Ontzaglijk veel op sociaal-psychologisch, en sociaal-geografisch terrein heb ik daar geleerd. Anderzijds is er door ons de nodige inbreng op geestelijk hygiënisch gebied geponeerd. Ik denk daarbij aan onmaatschappelijkheid, inventarisatie en activiteiten voor geestelijk gestoorde bejaarden, enzovoort. Waar mogelijk zou ik willen propageren dat op deze wijze een vorm van integratie tussen maatschappelijk werk en geestelijke volksgezondheid bereikt wordt.

Ik sprak daar even over het maatschappelijk werk en de levensbeschouwelijke groeperingen die daarachter staan. Daarbij rijst de vraag of het contact tussen maatschappelijk werk dat 'verzuild' is en een 'onverzuilde' SPD, zoals de Drentse niet moeilijk is.

Vanuit mijn Drentse ervaringen kan ik zeggen dat dit niet het geval is. Dat kan misschien komen omdat de psychiaters in Drenthe dun gezaaid zijn. Wellicht is in het land der verzuilde blinden een éénogige schijnbaar onverzuilde psychiater koning. Maar anderzijds ben ik van mening dat de deskundigheid in het contact met het maatschappelijk werk prevaleert boven de geestelijke kleur van de betrokkene. Zelfs al is die zelf in het kerkelijk leven van een bepaalde groepering een actieve figuur. Wanneer de sociaal-psychiater een algemeen aanvaarde persoon is, dan behoeft zijn religieuze achtergrond niet van overwegend bezwaar te zijn voor andersdenkenden om zijn advies in te winnen. Wij hebben getracht om ook op een andere wijze toch aan onze algemene SPD — waar overigens alle groeperingen in het bestuur vertegenwoordigd zijn — de eigen religieuze achtergrond voldoende tot zijn recht te doen komen. Wij trachten dit te bereiken door bij besprekingen met maatschappelijk werkenden een los van de lokale geestelijkheid staande figuur, in de persoon van de bedrijfsaalmoezenier of van een predikant voor bijzondere werkzaamheden te betrekken. O.a. in reclasseringsgevallen kan dit moeilijkheden voorkomen. Ik moet voorts nog vermelden dat een goed functionerende SPD ook ten aanzien van bepaalde facetten van pastorale arbeid, de geestelijken en predikanten advies kan geven. Dit is wel is waar geen maatschappelijk werk in engere zin, maar waar ligt de grens tussen pastorale en sociale arbeid? Ik heb u genoemd de consultatieve arbeid van de sociaal-psychiater ten opzichte van gemeentelijk overleg met betrekking tot maatschappelijk werk. Daarmee was ik al een stap verwijderd van hetgeen tot nu toe besproken is, nl. de samenwerking op het gebied van individuele gevallen. Ik vermoed dat het de ervaring van elke sociaal-psychiater is, dat — naarmate hij langer in het 'vak' zit en beter in een gemeenschap bekend raakt — de beleids-sociale-psychiatrie gaat toenemen. Bovendien: een sociaal-psychiater kan niet zonder beleids-psychiatrie: hij komt telkenmale op zijn weg gevallen of toestanden tegen waarvoor nog geen voorzieningen ter plaatse of regionaal aanwezig zijn. Tot wie moet hij zich hierover dan anders wenden dan tot sociale diensten, stichtingen voor maatschappelijk werk en andere sociale organisaties. Mij dunkt dat het — vooral ten plattelande — zo moet zijn dat de sociaal-psychiater over deze dingen geregeld contact heeft met de sociale diensten en dat hij daar een vaak geziene gast is. Ik kan hier slechts melding maken van het gemeentelijke contact in vrij kleine tot middelgrote gemeenten. In de grote steden, waar een afdeling geestelijke hygiëne van de GGD is, ligt dat natuurlijk anders.

In het contact met de gemeentelijke autoriteiten moet zeker ook genoemd worden de taak die de sociaal-psychiater kan hebben in het kader van de gemeentelijke sociale werkvoorzieningsregelingen, vooral ten behoeve van de geestelijk gehandicapten en de geestelijk gestoorden. Uit de vele voordrachten en artikelen van collega Speyer is hierover het nodige bekend. In Zuid-Oost Drenthe was tot nu toe de sociaal-psychiater lid van de plaatsingscommissie voor de GSW-objekten. Het was bovendien de gewoonte dat alle te plaatsen personen kennis met hem maakten.

Mijn ervaring is in dit opzicht bijzonder plezierig. Het geestelijk hygiënisch aspect van de plaatsingen kon door de aanwezigheid van de sociaal-psychiater het volle pond krijgen. Ik moet hierbij vermelden dat ik altijd een willig oor en een open hart voor de belangen van de aan onze zorgen toevertrouwde cliënten vond. Met name uiteraard voor de oligofrenen kon vaak stimulerend gewerkt worden.

Verder dienen nog vermeld te worden onze sociaal-psychiatrische beleids-adviezen aan locale instanties omtrent de voorzieningen die in een bepaald gebied zullen moeten worden opgericht. Door de veelzijdigheid van ons werk, komen we met zeer vele sociaalmedische verschijnselen en problemen in aanraking. Ik noemde u reeds onze 'eindstation'-functie. Het is, dacht ik, onze taak om in dezen te coördineren, te stimuleren, te superviseren en te adviseren. Door het feit dat de SPD in alle gemeenten komt (er zijn maar weinig zo mobiele medische specialisten en districtsverpleegsters als de medewerkers van de SPD!) kan vaak een overzicht verkregen worden van allerlei initiatieven van het maatschappelijk werk ten behoeve van gehandicapten.

Door beoordelingen van bepaalde categorieën van personen die voor de Tijdelijke Bijstandsregeling Mindervaliden in aanmerking wensen te komen, kan een soort inventarisatie plaats vinden van de noden en behoeften. Hoe langer hoe meer treedt het maatschappelijk werk ten aanzien van minder validen naar voren. Men kan hierover denken zo men wil, maar een feit is het waarmee wij rekening moeten houden. Anderzijds moeten wij ervoor waken dat bepaalde medische zaken niet worden beschouwd als tot het maatschappelijk werk te behoren. Daarbij denk ik aan de wens van sommige maatschappelijk werk instanties om zich — buiten de psychiatrie om — het lot van geestelijk gehandicapten aan te trekken door diensten en voorzieningen te creëren. Als men dit doet, dan is men op de verkeerde weg! Verder meen ik te moeten waarschuwen tegen het binnendringen van algemeen maatschappelijk werk in psychiatrische ziekenhuizen. Naar mijn mening behoort slechts de

sociaal-psychiatrische dienst de voor- en nazorg van geesteszieken te bedrijven. Deze dienst zal de enige contactinstantie tussen ziekenhuis en maatschappij moeten zijn! Ik ben er mij van bewust dat deze stelling moeilijkheden kan veroorzaken. Immers: de psychiatrische ziekenhuizen willen zich zoveel mogelijk open stellen voor de maatschappij. Zij dienen hun isolement te doorbreken. Eén van de wegen om meer met de maatschappij in contact te komen is die van het maatschappelijk werk. Aan de andere kant stelt het maatschappelijk werk vaak prijs op psychiatrische gegevens. Natuurlijk kunnen deze via de SPD voor zover het beroepsgeheim dit toelaat, verstrekt worden. Maar ook de klinische psychiater wil graag sociale gegevens. Ook hier kan de SPD bemiddelen, maar schiet ten dezen vaak te kort. Het algemeen maatschappelijk werk weet vaak méér van de gezinnen, van de streek, van de bedrijven, van de sociaal-geografische omstandigheden. Moet de klinisch psychiater deze gegevens nu door bemiddeling van de SPD ontvangen, of zal er rechtstreeks contact zijn? Wij sociaal-psychiaters, beklagen er ons wel eens over dat de klinische zenuwartsen onbekend zijn met onze moeilijkheden. Door alléén de SPD contact te laten houden met hen, onthouden wij hen juist een stuk sociale problematiek. Mijn standpunt in dezen is ambivalent. Ik kom er niet uit. Ik hoop dat een nadere gedachtenwisseling over deze kwestie tot een oplossing zal voeren. Tot slot wil ik mij wagen aan een zeker perspectief voor de toekomstige samenwerking tussen maatschappelijk werk en SPD. Ik noemde u reeds de ontwikkeling van de SPD meer in maatschappelijke richting. Dat is ook zo: naarmate het maatschappelijk werk terrein wint, zullen ook éérder de SPD's ingeschakeld worden. Maar ik haast mij te vermelden dat de SPD zich ook meer in medische richting gaat ontwikkelen. Of beter: moet gaan ontwikkelen. Naarmate meer psychopharmaca in ontwikkeling komen, zullen wij ons meer op de beoordeling en toepassing hiervan moeten toelagen. Anders verschaalt ons medisch specialisme tot de functie van een gespecialiseerd-maatschappelijk-werk-verwijsstation. Voorts ben ik van mening dat de sociale psychiatrie meer en meer consultatief werkzaam zal gaan worden ten opzichte van het maatschappelijk werk. De verdieping van de sociale arbeid brengt vermeerdering en versnelling van de behoefte aan deskundig advies met zich. Ik mag wel opmerken dat dit consequenties met zich brengt voor onze opleiding. Vermoedelijk zal het zeer velen gegaan zijn als mijzelf. Ik heb door mijn werk het meeste geleerd op maatschappelijk terrein. Ik vraag mij af of de maatschappelijk werk deskundige in onze opleiding niet een vaste plaats moet hebben. Net als de psychiater dit zal moeten krij-

gen aan de sociale academies. Veel heb ik onbesproken moeten laten over ons onderwerp. Te denken is nog aan de contacten met Raden voor Kinderbescherming, delinquentenzorg, maatschappelijk werk voor zwakzinnigen, voorlichting aan het algemeen maatschappelijk werk, enzovoort. Uitwerking van deze deelonderwerpen zou meer tijd vergen dan het bestek van deze voordracht toelaat. Wellicht biedt de nabespreking nog gelegenheid hierop in te gaan.

JEUGDBUREAUS VOOR DE GEESTELIJKE VOLKSGEZONDHEID

door Dr. TH. B. KRAFT, psychiater

(destijds verbonden aan de Stichting voor de Geestelijke Volksgezondheid in Gelderland)

Vele jeugdpsychiaters oefenen heden ten dage hun beroep uit in het verband van een Medisch Opvoedkundig Bureau of een Sociaal Psychiatrische Dienst. Jeugdbureaus voor de Geestelijke Volksgezondheid en Jeugd Psychiatrische Diensten — afgekort JPD's — zijn in de regel afdelingen van laatstgenoemde organisaties. Zij hebben in Nederland een langere historie dan de MOB's. Hierover gaf ik een uitvoerige uiteenzetting in mijn dissertatie: 'De Jeugd Psychiatrische Diensten in Nederland'. In het kort wil ik er thans het volgende uit citeren: In 1919 begon mevr. *Ruemke* (toen nog mej. *Bakker*) met een speciale polikliniek voor de jeugd in de Valerius-kliniek, terwijl in 1922 mevr. v. *Andel-Ripke* in de Universiteitskliniek te Utrecht, een aanvang maakte met kinderpsychiatrisch werk. De aandacht viel hier nog speciaal op kinderen met intelligentie-tekorten. Mevr. v. *Andel*, die enige tijd later direktrice werd van de school voor opleiding van leerkrachten in kinderverzorging en opvoeding te Rotterdam, hield ook daar reeds in 1923 een 'polikliniek voor zielkunde' voor de ouders, terwijl de leerlingen o.a. voor bezoeken aan huis werden uitgezonden, zoals tegenwoordig onze districtverpleegsters en maatschappelijke werkers. Een vermeldenswaardig initiatief vond ook in Rotterdam plaats van pedagogische zijde; daar stichtte in 1911 de onderwijzer *Daniel Zwiep* de vereniging 'Zoekt het Verlorene' ten behoeve van moeilijk opvoedbare kinderen. Een consultatiebureau, hiervan uitgaande, ontstond in 1929. In 1924 werd, na een mislukt initiatief de 'Centrale Vereniging tot behartiging van de maatschappelijke belangen van zenuw- en zielszieken' opgericht (later 'Meyers-vereniging' geheten naar deze belangrijke pionier). In de loop van de volgende jaren werden plaatselijk consultatie-bureaus gesticht, terwijl reeds bestaande instellingen