

NOODZAKELIJKE CONTACTEN VAN SPD MET INTRA- EN EXTRA MURALE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG EN OVERIGE DIENSTEN VOOR MAATSCHAPPELIJKE GEZONDHEIDSZORG

door Dr. M. A. J. ROMME*

Bij de beschrijving van de noodzakelijke contacten die de sociaal psychiatrische dienst (S.P.D.) moet onderhouden is hier uitgegaan van dat model van de S.P.D., waarin de S.P.D. een tweede echelons-voorziening is. Veel doch niet uitsluitend samenwerkend met andere tweede echelons-voorzieningen, dan wel opgenomen in een organisatorisch verband met andere tweede echelons-voorzieningen. Daarbij is er vanuit gegaan dat de S.P.D. zowel patiënt en zijn milieu in behandeling heeft als een duidelijke coördinerende taak vervult in het totaal van de geestelijke volksgezondheidszorg met preventieve en gemeenschapsgerichte activiteiten.

Dit is in grote lijnen de huidige realiteit. Er zijn andere modellen te bedenken, waarbij b.v. aan de vrij gevestigde zenuwartsen de gehele curatieve taak zou worden toegedacht en de S.P.D. alleen coördinerend optreedt.

De Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrische Diensten heeft de taak en plaats van de S.P.D. beschreven in een gelijknamige publikatie (ROMME; FROWIJN 1970).

Ten behoeve van het overleg met de ziekenfondsraad is een korte formulering van deze zaak uitgebracht (FRETS; ROMME 1971). De contacten die de s.p.d. dient te onderhouden met de intra- en extra murale geestelijke gezondheidszorg en de overige voorzieningen voor maatschappelijke gezondheidszorg vloeien logisch voort uit de taakomschrijvingen, waaruit hier de belangrijkste punten worden gerefereerd.

1 — Tot de taak van de sociaal psychiatrische dienst behoort de preventie en de behandeling van psychiatrische stoornissen, waarbij de interactie tussen persoon en omgeving van invloed is op ontstaan en verloop van deze stoornissen. De doelstelling hierbij is het bevorderen van het optimale psycho-sociale functioneren en niet slechts het tot verdwijnen brengen van symptomen.

2 — De sociaal psychiatrische dienst houdt zich vooral bezig met:

- a) patiënten en hun omgeving,
- b) personen of groepen van personen, die een verhoogd risico lopen, d.w.z. in de ruimste zin in een crisissituatie verkeren.
- c) de totale sociale situatie in haar werkgebied wegens de betekenis daarvan voor de geestelijke volksgezondheid.

* Sociaal-psychiater verbonden aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde, Universiteit van Amsterdam (hoofd Prof. Dr. H. J. J. Leenen).

3 — Hiervoor moet kunnen worden gebruik gemaakt door personen en maatschappij van een multidisciplinair team, dat tot taak heeft:

a) het verrichten van onderzoek, behandeling en begeleiding van personen en groepen in hun interactie met hun omgeving; hiertoe behoort tevens de consultatieve samenwerking met andere hulpverleners in de welzijnszorg;

b) het organiseren van de voorzieningen, die noodzakelijk zijn om het onder a) genoemde adequaat te kunnen uitvoeren of te kunnen laten uitvoeren; (bij voorbeeld bemiddeling en selectie voor opname; advisering voor sociale voorzieningen; coördinatie van en samenwerking met andere voorzieningen der geestelijke volksgezondheid; hulp bij het tot stand brengen van voorzieningen op het gebied van de geestelijke volksgezondheid);

c) het geven van voorlichting en informatie aan personen, groepen van personen, andere hulpverleners en instanties, overeenkomstig de onder punt 1 beschreven taak en doelstelling;

deze activiteit richt zich zowel op groepen, die een verhoogd risico lopen, alsook op de totale situatie in haar betekenis voor de geestelijke volksgezondheid;

d) het organiseren van de voorzieningen, die noodzakelijk zijn om het onder c) genoemde adequaat te kunnen uitvoeren of te kunnen laten uitvoeren (bij voorbeeld wetenschappelijk- en doelmatigheidsonderzoek; documentatie; organiseren van contacten met de in de maatschappij vigerende sociale systemen);

e) bijdrage leveren aan de coördinatie van de verschillende soorten voorzieningen, om aldus een sluitend geheel van welzijnszorg te garanderen ook op het terrein van gemeenschapsgerichte preventieve werkzaamheden.

Uit deze taakstelling blijkt dat de S.P.D. een netwerk van contacten dient te onderhouden. De noodzaak van deze contacten wordt te meer duidelijk wanneer ze gezien worden in het licht van twee centrale functies der gezamenlijke voorzieningen:

I de continuïteit van zorg, d.w.z. het niet onverhoeds afbreken van de zorg en de beleidslijn daarin, ook al wisselt de vorm, de instantie of de deskundige, die haar verleent.

Dit vraagt om:

a een voldoende veelsoortigheid ('range') van voorzieningen met doelmatige samenhang;

b voldoende soepelheid ('flexibility') bij deze voorzieningen, zodat hulpverlening makkelijker van de ene naar de andere instantie kan overgaan en geen onnodige blokkaden worden opgeworpen;

c vroegtijdige diagnostiek, leidend tot een juiste selectie van voorzieningen.

II gezamenlijke contacten met andere systemen — De gezamenlijke hulpverleners (intramuraal, extramuraal en maatschappelijke dienst-

verlening = welzijnszorg) zullen een in zijn onderdelen op elkaar afgestemd plan (Ia) presenteren aan een bepaalde gemeenschap, bij voorkeur een regio.

Dit zal een belangrijk uitgangspunt zijn voor een dialoog in die regio, om vanuit doeleinden-bepalingen tot een voorzieningenpakket te komen (zie M.v.T. Wet Ziekenhuisvoorzieningen, overgenomen in de M.v.T. Concept-Wet Gezondheidsvoorzieningen). Tevens zal daarbij nodig zijn vanuit de gezamenlijke hulpverleners een indicatie van groepen met verhoogd risico en zo mogelijk ook reeds van schadelijke factoren in de omgeving.

DE CONSEQUENTIES VOOR DE CONTACTEN VAN DE SOCIAAL PSYCHIATRISCHE DIENST

De s.p.d. zal ten aanzien van de gezamenlijke contacten met andere systemen een belangrijke rol kunnen vervullen, communicatie is hier wezenlijk: geen enkele voorziening zal zelf het volledig beeld van een groep slachtoffers van gemeenlijk zeer complexe maatschappelijke krachten te zien krijgen. Derhalve moeten alle gegevens bijeen worden gebracht. Dit onderwerp verdient een nadere analyse zowel qua inhoud omvang en benodigde mankracht in een aparte studie.

De voldoende veelsoortigheid van voorzieningen en de voldoende soepelheid in het functioneren, opdat continuïteit van zorg mogelijk wordt, betekent voor de s.p.d.: het zich in de structuur, geaardheid, omvang en plaats van de voorzieningen verdiepen, daarover signalen afgeven, opdat 'witte plekken' worden opgevuld (en eventueel zelf bepaalde functies — tijdelijk — zelf vervullen). Dit zal zich deels afspelen in het beleidscontact zoals verder wordt besproken bij de contacten tussen de tweede echelons voorzieningen, deels echter zal dit onderwerp van bespreking zijn tussen de dienst en de adviserend geneeskundige, de inspectie voor de geestelijke volksgezondheid en de overkoepelende organisaties in de welzijnszorg, voor de s.p.d. in het bijzonder de Nederlandse Vereniging van S.P.D.'s.

In het hierna volgende gaat het vooral om de contacten die nodig zijn om voor de patiënt de continuïteit van zorg te organiseren. Om dit echter effectief te kunnen doen moet de s.p.d. zich bezighouden met:

- vroege diagnostiek
 - selectie van de juiste voorzieningen
 - de structuur van de voorzieningen en de gewoonten in de welzijnszorg opdat geen onnodige blokkade wordt opgeworpen.
- Vroege diagnostiek brengt uitgebreide contacten met het zgn. eerste echelon met zich mee (huisarts; algemeen maatschappelijk werk; maatschappelijke gezondheidszorg; schoolverzorgingswerk; vormingswerk; pastores; advocaten; kinderbescherming; bedrijfsmaatschappelijk werk). Voor een juiste selectie van voorzieningen is het nodig dat de s.p.d. niet

alleen op de hoogte is met de andere voorzieningen in de gezondheidszorg en welzijnszorg, maar moet zij daarmee ook contacten onderhouden.

Dit is nodig omdat de persoonlijke bekendheid met sleutelfiguren en medewerkers in de organisatie waarmee samenwerking geschiedt de enige mogelijkheid is om adequaat te verwijzen. Onder adequaat verwijzen wordt verstaan: 'te zorgen dat de doelstellingen van de verwijzing op de juiste wijze wordt uitgevoerd en men ook bereid is zich aan beperkingen daarin te houden'.

In dit vlak moet de s.p.d. contacten onderhouden met:

- het zgn. tweede echelon, (de polikliniek van de vrij gevestigde zenuwartsen; de medische opvoedkundige bureaus; de bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden; de sociaal pedagogische zorg; de instituten voor medische psychotherapie; de instituten voor de alcohol- en geneesmiddelenverslaving; de ongehuwde moederzorg; de consultatiebureaus voor homofilie; de sociale werkvoorzieningsobjecten; de instelling voor bijzonder onderwijs; L.O.M.; B.L.O. etc.);

- de gehele intra-murale en semi-intra-murale zorg (de psychiatrische afdeling van algemene ziekenhuizen; de psychiatrische inrichting; de sluisinternaten; de nachtklinieken; de dagklinieken; de verpleegtehuizen; de pensioentehuizen; de gezinsvervangende tehuizen; de instituten voor gehandicapten zoals oligophrenen; epileptici etc.);

- de algemene voorzieningen (Gemeentelijke Sociale Diensten; de Gemeenschappelijke medische dienst; de Gemeentelijke Woningdiensten; het Gewestelijk Arbeidsbureau; de scholen; de bedrijven; de justitie; de politie).

De consultatieve activiteiten met de voorzieningen zijn nodig om de structuur en de gewoonten in de welzijnszorg zodanig te beïnvloeden dat er geen blokkade wordt opgeworpen bij de optimale ontplooiing van de patiënt, noch door het afwezig zijn van voorzieningen, noch door het onhygiënisch functioneren van de voorziening.

Dit is zowel van belang voor de preventie als voor de vroege diagnostiek maar ook voor de behandeling en voor de revalidatie. Dit geeft de noodzaak aan voor de contacten met alle reeds genoemde instellingen. Uit bovenstaande moge blijken dat alle contacten een onscheidbare tweeledige inhoud hebben. Ze dienen ter bevordering van een juiste behandeling van patiënten en om mee te werken aan een juist functioneren van de voorzieningen. Het één is zonder het ander niet uitvoerbaar, vandaar dat de s.p.d.'s zich altijd verzetten tegen een redevatie, waarbij de suggestie wordt gewekt dat individuele behandeling losgekoppeld kan worden van consultatieve- en gemeenschapsgerichte activiteiten.

De loutere opsomming van de reeks noodzakelijke contacten brengt ons niet veel verder. Het is mogelijk zelfs verwarrend. Het gaat er ook om een indruk te krijgen op welke wijze deze contacten gerealiseerd moeten

worden om daarmee inzicht te krijgen in de benodigde mankracht en andere middelen om deze realiteit op enigszins controleerbare wijze gestalte te geven.

Ten behoeve van de overzichtelijkheid zal voor de beschrijving van de organisatie van de genoemde noodzakelijke contacten de volgende indeling worden gebruikt:

- 1 contacten met de 1e echelons-voorzieningen;
- 2 contacten met 2e echelons-voorzieningen die ambulante hulp verlenen;
- 3 contacten met intra-murale en semi-murale zorg;
- 4 contacten met de algemene voorzieningen.

Voor elke groep contacten zullen enige alternatieve organisatievormen worden aangegeven.

1 De contacten met de 1e echelons-voorzieningen — Hiervoor zijn twee methodieken redelijk goed ontwikkeld, t.w. de 'consultation' methodiek, zoals beschreven door Caplan en de zgn. 'Balintgroepen', ontwikkeld door Balint. De beide methodieken worden in Nederland toegepast.

a — De 'Consultation' methodiek gaat ervan uit dat de eerste echelonwerker problemen ontmoet in het eigen werk op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, welke wel binnen zijn competentie liggen, maar waarbij blijkt dat hij te weinig geïnformeerd is; zijn kennis lacunaïr is; hij verstrikt raakt in het probleem en zijn objectiviteit verliest; hij bezig is te redeneren vanuit vooroordelen die geen algemene geldigheid blijken te hebben etc.

Hierdoor kan hij de cliënt niet op de juiste wijze helpen en heeft advies nodig. Dit advies nu moet hij niet krijgen door zijn cliënt over te dragen of in te sturen voor onderzoek in een hoger gespecialiseerd echelon (b.v. s.p.d.), maar door zelf met dit hoger gespecialiseerd echelon (b.v. s.p.d.) contact te zoeken en zijn probleem met de cliënt/patiënt voor te leggen.

Voor deze methodiek blijkt het nodig te zijn dat men als hoger gespecialiseerd echelon de werkwijze en competentie van de hulpvragende 1e echelonwerker kent en men moet bekend zijn met de organisatie, waarbinnen het 1e echelonswerk wordt uitgevoerd.

Voor deze methodiek moet de 2e echelons hulpgever (b.v. medewerker s.p.d.) zich beschikbaar stellen voor de 1e echelons organisatie en daarmee een functioneel contract aangaan, waarin tijdsbesteding, bereikbaarheid, verantwoordelijkheden worden vastgelegd.

Bij de berekening van de tijdsbesteding kan men stellen dat voor een team van 4 à 8 maatschappelijk werkers of wijkverpleegsters een halve dag in de maand voor de consultant gemoeid is. Hij of zij bespreekt dan met 3 à 4 teamleden afzonderlijk een geval.

Daarnaast moet men voor algemene zaken rekenen op ongeveer twee

bijeenkomsten per jaar van de consultants met de leidingen van de hulpvragende teams en de hulpverlenende organisatie voor een evaluatie-bespreking.

b — De 'Balintgroep'. Dit is een methode waarbij een vast aantal werkers uit het 1e echelon (b.v. huisartsen; maatschappelijk werkers; wijkverpleegsters; advocaten) in een groep van ± 8 mensen bijeenkomen met een frequentie van \pm éénmaal per 14 dagen en daarin gevallen bespreken, waarmee zij problemen ondervinden die liggen op het gebied van de geestelijke volksgezondheid.

Deze bespreking vindt dan plaats in aanwezigheid van een consultant die op de hoogte is met de geestelijke gezondheidsproblemen en de mogelijkheden voor hulpverlening. Dit kan afhankelijk van de groep een zenuwarts, een psycholoog, een psychiatrisch sociaal werker of sociaal psychiatrisch verpleegkundige zijn.

Waarschijnlijk kan men in een groep van huisartsen het best een zenuwarts als consultant laten optreden en in een groep van wijkverpleegsters een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, omdat dit het noodzakelijk voordeel heeft dat de consultant op de hoogte is met de werkwijze van de groepsleden en hun competenties.

Bij pastores of advocaten kan men een der pastores of advocaten deze brugfunctie laten vervullen.

Verder verdient het aanbeveling dat het ontwikkelings- en opleidingsniveau van de consultant niet lager is dan dat van de groepsleden en dat de consultant enige training heeft in begeleiding van groepsdynamische processen.

Bij de berekening van tijdsbesteding kan men stellen dat per groep huisartsen een consultant een halve dag per veertien dagen geoccupeerd is. De zittingen duren geen vier uur, maar anderhalf à twee, doch er is altijd wel voor- en nawerk in vragen van groepsleden of voorbereiding van literatuur of gevallen en de vermoeidheidsfactor maakt dat enige rusttijd ingecalculeerd moet worden.

De tijdsbesteding nodig voor de Balintgroepen zal in totaal gerekend niet veel verschillen van de tijdsbesteding nodig voor de consultation-methodiek.

De Balintgroepen eisen een wat grotere frequentie met de deelnemers. De consultation eist een wat meer algemeen organisatorische tijdsbesteding.

2 De contacten met de 2e echelons voorzieningen die ambulante werken — Voor de onderlinge contacten tussen de 2e echelons voorzieningen die werken met multidisciplinaire teams zijn enige alternatieven te bedenken.

a — Het streekcentrum — Zoals in de brief van Kruisinga aan de Tweede Kamer beschreven staat wordt daarin bepleit het samengaan in één organisatie van een aantal 2e echelons voorzieningen. Deze organisatie

wordt voorgesteld onder de naam 'Streekcentrum' en daarin vindt men terug de S.P.D., de J.P.D., M.O.B., L.G.M., Alcoholzorg, I.M.P..

Het kenmerk van deze organisatie is dat zij haar dienstenpakket ter beschikking stelt van een 'in een territoire samenwonende' bevolkingsgroep rond 200.000 à 250.000 mensen.

Het alternatief om onder een bevolkingsgroep een aantal mensen te verstaan, behorend tot één geloofsovertuiging, wordt niet meer nagestreefd door de overkoepelende organisaties in de geestelijke gezondheidszorg, zoals het Nationaal Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid, de Nederlandse Vereniging voor de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg of de Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrische Diensten.

Hierop wordt een uitzondering in Nederland gemaakt voor de joodse bevolkingsgroep, die in het Sinaï-Centrum een organisatie vindt met klinische voorzieningen in Amersfoort en verschillende elders gevestigde ambulante voorzieningen, zoals S.P.D.'s, M.O.B.'s, L.G.M.'s en soms ook algemeen maatschappelijk werk.

Het streekcentrum zal naast een zware managementbezetting de nodige tijd vereisen voor interne communicatie over beleidszaken, de organisatie betreffende, en over de inhoudelijke werkcontacten.

Voor het streekcentrum zijn modellen uitgewerkt qua opbouw; stafbezetting en interne relatie-patronen door het Katholiek Nationaal Bureau voor de geestelijke volksgezondheid.

Enige vermeldenswaardige voorstellen daaruit zijn de centrale intake, de ad hoc teams, de begeleider.

Met centrale intake wordt als een van de mogelijkheden aangegeven een systeem waarbij alle nieuwe aanmeldingen door een groep vaste medewerkers wordt gescreend en in een stafbespreking worden besproken. In deze stafbespreking besluit men dan welke medewerkers verder gaan werken met deze cliënt/cliëntensysteem (ad hoc teams).

In verband met de coördinatie van de verschillende fasen tijdens onderzoek en behandeling krijgt elke patiënt/cliënt een vaste 'begeleider'. Dit soort voorstellen veronderstellen een doorbraak van het systeem, waarin de verschillende afdelingen zoals M.O.B., J.P.D., S.P.D. etc. elk hun eigen onderzoeks- en behandelings-units vormen, zoals heden ten dage gebruikelijk is.

Het stimuleren van streekcentra zal beter mogelijk zijn wanneer ook de betalingsregeling voor de diverse onderdelen uniform geregeld is. Hiervan is heden geen sprake.

b — De streekcentra zijn in Nederland nog niet of nauwelijks gerealiseerd. Wel zijn er vele (37) stichtingen, waarin meerdere werkvormen samengebundeld zijn, zoals S.P.D., J.P.D., M.O.B., L.G.M. of enige andere combinaties waarvan als voorbeeld de Gemeentelijke Diensten kunnen dienen, die o.a. de sociaal pedagogische zorg in hun dienstenpakket hebben opgenomen naast S.P.D. en J.P.D..

In dit alternatief bestaat de situatie waarbij een aantal tweede echelons functies als min of meer aparte bureaus samenwerken in één rechts-persoonlijkheid bezittende stichting (M.O.B., L.G.M., S.P.D. etc.). Om een goede samenwerking te garanderen zal men tijd en mankracht moeten besteden.

De communicatie op alle niveaus is noodzakelijke voorwaarde voor adequate patiënten-behandeling, beleidsafstemming en ontwikkeling van het werk.

Hiervoor is een coördinerend directeur en een goed gekwalificeerde administrateur nodig voor de leiding van de organisatie. De leidingen van de diverse bureaus dienen minstens wekelijks enige uren contact te hebben over de gang van zaken in het bedrijf. Over het te voeren inhoudelijk beleid dient ook voor de leidingen tijd te worden gereserveerd, zeker een dag per maand. De totale staf zal zich zo nu en dan moeten kunnen beraden over de ontwikkelingen waarvoor conferenties van één à twee dagen twee à driemaal zeker gewenst zijn. Voorts moet het mogelijk zijn werkgroepen te formeren van stafleden van de verschillende bureaus om bepaalde ontwikkelingen of vraagtekens te doordenken en te structureren en om bepaalde disciplines in deze werkgroepen te laten samenkomen. Tenslotte zal er een wekelijks contact nodig zijn tussen de leidsters sociaal werk over de gezamenlijk te behandelen cliënten.

Voor het contact met andere ambulante werkende 2e echelons voorzieningen in de regio mag worden verwezen naar wat hier volgt onder c. c – Het contact tussen bureaus, werkend in verschillende rechts-persoonlijkheid bezittende organisaties.

Hierin valt te onderscheiden:

- 1 contact met andere sociaal psychiatrische diensten in dezelfde regio werkzaam;
- 2 contact met andere functionele bureaus zoals M.O.B., L.G.M., Alkoholzorg, I.M.P. etc.

Ad 1:

– een ongeveer maandelijks contact over het gezamenlijk in de regio te voeren beleid en de noodzakelijke voorzieningen; dit contact zal een directioneel contact zijn zonedig met de S.P.D.-leiding;

– een ongeveer 14-daags contact over individuele gevallen en de plaatsingsmogelijkheden in de intramurale zorg en de behandelmogelijkheden in de ambulante zorg;

dit contact zal moeten geschieden door de S.P.D.-leiding of alleen door de leidster sociaal werk van de S.P.D.

Ad 2:

– ongeveer tweemaandelijks een directioneel contact over het gezamenlijk in de regio te voeren beleid en de noodzakelijke voorzieningen; in dit contact zullen ook regelmatig de leiding van de diverse bureaus moeten kunnen participeren;

— men zal als S.P.D. ongeveer elke 14 dagen met de andere 2e echelons voorzieningen contact moeten hebben over individuele cliënten en de wederzijdse behandelingsmogelijkheden; dit contact zal moeten plaats vinden door de S.P.D.-leiding of alleen door de leidster sociaal werk van de S.P.D. moeten worden onderhouden.

Wat betreft de berekening van de tijdsbesteding, nodig voor het onderhouden van de diverse contacten, kan men zich waarschijnlijk het beste houden aan de gedachte uit de brief van 'Kruisinga', waarin de onder 3 beschreven contacten zo verweven zijn met de behandeling dat men op grond daarvan komt tot een bepaalde stafbezetting, toegerekend aan het aantal in behandeling zijnde gevallen (voor de sociaal psychiatrische hulpverlening aan volwassenen wordt de verhouding van een sociaal psychiatrisch verpleegkundige op 75 patiënten voorgesteld) (KRUISINGA 1970).

De contacten met de vrij gevestigde zenuwartsen. Hierover zijn reeds de nodige discussies gevoerd, onder meer op de zgn. tweede Trio-vergadering weergegeven in het Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie (JACOBS; FRETS; REGENSBURG; 1968).

De essentie daarvan was, dat het gescheiden functioneren van psychosociale begeleiding (S.P.D.) en behandeling (Z.W.Z.A. = zelfstandig werkende zenuwarts) ondoelmatig is, daar er een aanzienlijke overlapping is in de problematiek van hen, die naar een van beiden (vaak arbitrair) worden verwezen. Wanneer een team integraal de hulpverlening zou verrichten, zou dat vele voordelen bieden. In het volgende wordt echter nog van de bestaande toestand uitgegaan.

De vrij gevestigde zenuwarts krijgt patiënten verwezen via de huisartsen. Hij ontvangt de patiënt in zijn spreekkamerruimte, meestal alleen, soms samen met familieleden of andere relaties van de cliënt. In zijn spreekkamer ontmoet hij veel sociale problematiek, zoals gebrekkige voorzieningen en complicerende relatiepatronen, waarbij hij maar zeer beperkte mogelijkheden heeft voor behandeling of verandering.

Wat kan hij daarmee doen:

- hij kan verwijzen naar een sociaal psychiatrische dienst of naar een andere instelling voor geestelijke volksgezondheid, zoals L.G.M., M.O.B.;
- hij kan een zenuwarts en/of sociaal psychiatrisch verplegende vragen een sociaal onderzoek te doen bij de cliënt thuis;
- hij kan een patiënt laten opnemen;
- hij kan via de telefoon of per brief zelf trachten voorzieningen te regelen bij de sociale dienst, werkgever, G.A.B., C.B.H., etc..

Alles bij elkaar is hij gehandicapt doordat de betaling hem niet in staat stelt al te veel tijd aan zijn cliënt te besteden en hem ook niet de gelegenheid geeft mobiel te zijn en/of hulpkrachten in te schakelen.

Voor de relatie met de S.P.D. zijn de volgende alternatieven te be-

denken:

a — Hij kan zich verhuren aan de S.P.D. en zijn polikliniek-clientèle daarbij inbrengen. Zijn cliënten kunnen dan gedifferentieerder behandeld worden. Hij is minder geïsoleerd, maar hij is geen vrij gevestigd zenuwarts meer.

b — De S.P.D. kan een maatschappelijk werkende of een sociaal psychiatrisch verpleegkundige voor de sociaal psychiatrische werkzaamheden van de polikliniek detacheren bij de zenuwarts, met wie deze dan in een teamverband werkt. Dit maakt het mogelijk dat de polikliniek-clients gedifferentieerder behandeld worden en dat er enige mobiliteit in het team komt voor het huisbezoek. De zenuwarts blijft overigens vrij gevestigd.

Voorwaarde hierbij is wel dat de sociaal psychiatrisch verpleegkundige en de polikliniek houdend zenuwarts geregeld een bijeenkomst hebben met de sociaal psychiatrische dienst samen met de andere, op deze wijze, in dezelfde regio werkende teams.

In deze situatie blijft de sociaal psychiatrisch verpleegkundige in dienst bij de S.P.D. en houdt contact met haar collega's, zij staat onder leiding van de leid(st)er sociaal werk.

Een full-time sociaal psychiatrisch verpleegkundige per polikliniek met \pm 250 nieuwe aanmeldingen is zeker geen luxe, zo niet al aan de krappe kant. Ongeveer de helft van de nieuwe aanmeldingen op een polikliniek komt met duidelijke sociale problematiek, maar de ernst is iets geringer dan veelal in het huidige systeem bij de S.P.D. terecht komt.

c — De zenuwarts kan zelf een sociaal psychiatrisch verplegende huren. De kans dat hij dit doet is gering om financiële redenen, maar men zou tenslotte in de tarieven hiermee rekening kunnen houden. Het nadeel echter boven alternatief b is dat de sociaal psychiatrisch verpleegkundige geïsoleerd raakt en daarmee onvoldoende op niveau blijft; de eigen inbreng zal minder duidelijk die van een sociaal psychiatrisch verplegende zijn. Dit gevaar is niet denkbeeldig bij een hiërarchische onderschikking aan iemand uit een andere discipline.

De rechtspositie van de verpleegkundige is wankeler dan in het geval zij in dienst is bij de S.P.D..

d — De zenuwarts blijft verwijzen of in consult roepen. Dit geeft makkelijk aanleiding tot rolverwarring en geeft regelmatig dubbel werk. Deze situatie werkt het verwijzen in een vrij laat stadium van decompensatie in de hand. Dit komt omdat door verwijzen de relatie nogal eens verbroken of gecompliceerd wordt, waardoor een uitstel niet onbegrijpelijk is.

3 Contacten met intra-murale en semi-murale zorg

3a De intra-murale zorg. Hieronder wordt verstaan de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, de psychiatrische inrichting, de

zwakzinnigen inrichting, het verpleegtehuis, de pensiontehuizen en gezinsvervangende tehuizen. De sociaal psychiatrische dienst dient bij te dragen aan de bekorting van de opnameduur:

— door te bevorderen dat de moeilijkheden c.q. ziekte van de patiënt in het daarvoor meest aangewezen instituut behandeld wordt, te noemen 'selectie';

— door de terugkeer in de maatschappij te bevorderen, of rechtstreeks of via andere meer daartoe geëigende instituten, te noemen 'revalidatie'.

Ten behoeve van de selectie:

Hierbij is een aantal alternatieven denkbaar.

a — Alle patiënten worden voor opname door medewerkers van de S.P.D. in hun eigen leefmilieu bezocht. Dit gebeurt in Nederland in het kader van de psychiatrie d'urgence door de G.G.D.'s van de grote steden.*

Dit eist vrij veel mankracht terwijl men het nuttig effect moet betwijfelen. Degenen die de opname-selectie verrichten worden zeker als dit in het kader van de psychiatrie d'urgence geschiedt

— overspoeld door alarmsituaties;

— zij kennen de patiënten onvoldoende om adequaat te kunnen beslissen;

— er wordt een verantwoordelijkheid overgenomen die bij de behandelend arts thuishoort; dit is verwarrend zowel voor de patiënt, zijn milieu als de behandelend arts.

Men kan er misschien beter van uitgaan:

— dat voor de psychiatrie d'urgence en voor de opname-selectie niet eenzelfde organisatievorm te gebruiken is;

— dat de psychiatrie d'urgence een adequate voorziening kan zijn mits goed georganiseerd en dat hierbij behoefte is aan een beschermend bed gedurende korte tijd, zoals b.v. in een crisiscentrum; dit crisiscentrum kan dan al of niet in een algemeen ziekenhuis gelokaliseerd zijn als aparte unit goddeels bemand met medewerkers tevens verbonden aan een sociaal psychiatrische dienst;

— dat voor de opname-selectie een vrij gevestigd zenuwarts die de beschikking heeft over de samenwerking met een sociaal psychiatrisch verpleegkundige een adequate voorziening is, beter dan de huisarts daarvoor tot op heden is opgeleid;

* Opname selectie en psychiatrie d'urgence zijn niet elkaar dekkende begrippen. Ook is het onjuist te menen dat de 7×24 -uurs dienst zoals in de psychiatrie d'urgence op verschillende wijze in Nederland in verschillende steden en provincies wordt uitgevoerd, een reductie zou betekenen van het totaal aantal opnamen. Dit is nimmer bewezen en de cijfers verzameld door GIEL, 1971, en door ROMME, 1967, doen het tegendeel vermoeden. Andere factoren, zoals het totaal aantal opname-mogelijkheden, de animo om bepaalde categorieën patiënten op te nemen etc., spelen hier waarschijnlijk een grotere rol.

dit geldt zeker wanneer de sociaal psychiatrische dienst dit team in voldoende mate voorlicht over de aanwezige voorzieningen, het resultaat terugkoppelt via de door de zenuwarts uitgevoerde selectie en bemiddelt bij plaatsingsproblemen.

b – De vrij gevestigde zenuwarts verricht de selectie voor opname als – hij daarbij gesteund wordt door de hulp van een bij hem gedetacheerde sociaal psychiatrisch verpleegkundige voor het gehele polikliniek-werk;

– dit team op de hoogte is van de voorzieningen en het resultaat van hun verwijzing via de S.P.D.-bemiddeling teruggekoppeld krijgt;

– dit team gesteund wordt door de S.P.D. bij bemiddeling voor opname wanneer dit problemen geeft.

Dit systeem loopt alleen bij aanwezigheid van vrij gevestigde psychiaters die bereid zijn te leren samenwerken met sociaal psychiatrische verpleegkundigen.

c – Aan de opname gaat geen selectie vooraf. Huisartsen en zenuwartsen nemen vrij op als ze daarvoor een plaats kunnen vinden.

Dit heeft tot nadeel

– dat er veel patiënten uit paniecreactie door vervangers worden opgenomen;

– dat de verwijzers te weinig op de hoogte zijn met de aard en werkwijze der voorzieningen;

– dat de patiënten niet worden opgenomen als het de arts niet lukt een plaats te vinden.

d – Een reciproke controle op de selectie met daarbij de mogelijkheid tot voorafgaande selectie. Hieronder wordt verstaan:

1) de opnameselectie gebeurt door de vrij gevestigde zenuwarts als onder b) is beschreven;

2) de opnameselectie gebeurt door de S.P.D. als de vrij gevestigde zenuwarts met vakantie is of om andere reden afwezig;

3) de psychiatrie d'urgence functie heeft een daarvan apart staande functie en wordt als zodanig ook door huisartsen en vrij gevestigde zenuwartsen gebruikt en beschikt over een crisiscentrum bedfunctie;

4) de huisarts selecteert bij afwezigheid van vrij gevestigde zenuwartsen in de regio maar doet dit niet dan na een huisbezoek van een sociaal psychiatrisch verpleegkundige van de S.P.D.;

5) de opname wordt direct door het ziekenhuis gemeld bij de sociaal psychiatrische dienst;

6) de maatschappelijk werkster van het ziekenhuis doet een huisbezoek en maakt liefst binnen een week een sociaal rapport, waarvan een afschrift gestuurd wordt naar de S.P.D.;

7) de S.P.D. administreert de opnamen, verdeelt naar verwijzers, en kijkt of er bepaalde verwijzers uitschieten in aantal opnamen-aanvragen; zo dit het geval is overlegt zij met deze verwijzers of neemt eventueel de selectiefunctie over;

8) de S.P.D. heeft elke 14 dagen contact met het intramurale instituut over de nieuwe opnamen, waarbij de clinicus die de patiënt in observatie heeft aanwezig is en de maatschappelijk werkster die het sociaal rapport samenstelde; men bespreekt de indicatie, de benodigde voorzieningen voor revalidatie, komt tot een rolverdeling t.a.v. de benodigde activiteiten en spreekt een periode af, waarbinnen een en ander gerealiseerd is en/of opnieuw overleg plaats moet vinden.

e – De goed geoutilleerde en altijd bereikbare vrij gevestigde zenuwarts. Ofschoon mogelijk niet direct te realiseren, kan men zich voorstellen, dat de vrij gevestigde zenuwarts, in teamverband werkend met een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, de opnameselectie doet.

Maar nu gaan we hierbij uit van een denkmodel, waarbij opname-selectie 'sec' ondoelmatig geacht wordt en gezien wordt als een onderdeel van de behandeling. Dit brengt dan de volgende consequenties met zich mede:

– het behandelend team besteedt tijd en aandacht aan de samenwerking met de huisarts in de consultatieve opstelling of na verwijzing (waartoe financieel in staat gesteld);

– het behandelend team of hun vervangers is (zijn) steeds bereikbaar. – Dit alternatief vormt een meer ideale variant op alternatief b hierboven vermeld en kan alternatief d vervangen, omdat de noodzaak van hetgeen daarbij onder 2 en 4 is gesteld, komt te vervallen en waardoor ook het onder 7 gestelde 'of neemt eventueel de selectiefunctie over' overbodig wordt, zo niet onzedelijk.

Hetgeen onder alternatief d beschreven werd bij de punten 5 tot 8 is een sluitstuk dat bij elk der andere alternatieven kan worden toegepast. Dit vormt het gewenste contact tussen ziekenhuis en s.p.d.*

Hetgeen onder alternatief d bij punt 7 beschreven werd kan men ook laten aansluiten bij alternatief b en c terwijl de op de verwijzers georiënteerde administratie ook op alternatief a van toepassing kan zijn. Hetgeen bij punt 6 beschreven is, is eveneens toepasbaar op alternatief c en op alternatief a en b, afhankelijk van de daarbij gevolgde werkprocedure.

Ten behoeve van de revalidatie

Voor de revalidatie is een goede selectieprocedure uiteraard niet te ontberen. Een snelle en goede aansluiting van de behandelingsbehoefte aan de behandelingsmogelijkheden is een eerste vereiste wil de revalidatie kans van slagen hebben. Daarnaast is het van belang dat tijdens

* Werkvormen waarbij ziekenhuis en s.p.d. als een geïntegreerd geheel werken voor een bepaalde regio of streek werden hier niet besproken. In Nederland wordt hieraan nog slechts voorbereidende aandacht besteed (Utrecht, Maastricht, Eindhoven etc.). Het lijkt vooralsnog niet wenselijk dat het ziekenhuis een eigen s.p.d. exploiteert.

de behandeling de contacten met de maatschappij buiten het ziekenhuis zo uitgebreid mogelijk blijven (GRUENBERG, 1966; SCHEFF, 1966; GOFFMANN, 1961 etc.). Een revalidatie van langdurig geïsoleerde mensen is geen sinecure.

Voor haar revalidatie-functie heeft de S.P.D. contact nodig met het ziekenhuis vanaf het begin der opname.

- ter verificatie van de juiste indicatie;
- ter stimulering van de maatschappelijke contacten;
- ter bekorting van de opnameduur (waartoe behoort tijdige overplaatsing naar andere instituten);
- om ervoor te waken dat het behandelingsinstituut niet meer wil behandelen dan in zijn vermogen ligt (Gruenberg - social breakdown syndrome);
- om mee te werken aan de voor de terugkeer in de maatschappij benodigde sociale voorzieningen en beïnvloeding van blokkaden in de relaties.

Deze revalidatiefuncties zullen in een samenspel moeten gaan met het ziekenhuis, maatschappelijk werk en de behandelend arts. Vanaf het begin zal er een duidelijke rolverdeling nodig zijn en moeten geregeld contacten bestaan over het verloop van het opgestelde plan. Afhankelijk van de uitgebreidheid van het ziekenhuis-maatschappelijk werk en de afstand van het ziekenhuis tot het woonmilieu van de patiënt zal de S.P.D. hierin meer of minder uitvoerend werk verrichten zoals o.m.:

- het sociaal onderzoek na opname;
- het geregeld contact met thuisgebleven relaties van de patiënt, liefst ook geregeld in confrontatie met elkaar (patiënt-familie);
- het organiseren van voorzieningen als werk; behuizing; financiën;
- het stimuleren van maatschappelijke contacten in 3e milieu.

De S.P.D. zal altijd het revalidatie-element moeten begeleiden omdat zij het beste op de hoogte is van de mogelijkheden in de leefsituatie van de patiënt en de verschillende maatschappelijke voorzieningen evenals van differentiatie van behandelingsinstituten in de maatschappij.

Voor de revalidatiefunctie is, wanneer het uitvoerend werk voornamelijk door het ziekenhuis maatschappelijk werk gebeurt, een geregeld overleg nodig afhankelijk van het aantal patiënten dat uit de regio in het intra-murale instituut is opgenomen en afhankelijk van de bekendheid van de S.P.D. met de opgenomen patiënt. Minimaal is echter een maandelijks contact nodig en voorts mag men rekenen dat voor het opstellen van een behandelingsplan \pm vijf patiënten een halve dag in beslag nemen (2½ uur vergadertijd; 1½ uur reistijd) en voor herhaling 10 à 15 patiënten een halve dag nemen. Wat betreft de mankracht nodig voor het uitvoerende werk dat dus voor het ziekenhuis maatschappelijk werk gedaan kan worden moet men rekenen op één full-time maatschappelijk werkende voor 20 à 30 patiënten.

3b Contacten met de semi-murale voorzieningen. De semi-murale voorzieningen hebben een belangrijke functie bij het voorkomen van ziekenhuis opnamen, bij het ontkoppelen van pathologische relatiepatronen en bij de revalidatie. Hieronder worden verstaan de nachtklinieken, het sluisinternaat, de dagkliniek, het crisiscentrum.

Hierin zijn drie vormen te onderscheiden:

- 1 — ze zijn organisatorisch in een rechtspersoonlijkheid bezittende stichting ondergebracht met de S.P.D.;
- 2 — ze zijn organisatorisch een zelfstandig rechtspersoonlijkheid bezittend instituut maar zijn dan in de praktijk vaak geïnitieerd vanuit een S.P.D. en onderhouden daarmee nauwe relaties, zodat we deze vorm als gelijk aan ad 1. zullen opvatten;
- 3 — ze zijn organisatorisch ondergebracht in dezelfde stichting als het psychiatrisch ziekenhuis of de psychiatrische afdeling van het algemene ziekenhuis.

In geval ad 3 zijn de contacten tussen S.P.D. en ziekenhuis als daarbij werd beschreven, alleen moet men stellen dat de revalidatiefunctie hier een groter aandeel heeft in de behandeling hetgeen inhoudt dat de maatschappelijk werk inbreng eigenlijk met een factor 2 vermenigvuldigd kan worden.

In geval 1 en 2 bestaan er twee alternatieven:

- 1 — de staf van het instituut heeft een zware bezetting voor wat de maatschappelijk werk functie betreft en de contacten met de S.P.D. zijn:

a wekelijks contact t.b.v. intake, ontslag en voorlichting over voorzieningen in de regio, welk contact kan worden onderhouden door de leidster van het sociaal werk of een van s.p.v.'s;

b de patiënten komen voor psychiatrisch consult bij de zenuwarts van de S.P.D. of bij vrij gevestigde zenuwartsen, afhankelijk van de problematiek, het bestaande contact of de te voorziene follow-up na ontslag;

ad b vervalt indien het instituut ook een zwaardere bezetting heeft voor wat betreft de psychiatrische verzorging; dit zien we voornamelijk bij de dagklinieken;

2 — de staf van het instituut heeft voornamelijk een verpleegkundige bezetting en/of intern werkzame therapeutische staf (sociotherapeuten; creatieve therapeuten; arbeidstherapeuten; psycho-therapeuten etc.); de contacten met de S.P.D. zijn dan uitgebreider omdat door de S.P.D. de maatschappelijk werk functie vervuld moet worden, hetgeen dan neerkomt op een sociaal psychiatrisch verpleegkundige of maatschappelijk werkende per 10 à 20 patiënten.

4 Contacten met de algemene voorzieningen — De doelstelling van het contact tussen de algemene voorzieningen en de S.P.D. is meerledig.

- 1 — Ten eerste komen bij de algemene voorzieningen mensen met veler-

lei problemen ook op dit gebied van de geestelijke gezondheid. Hier-voor hebben de meeste algemene voorzieningen wel ingebouwde voor-zieningen zoals de scholen, het school maatschappelijk werk, de G.M.D., de arbeidsdeskundige en de psychiatrisch consulent, het Ge-westelijk Arbeidsbureau, de afdeling bijzondere bemiddeling etc..

Hiermee zijn deze voorzieningen 1e echelons voorzieningen en dient er 'een consultation' of 'Balintgroep'-relatie met hen onderhouden te worden. Dit is dringend noodzakelijk omdat voor de 'early detection' de algemene voorzieningen een bijzonder nuttige functie kunnen hebben omdat men met een breed scala van problematiek in de samenleving geconfronteerd wordt.

Voorts is men bij de algemene voorzieningen niet gespecialiseerd in problemen op het gebied van de geestelijke volksgezondheid, hetgeen een reden voor consultation of Balintwerk vormt ter ondersteuning in het eigen werk.

2 — Een tweede doelstelling in het contact met de S.P.D. is de samen-werkingsrelatie in de behandeling van cliënten. De S.P.D. moet frequent voor haar cliëntèle bemiddeling vragen via de algemene voorzieningen. Deze relatie zou dus een contact vereisen op directioneel niveau t.a.v. beleid en organisatie en op uitvoerend niveau ten behoeve van de be-spreking van de individuele gevallen, zoals onder de contacten tussen de 2e echelons voorzieningen is beschreven.

3 — De derde doelstelling van het contact is het belang van de wijze waarop de algemene voorzieningen functioneren voor de geestelijke gezondheid van degenen die met dit systeem in aanraking komen. Om enige voorbeelden te noemen; het vermijden van meer dan strikt nood-zakelijke bureaucratie; het vermijden van vrijheid beperkende regels voor degenen die van de algemene voorzieningen gebruik maken; het vermijden van onjuiste vooroordelen in het systeem t.a.v. de cliënten als groep of subgroepen daarin. Dit kan gebeuren in het C.B.H., de sociale diensten, de G.A.B.'s, de G.M.D.'s de W.S.W.-voorzieningen, de scho-len, bedrijven etc.. Hiertoe is nodig een 'consultations' contact dat ge-richt is op het functioneren van de organisatie. Caplan beschrijft dit als 'administratieve consultations'. En in de Tavistock Clinic te Londen heeft men hiervoor een afdeling Industrial Psychology.

Voor deze contacten die van buitengewoon belang zijn voor de preven-tieve en positieve geestelijke gezondheidszorg moet de sociaal psychia-trische dienst beschikken over een apart team van 'consultants' in de functie van daartoe op te leiden maatschappelijk werkenden met voort-gezette opleiding en psychologen onder supervisie van een daartoe op-geleid psychohygiënist (psycholoog of zenuwarts), gesteund door een socioloog.

De benodigde mankracht hangt samen met de door de sociaal psychia-trische dienst te bedienen 'streek' en de kwantiteit van de daarin func-tionerende algemene voorzieningen.

SUMMARY

The fore and after care services for psychiatric patients in the Netherlands are like spiders in the web of mental health care facilities.

In this article the methods and organisation structures which are used in the necessary contacts between fore and after care service and their health and welfare facilities are described.

These structures will be used as an instrument to compare the fore and after care services in the Netherlands with each other in order to get more insight in the task accomplishment, needs of the staff and co-operation of mental health services in the catchment area of the fore and after care service.

LITERATUUR

- Frets, F. W.; Romme, M. A. J. (1971), *Korte formulering taak-omschrijving sociaal psychiatrische diensten t.b.v. de adviescie s.p.d. van de Ziekenfondsraad*. Vanuit het Sociaal Psychiatrisch Studiegezelschap.
- Frets, F. W. (1969), 'Extra murale activiteiten van psychiatrische inrichtingen en ziekenhuizen in hun betekenis voor de extra-muraal werkende psychiaters.' *Nederlands Tijdschrift Psychiatrie* 11 (1969) 133.
- Giel, R. (1971), *Over de opname van psychiatrische patiënten*. Voordracht voor het Sociaal Psychiatrisch Studiegezelschap.
- Goffmann, E. (1961), *Asylums Berkeley California 1961*. Penguin Books 1968: 1970. First published Anchor Books 1961.
- Gruenberg, E. M. (1966), 'The social breakdown Syndrome. Some origins.' *Amer. J. Psychiatr.* 1231 (1967) 1481.
- K.N.G.B., Utrecht 1964, *Geestelijke Gezondheidszorg structuur en organisatie*.
- K.N.G.B., Utrecht, augustus 1968, *Regionaal instituut voor Geestelijke Gezondheidszorg*.
- Kruisinga, R. J. H. (1970), 'Nota betreffende de Geestelijke Volksgezondheid. Volksgezondheid, *Verslagen en Mededelingen* 1971 blz. 93. Overdruk van de nota van de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid Dr. R. J. H. Kruisinga aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal dd. 30 november 1970. Het stuk is genummerd: zitting 1970-1971-11059.
- Jacobs, D. (1969), 'De externe relaties van het psychiatrisch centrum.' *Nederlands Tijdschrift Psychiatrie* 11 (1969) 121.
- Regensburg, A. C. 1969), 'Extra-murale activiteiten van psychiatrische inrichtingen en ziekenhuizen in hun betekenis voor de zelfstandig werkende zenuwarts.' *Nederlands Tijdschrift Psychiatrie* 11 (1969) 143.
- Romme, M. A. J. (1967), *Doel en Middel*. Proefschrift Amsterdam.
- Romme, M. A. J.; Frowijn, A. S. (1970), 'Taak en plaats van de sociaal psychiatrische dienst.' *Maandblad voor de geestelijke volksgezondheid* 25 (1970) 490.
- Scheff, Th. J. (1966), *De psychisch gestoorde en zijn milieu*. Utrecht 1969. Het spectrum.
First published: Being mentally ill, A sociological Theory. Chicago, 1966, Aldine publ. Comp.