

soms achterdochtig tegenover deze nieuwe figuur, die immers de eerste maanden als een soort pottenkijker op de afdeling was geïntroduceerd.

Omdat de patiënten door deze introductie de maatschappelijk werkster uit de boom bleven kijken, begonnen de eerste schermutselingen tussen de verplegenden en de maatschappelijk werkster. De hoofdverplegenden kwamen met kleine verzoeken of opdrachten aan de maatschappelijk werkster. Zoiets als: even die kwestie over de kleding van een patiënt met de ouders regelen. Of: als u nu toch naar Amsterdam gaat neemt u dan even mej. X. mee voor een bezoekje aan haar familie. De wederzijdse rolonzekerheden culmineerden op een gegeven moment in een situatie die begon doordat de maatschappelijk werkster telefonisch door gaf dat zij een voortvluchtige patiënt zag lopen in de stad. Daarop kreeg zij de opdracht deze patiënt even aan de praat te houden, hetgeen geleid heeft tot een tragi-komedie, die voor geen van de betrokken partijen erg gelukkig verliep. De patiënt in de eerste plaats wist nu helemaal zeker, dat hij niet meer voor zijn éigen belangen bij deze maatschappelijk werkster terecht kon. De verplegenden van hun kant waren er nu zeker van, dat je aan een maatschappelijk werkster ook niets kunt vragen.

In deze voorbeelden betreft het eigenlijk steeds de „zorg” voor de geestelijk gestoorde patiënt. „Zorg”, met die verantwoordelijkheid voor een ander, die de verplegenden en eigenlijk de hele medische wereld zo eigen is. Het betreft vooral de „zorg” voor een geestelijk gestoorde patiënt als die er zelf niet om heeft gevraagd. De maatschappelijk werker komt in deze situatie in een moeilijke positie ten opzichte van de patiënt, terwijl hij ten overstaan van de verplegenden in rolconflicten terecht komt.

Ook al door de introductie moesten de verplegenden wel denken, dat de maatschappelijk werker op dezelfde wijze of tenminste met hetzelfde uitgangspunt werkzaam was als zij. Het vervelende voor de verplegenden is dan ook nog, dat de maatschappelijk werker door de aan de eigen discipline inhaerente manier van werken de schijn heeft een beter soort verplegende te zijn. De manier van werken in het maatschappelijk werk kan immers sterk de zelfstandigheid en de eigen verantwoordelijkheid van een cliënt, in dit geval een patiënt, bevorderen. In een vergadering met alle maatschappelijke werkers en de hoofdverplegenden van het Willem Arntsz Huis werd dan ook door een van de verplegenden een beetje bitter gezegd: „dat toch ook de verplegenden met de nieuwe aanpak de patiënten zoveel mogelijk vrij wilden laten, en zelfstandigheid wilden bevorderen. Dat op deze manier alleen de onplezierige, regulerende taken op de schouders van de verplegenden terecht kwamen”. Op diezelfde vergadering waarin de

conflicten eerst goed ter tafel kwamen, werd van de zijde van de maatschappelijk werkers de vertrouwenskwestie aan de orde gesteld. De maatschappelijk werkers stelden principieel, dat ze het door een patiënt (of anderen) in hen gestelde vertrouwen niet mochten beschamen door steeds alle informaties door te geven aan het afdelingsteam. De verplegenden ter andere zijde uitten hun verontwaardiging hierover, want het kon immers best schadelijk zijn voor een patiënt als het afdelingsteam niet op de hoogte was van iets belangrijks wat de patiënt misschien aan de maatschappelijk werker had toevertrouwd. De vraag werd tenslotte zeer scherp gesteld: is de maatschappelijk werker lid van het afdelingsteam of niet? In andere bewoordingen: werkt de maatschappelijk werker met ons mee of niet?

Het is niet zeker, dat alles veroorzaakt werd door de ongelukkige introductie, maar wel is het zeker, dat één van de oorzaken was de opvatting dat al diegenen, die werkzaam zijn in een psychiatrisch ziekenhuis, eenzelfde soort „therapeut” zijn, met diezelfde zorg en verantwoordelijkheid voor de patiënt. De verplegenden in een psychiatrisch ziekenhuis zijn natuurlijk in de eerste plaats therapeuten. In deze therapeutische rol van de verplegenden past het zorgen voor de zieke, het reguleren, het vrij laten, het verantwoordelijkheid geven, het zelfstandig laten worden, maar ook het dirigeren en ook soms het autoritair gezag. Kortom de hele scala van therapeutische houdingen, die de psychiater, sprekend over de eigen therapeutische bezigheden, benoemd heeft met namen als o.a.: suggestieve, steunende, agogische, leidinggevende, verhelderende, duidende en relationele therapieën.

De maatschappelijk werker in een psychiatrisch ziekenhuis echter kan door zijn aanwezigheid een belangrijk therapeutisch effect hebben, maar juist omdat de maatschappelijk werker zelf in principe niet therapeutisch werkzaam is met de patiënt. Juist omdat de maatschappelijk werker geen verantwoordelijkheid geeft of zelfstandigheid ontwikkelt, maar omdat de maatschappelijk werker *uitgaat* van de eigen verantwoordelijkheid en de zelfstandigheid van de patiënt. Veel van de conflicten, die wij hebben door- gemaakt, vinden hun grond in het hierboven gesignaleerde mis- verstand. De maatschappelijk werker „zorgt” niet voor een gees- telijk gestoorde patiënt en is daar ook niet voor opgeleid. Het is dan ook onjuist om de maatschappelijk werker in een psychiatrisch ziekenhuis ongemerkt in de therapeutiserende rol te schuiven en het is om dezelfde reden onjuist, en het werkt rolonzekerheden in de hand, wanneer de maatschappelijk werker bijv. klinische de- monstraties bijwoont. Juist doordat de maatschappelijk werker een ander is dan de diverse therapeuten in een psychiatrisch zie- kenhuis, die immers door de patiënt zo vaak als een aaneengesloten

front worden ervaren, kan zijn aanwezigheid een therapeutisch effect hebben.

Chronologisch gesproken was het tweede conflict over de rol van de maatschappelijk werker en de andere stafleden het conflict met de afdelingsgeneesheer. Ditmaal speelde de strijd zich af rond de relatie tussen de maatschappelijk werker en het oorspronkelijk leefmilieu van de patiënt. Artsen hebben vaak de neiging om werkzaamheden te delegeren en hetero-anamnestiche gegevens konden dus evengoed door de maatschappelijk werker, die immers toch het gezin bezocht, verzameld worden. Ook in dit vlak zijn de teleurstellingen niet uitgebleven. Individueel anamnestiche gegevens zoals: 3 hersenschuddingen en: op school al een moeilijke jongen, kunnen misschien evengoed door de maatschappelijk werker verkregen worden, maar dan wordt er weinig toegevoegd aan de gebruikelijke hetero-anamnese. Als de behandelend geneesheer door tijdgebrek gedwongen deze gegevens aan de maatschappelijk werker vraagt, kan die zich in zijn functie en rol, en misschien ook zijn waardigheid, tekort gedaan voelen, of geflatteerd mee gaan doen in het medisch werkzaam zijn. Bovendien kent de maatschappelijk werker toch nooit al die gedachtenluikjes van de arts, die opvallen wanneer er gesproken wordt van *jactatio capitis*, depressiviteit, of hallucinaties en zal de verlangde informatie in het algemeen onvolledig zijn zodat ook de arts ontevreden is met de gang van zaken.

Als het maatschappelijk werk een nieuwe dimensie zal moeten toevoegen aan het werk van de staf in een psychiatrisch ziekenhuis, zal dit vooral gelegen zijn, voorzover het het leefmilieu van de patiënt betreft, in de gezinsdiagnostiek (2) en eventueel de gezinsbehandeling. Ik kom hier later nog op terug. Belangrijk is hier dat de afdelingsarts, die ofwel individueel anamnestiche gegevens, ofwel „zo maar wat gegevens over het gezin” wil hebben van de maatschappelijk werker, de mogelijkheden van het maatschappelijk werk in een psychiatrisch ziekenhuis over- of onderschat.

Een derde terrein waarop zich moeilijkheden hadden kunnen voordoen, is het raakvlak of overlappingsvlak met de Sociaal Psychiatrische Voor- en Nazorg Dienst. In 1961 vraagt Lumey (4) zich af of en hoe Sociaal Psychiatrische Diensten therapeutisch werkzaam zijn. Thans lijkt het antwoord op deze vraag ondubbelzinnig ja. Al worden er tot dusverre door de Sociaal Psychiatrische Diensten niet rechtstreeks medicamenten voorgeschreven, de therapeutische taak is in andere opzichten vrij duidelijk. Uit het werk van Speyer bijv. blijkt op overtuigende wijze hoe het adviseren, eventueel het voorschrijven van een duidelijk omschreven

arbeidsmilieu een therapeutisch effect kan hebben, terwijl hetzelfde natuurlijk geldt voor leef- en vrije tijds milieus. Degene die dit voorschrijft of in samenwerking met de patiënt ten uitvoer brengt, is natuurlijk een therapeut in de zin zoals die hier wordt bedoeld. Dat geldt zowel voor de aan de Sociaal Psychiatrische Dienst verbonden psychiater als voor de sociaal psychiatrische verplegenden. In tegenstelling tot de maatschappelijk werker in een psychiatrisch ziekenhuis hebben de Sociaal Psychiatrische Diensten dus een duidelijk therapeutische zorgende rol ten opzichte van de patiënt. Het is daarom van belang dat in de Sociaal Psychiatrische Diensten speciaal geschoolde verplegenden werkzaam zijn. Met betrekking tot de patiënt hebben de Sociaal Psychiatrische Diensten immers een, therapeutisch hanteerbare, verantwoordelijkheid over de patiënt. *) In dit opzicht hoeven er dus weinig conflicten te ontstaan rond de rol van de maatschappelijk werker indien een ieder zich bewust is van de eigen rol.

Het werkerterrein van de Sociaal Psychiatrische Diensten en het werkerterrein van de maatschappelijk werker in een psychiatrisch ziekenhuis kunnen elkaar echter wel overlappen indien het de leef-, arbeids- en vrije tijds milieus buiten het ziekenhuis betreft van een patiënt die op het punt staat het ziekenhuis te verlaten of die reeds in de maatschappij is. Regelmatig overleg kan conflicten rond de werkverdeling, die uiteindelijk ten nadele van de patiënt zijn, voorkómen. Een praktisch punt is vaak: op welk moment wordt de behandeling van een gezin overgedragen van de maatschappelijk werker aan de Sociaal Psychiatrische Dienst. Tot dusverre zijn er bij ons steeds individuele, een bepaalde patiënt en zijn omgeving betreffende, afspraken gemaakt. In het 14-daags overleg tussen de sociaal psychiater, de maatschappelijk werker en de afdelingsartsen — een waarborg voor de soepele werkverdeling — kwamen tal van overwegingen ter sprake, die leidden tot een bepaalde werkverdeling.

Hierboven is slechts gesproken over de rolafgrenzing in negatieve zin. Iemand zal zich misschien hebben afgevraagd: wat doet de maatschappelijk werker dan eigenlijk wel?

Gewezen werd reeds op het therapeutisch effect van de maatschappelijk werker in het psychiatrisch ziekenhuis doordat deze juist niet therapeutisch werkzaam is ten opzichte van de patiënt. In de praktijk lijkt het raadzaam om deze positie ten opzichte van patiënten o.a. duidelijk te maken door een spreekuur voor

*) De conflicten, die door de therapeutische functie van de Sociaal Psychiatrische Diensten kunnen ontstaan met zelfstandig werkende zenuwartsen, psychiatrische poliklinieken en instituten als dagziekenhuizen, blijven hier buiten beschouwing.

patiënten (zo mogelijk ook 's avonds voor de overdag werkende patiënten) en bijv. ook door de ruimtelijke ordening, de architectuur van het gebouw. Hiermee en hierdoor kan aan patiënten duidelijk worden dat de maatschappelijk werker voor de patiënten een afzonderlijke positie inneemt, welke zich onderscheidt van die van de diverse therapeuten. Een grenspositie eigenlijk, waarin enerzijds confrontatie met de realiteit van de maatschappij mogelijk is en anderzijds hulp kan worden gezocht bij de moeilijke overgang tussen het beschermende psychiatrisch ziekenhuis en de realiteit van de maatschappij. Het is de plaats waar patiënten kunnen horen, dat er nu niet direct een boekbinderij zit te wachten op een in de arbeidstherapie opgedane vakbekwaamheid. Maar het is tevens de plaats waar gezamenlijk kan worden gedacht over de mogelijkheden die er dan wèl zijn. Belangrijk is in dit verband ook de beroeps counseling, nu niet met het oog op: „Wat zou u graag willen gaan doen?“, maar veel meer met het oog op dat wat maatschappelijk realiseerbaar is. Dus niet een beroeps counseling zoals door een psycholoog zou worden gedaan, maar een beroeps counseling waarbij de nadruk valt op voorlichting over de maatschappij en hulp bij het betreden van de maatschappij. De eerder ter sprake gekomen vertrouwenskwestie heeft hier de functie van het reeds op weg zijn naar buiten, van het vertrouwelijk gesprek en overleg tussen de patiënt en iemand, die eigenlijk al buiten het ziekenhuis staat. De slechts op verzoek van de patiënt geboden hulp bij de overgang van ziekenhuis naar maatschappij door de maatschappelijk werker heeft naast het directe effect van de hulpverlening ook het belangrijke zijdelingse therapeutische effect van de verzelfstandiging. Voorwaarde daarvoor is echter dat de maatschappelijk werker zich niet ongevraagd met de patiënt bemoeit, dat de staf van een psychiatrisch ziekenhuis deze rol van de maatschappelijk werker onderkent en onderschrijft, en dat diens rol voor de patiënten duidelijk wordt.

Nadere beschouwing van de taak en de rol van de maatschappelijk werker, nu dan met betrekking tot de gebieden buiten het psychiatrisch ziekenhuis, laat blijken dat de maatschappelijk werker in de eerste plaats werkzaam kan zijn als de patiënt opdrachtgever is. Dit is mogelijk met betrekking tot het leefmilieu, het werkmilieu en het vrijetijds milieu. Het kan dus zijn: hulp bij het solliciteren, adviezen ten aanzien van bepaalde recreatieve bezigheden, maar ook gesprekken over het toekomstige leefmilieu, de moeilijkheden die de patiënt verwacht en de hulp die hij in dit opzicht van de maatschappelijk werker vraagt. Bij dit laatste kan men zich voorstellen, dat een bepaalde patiënt de maatschappelijk werker vraagt hoe hij een conflict met zijn familie zou kunnen gaan bespreken. Mogelijk kan hij ook aan de maatschappelijk werker vragen om

dit voor hem te doen.

In de *tweede* plaats is er die vanuit de staf van een psychiatrisch ziekenhuis komende verkenningsopdracht in het sociale veld. Bedoeld worden dan vraagstellingen als: kan deze patiënt in zijn eigen leefmilieu terugkeren? Gespecificeerd betekent dat vragen als: de patiënt zal zonder aanmoediging nooit zijn ondergoed verschonen, en heeft het toekomstig leefmilieu voldoende draagkracht om een dergelijke hebbelijkheid van de patiënt te accepteren of ontstaan er dank zij deze gewoonte al direct allerlei moeilijkheden? De opdracht van de staf kan zich uitbreiden en luiden: is dit leefmilieu door middel van regelmatige gesprekken „rijp te maken” voor een terugkeer van de hierboven geschetste patiënt? In het algemeen is de voorbereiding van het leefmilieu op de terugkeer van een psychiatrische patiënt een nuttige zaak, ook bij kort opgenomen patiënten, al was het alleen maar om de schuldgevoelens en angsten, die met opneming van familieleden in een psychiatrisch ziekenhuis gepaard gaan, in gesprekken aan bod te laten komen.

Op dit gebied is waarschijnlijk tot dusverre veel veronachtzaamd. Men zou zich bijv. kunnen voorstellen dat onvoldoende begeleiding en voorbereiding van het leefmilieu veel heropnamen noodzakelijk heeft gemaakt, die geboekt staan als recidief.

Voor het aftastende, diagnostiserende en zonodig therapeutische werk van de maatschappelijk werker buiten de kliniek in de milieus waarin de patiënt zijn plaats zal gaan hervinden, zal het nodig zijn dat de maatschappelijk werker op de hoogte is van het behandelingsdoel. Omgekeerd zal de sociale verkenning van de maatschappelijk werker invloed uitoefenen op het te zoeken behandelingsdoel. De „gezinsdiagnostiek” **) komt hier opnieuw aan de orde. „Gezinsdiagnostiek” is een term die nogal wat wazigs in zich bergt. Diagnostiek immers veronderstelt een classificatieschema, wat er natuurlijk ook hier nog niet is. Hoogstens in de vorm van „net zo'n gezin als . . .”

Diagnostiek krijgt echter zijn rechtvaardiging onder veel andere, ook uit het behandelingsdoel. Familie- of gezinsonderzoek kan worden gedaan met het oog op het behandelingsdoel van de patiënt, die in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft. Voor de maatschappelijk werker in een psychiatrisch ziekenhuis betekent dit, dat deze op de hoogte moet zijn van het behandelingsdoel wil er van enige relevante gezinsdiagnostiek sprake kunnen zijn. In de Tweede P.U.K. is dit laatste gerealiseerd door de deelname van de maatschappelijk werker aan de plangroep. ***) De gezins-

**) Mutatis mutandis geldt ditzelfde ook voor de diagnostiek van het arbeidsmilieu en het vrije tijds milieu.

***) Zie de bijdrage in dit nummer van Pareau Dumont.

diagnostiek respectievelijk gezinsbehandeling, op deze wijze omschreven en geplaatst in het kader van de behandeling van de patiënt is een niet te onderschatten bijdrage voor het werk in een psychiatrisch ziekenhuis. Hoewel immers een van de ouders van de patiënt of de echtgenoot(e), volgens de arts die bijv. de heteroanamnese opnam, duidelijk lijdend kan zijn aan de een of andere vorm van psychopathologie, dan kan nóg op grond van de „gezinsdiagnostiek” of op grond van de gezinsbehandeling terugkeer van een patiënt naar *dit* milieu geïndiceerd zijn.

Er bestaat eenzelfde relatie tussen behandelingsdoel en arbeidsmilieu, want wat denkt u te doen met de man wiens plaats op zijn werk wordt ingenomen door een ander, hoewel hij slechts kort in een psychiatrisch ziekenhuis verbleef? Verkenning van dit terrein en eventueel „behandeling” van het arbeidsmilieu zou mislukkingen kunnen voorkomen. Of, om een ander voorbeeld te noemen: wat denkt u te doen met de vrouw wier plaats in het gezin wordt ingenomen door een gezinsverzorgster met wie de vrouw niet kan opschieten?

In de omgekeerde richting zal verkenning van het arbeidsmilieu kunnen leiden tot de conclusie dat de terugkeer in een bepaald milieu niet geïndiceerd is, wat dan weer een wijziging met zich mee zal brengen in het behandelingsdoel van de patiënt. Het is mijns inziens goed om op deze plaats de kwestie van de geheimhouding nog eens te bespreken. Het is zeer wel mogelijk en in de praktijk hebben we dat ook meegemaakt, dat de maatschappelijk werker gedurende een aantal gesprekken met bijv. familieleden van patiënten een vertrouwensrelatie kreeg waarin confidenties werden gedaan.

Het behoeft geen betoog, dat dergelijke confidenties persoonlijk zijn en dus niet inhoudelijk worden doorgegeven aan het afdelingsteam. Dat zou trouwens inefficiënt zijn want het afdelingsteam moet als team werkzaam zijn met het oog op het behandelingsdoel. Informatie met betrekking tot dát doel is de enige in een dergelijk team zinvolle informatie. De maatschappelijk werker in het psychiatrisch ziekenhuis moet derhalve de gave hebben of ontwikkelen om deze informatie aan het afdelingsteam door te geven, ontdaan van de persoonlijke vertrouwelijke gegevens. Opmerkelijk is in dit verband, dat er meestal nauwelijks spanning bestaat tussen dat wat relevant is voor het afdelingsteam en dat wat vertrouwelijk is, tenzij er conflicten tussen de teamgenoten bestaan.

Een enkel woord over de tijd die dit alles kost. Stel dat van 50 patiënten van een afdeling steeds 10 tot 15 balanceren op de grens tussen ziekenhuis en maatschappij. Als deze patiënten langer dan 1 jaar zijn opgenomen, mag worden aangenomen dat het leef-

milieu, zelfs zonder dat er duidelijke psychopathologische interactiepatronen bestaan, toch minstens 3 maanden zal moeten worden voorbereid op de terugkomst van de patiënt. Met 3 maanden wordt dan bedoeld een 14-daags gesprek, dat plaats vindt in het gezin. Even komen zeggen: „Uw echtgenoot komt over 3 weken thuis” heeft immers maar een beperkte betekenis, al kan er dan natuurlijk wel gesproken worden over kwesties als kleding e.d. Het contact leggen en zonodig onderhouden met het werkmilieu hoeft niet zo intensief te zijn, maar kan ondertussen toch ook veel tijd vragen. Voegt u daarbij de rapportage, de tijd nodig voor het werken en overleggen met het afdelingsteam in verband met het behandelingsdoel, en de tijd nodig voor het reizen, dan ontstaat er al een respectabel aantal werkuren. Want er is nog niet gesproken over de toenemende correspondentie van en met de S.V.B. en de talrijke andere instanties, of over een briefje van een universiteit, waarin aangedrongen wordt op terugbetaling van f 400,— die 20 jaar geleden aan een patiënt werden verstrekt. Of over de contacten met instanties als Sociale Zaken, de Bijzondere Bemiddeling, de Sociale Werkplaats e.d. Alleen al een opsomming van al deze tijdrovende zaken zou hier te veel plaats gaan innemen. Vereenvoudiging en rationalisering van vele van dit soort tijdrovende kwesties, die samenhangen met de geestelijke volksgezondheid zal, indien er tenminste behoorlijk wetenschappelijk onderzoek aan vooraf gaat, binnenkort een dringende noodzaak zijn ter bescherming van het essentiële.

Tenslotte is er nog de vraag welke rol de maatschappelijk werker kan hebben bij research van bijv. het familie-onderzoek of de gezinsdiagnostiek. Research is in dit nog zo exploratieve stadium, dus in het stadium van het vinden van materiaal voor relevante hypothesen ter verificatie, een ingewikkelde zaak. Er is aan de ene kant de overvloed aan ideeën betreffende samenhangen, aan de andere kant het tot dusverre nog geheel ongeverifieerde van al deze ideeën.

Als het stadium van onderzoek exploratief is, moet het exploratieve aspect ervan ook onderkend worden. Dat betekent in de eerste plaats inventarisatie van materiaal. Deze inventarisatie zal gericht moeten gebeuren omdat anders de onoverzichtelijke en onmeetbare hoeveelheid gegevens nergens toe leidt. Het inventariseren van *relevant* materiaal is slechts mogelijk nadat een uitspraak of keuze is gedaan ten aanzien van de vraag waarvóór relevant.

Het familie-onderzoek of de gezinsdiagnostiek (om bij dit voorbeeld te blijven) kan worden gedaan met drie bedoelingen. Terwille van een zinvolle inventarisatie van materiaal is het nodig

deze doeleinden te onderscheiden en zich tot één ervan te beperken.

In de eerste plaats kan men familie-onderzoek doen om na te gaan of er interactie-patronen bestaan en betrouwbaar kunnen worden vastgelegd, die betrekking hebben op het ontstaan van de ziekte. In de tweede plaats kan het familie-onderzoek zich richten op het vastleggen van die gezinsrelaties, die geleid hebben tot bepaalde gedragskenmerken van de patiënt waarvan men meent, dat deze aan de persoonlijkheidsontwikkeling gebonden zijn, dus afgezien van de ziekte.

In de derde plaats kan men familie- of leefmilieu-onderzoek doen en zich beperken tot een diagnose van de interactie-patronen voorzover deze te maken hebben met het behandelingsdoel van de patiënt.

In het eerste geval raakt men verwickeld in de moeilijkheden rond de diagnostiek van de ziekte en het samenstellen van een proefgroep, waarop door Fischer gewezen werd.

In het tweede geval bestaan deze moeilijkheden in dezelfde mate en is de mogelijke samenhang nog complexer.

In het derde geval kan men zich beperken tot een onderzoek naar de draagkracht van het leefmilieu en tot de vraag of *dit* leefmilieu in staat zal zijn om *deze* patiënt in zich op te nemen.

Dat vooronderstelt een min of meer betrouwbare omschrijving van het dagelijks gedrag van de patiënt. Nu het met de P.U.K.-schalen mogelijk blijkt een aantal gedragingen van een patiënt in het dagelijks leefmilieu van de afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis betrouwbaar te omschrijven, moet het mogelijk zijn om het onderzoek van het leefmilieu met behulp hiervan te richten. Concreet betekent dit, dat aan de maatschappelijk werker gevraagd kan worden of een bepaald leefmilieu wil en kan leven met iemand, die bijv. op de afdeling van het ziekenhuis slechts monosyllabisch antwoordt op vragen, maar die zich voortdurend tot een ander richt om iets te zeggen. Voor de research betekent dit, dat materiaal geïnventariseerd moet worden wat betrekking heeft op de draagkracht van het leefmilieu en wat als het ware de tegenhanger is, het complementaire deel van de interactie-patronen, die zullen ontstaan als een zo en zo in de P.U.K.-schalen omschreven patiënt in dit leefmilieu komt. Op grond van deze inventarisatie zou tenslotte een betrouwbaar instrument gevormd kunnen worden.

De rol van de maatschappelijk werker in dit alles is duidelijk. Als enige werker in het psychiatrisch ziekenhuis is hij in staat tot familie-onderzoek in de zin zoals hier bedoeld. Als participant in de relaties met het leefmilieu is hij daarvan de beste beoordelaar.

SAMENVATTING

Getracht werd om aan de hand van de gebeurtenissen en conflicten rond de rol van de maatschappelijk werker in het psychiatrisch ziekenhuis te schetsen op welke wijze ons inziens de maatschappelijk werker het best kan functioneren. Van het grootste belang is daarbij, dat men zich realiseert, dat de maatschappelijk werker voor de patiënt een representant is en moet zijn van de maatschappij en dat de maatschappelijk werker dan ook geen therapeutische, zorgende rol heeft ten opzichte van de patiënt. Dit in tegenstelling tot de diverse therapeuten in een psychiatrisch ziekenhuis en in tegenstelling tot de Sociaal Psychiatrische Diensten. De laatsten zijn in de maatschappij voor de patiënt een representant van het psychiatrisch ziekenhuis en verlenen dan ook voor- en nazorg.

Als tweede belangrijk aspect van het werk van de maatschappelijk werker werd genoemd de verkenning en eventueel „behandeling” van het sociale veld. Een verkenning, die uit praktische en theoretische overwegingen gericht moet zijn door het behandelingsdoel van de patiënt.

SUMMARY

In view of the events and conflicts concerning the role of the social worker in a psychiatric hospital an attempt has been made to outline how the social worker's optimal functioning can be attained.

It is of great importance to realise that the social worker is supposed to be a representative of society and that he has no therapeutic, in the sense of caring role with regard to the patient. This, as distinct from the role of the various therapists in a psychiatric hospital and from the social psychiatric services outside the hospital. These last mentioned services represent the psychiatric hospital to the out-patient and consequently offer prevention and after-care.

The exploration and possibly treatment of the social field is mentioned as a second important aspect of the social worker's activities.

From a practical and theoretical point of view this exploration should be directed by the common aims of the individual rehabilitation programs.

LITERATUUR

1. Jacobs, D. — Samenwerking tussen sociaal psychiatrische dienst en maatschappelijk werk. Voordr. rks Ned. Ver. Psychiat. Dienstverb., 6e jrg. nr. 18 (1964): 33-43.
2. Koopmans, R. R. — Gezinsdiagnostiek. Tijdschr. v. M. W., 19 (1965): 369-379.
3. Lekkerkerker, E. C. — Enkele communicatieproblemen tussen psychiater en maatschappelijk werker. Mndbl. Geestel. Volksgezondh., jrg. 16 (1961): 186-195.
4. Lumeij, J. L. J. — Het werk van de sociaal-psychiatrische dienst. Mndbl. Geestel. Volksgezondh., jrg. 16 (1961): 207-218.
5. Perlman, Helen H. — Social casework. Arnhem, Loghem Slaterus. (1962).

OVER MAATSCHAPPELIJK WERK IN HET PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS

door Dr. F. H. L. BEYAERT

Het is de bedoeling dat dit een verslag wordt van de gebeurtenissen rond het maatschappelijk werk in de Tweede P.U.K.

Een en ander is gebaseerd op de samenwerking met mevrouw A. de Boer-Koppert, maatschappelijk werkster in de Tweede P.U.K. sinds 1963.

In 1964 spreekt Jacobs (1) nog zijn twijfel uit over de maatschappelijk werker in het psychiatrisch ziekenhuis. Hij meent, hoewel hij er ambivalent tegenover staat, dat de zorg voor de geestelijk gestoorden moet toevertrouwd blijven aan de Sociaal Psychiatrische Voor- en Nazorg Diensten. Waarschijnlijk heeft hij, indien het zo wordt gesteld, gelijk. Het is inderdaad de vraag of de maatschappelijk werker zal moeten *zorgen* voor de geestelijk gestoorde patiënt. Het is goed hier later op terug te komen, want de geschiedenis van een maatschappelijk werker in een psychiatrisch ziekenhuis is er een van veel misverstanden.

Vaak drukt de onduidelijke voorstelling van wat een ander kan doen zich uit in een overschatting van diens mogelijkheden (3). Afhankelijk van een aantal andere factoren zijn teleurstellingen respectievelijk achterdocht het gevolg van deze onbekendheid met elkaar.

Nu na 2½ jaar terugkijkend kunnen we zeggen, dat de maatschappelijk werkster bij ons op een betrekkelijk ongelukkige wijze werd geïntroduceerd. Slechts steunend op geringe en dan nog buitenlandse ervaringen van anderen werd gemeend, dat het het beste was om de maatschappelijk werkster een aantal maanden als verpleegster te laten „meelopen” op de afdelingen. Het leek immers nodig dat de maatschappelijk werkster de psychiatrische patiënt, zoals deze leeft op de afdelingen, leerde kennen. Achteraf kan men zich afvragen waarom eigenlijk. De afdelingservaring zal misschien niet verloren zijn, maar de conflicten die het gevolg waren van deze introductie zijn we nog maar net te boven.

Voor de patiënten bleef de maatschappelijk werkster nog lange tijd een soort zuster, terwijl dat natuurlijk niet de bedoeling kan zijn geweest van het binnenhalen van een andere discipline. Sommige patiënten hebben haar lange tijd als zuster aangesproken en wisten dan ook niet hoe de maatschappelijk werkster tegenover hen stond en hoe de maatschappelijk werkster tegenover de familie van patiënten stond. Ook de verplegenden stonden argwanend en