

COMMUNICATIE EN INFORMATIE *als eis voor een vruchtbare samenwerking van de vrijgevestigde zenuwarts met de Sociaal Psychiatrische Dienst en de Psychiatrische Kliniek*

door Dr. A. L. DIERCKS, zenuwarts te Amsterdam

Indien ik heden voor U spreek als woordvoerder voor de zelfstandig werkzame óf vrijgevestigde óf eigen risicodragende zenuwartsen, moeten wij ons realiseren, dat ik daarbij niet kan optreden als vertegenwoordiger van een homogene groep. Daarvoor zijn de verschillen in praktijkvoering waarschijnlijk te groot. Toch wil ik bij deze bespreking uitgaan van eigen praktijkervaringen, welke ik in de afgelopen 20 jaar heb opgedaan om langs deze weg te komen tot de formulering van vragen, die onzerzijds in het belang van een efficiënte samenwerking kunnen worden gesteld. Een korte uiteenzetting van mijn wijze van praktijkvoering dient hieraan dus vooraf te gaan.

Ik ben, vooral de laatste jaren, voornamelijk werkzaam als psychiater-psychotherapeut. Klinische observatie vormt geen onderdeel van mijn werkzaamheden. Ongeveer de helft van mijn werktijd besteed ik aan de poliklinische verzorging van ziekenfondspatiënten. Dit vindt plaats in mijn eigen polikliniekruimte in het Centrum van Amsterdam, alwaar door mij wekelijks 3 spreekuren worden gehouden. Sinds jaren beweegt het patiëntenbestand zich tussen de 500 en 600 zielen; dezen worden op geregelde tijden op afspraak terugbesteld. Per maand worden er 20 tot 30 nieuwe patiënten naar mijn polikliniek verwezen; na een intake wordt het psychiatrisch onderzoek van deze mensen verricht buiten de spreekuur-tijden.

De opgave waarvoor ik mij bij deze praktijkvoering gesteld zie, zou ik, met het oog op deze forum-bespreking, willen onderscheiden in drie onderdelen:

opgave 1: voorkómen dat de patiënt opgenomen zal moeten worden;

opgave 2: indien opname noodzakelijk is, zorgen dat dit zo spoedig en zo goed mogelijk gebeurt;

opgave 3: na ontslag uit de Psychiatrische Kliniek, de patiënt opvangen en het ingezet herstel bevorderen.

Voor de uitvoering van deze taken, waarbij men aan 1 en 3 de naam Voorzorg en Nazorg kan geven, is contact met de Sociaal Psychiatrische Dienst noodzakelijk. In Amsterdam treedt

als zodanig op de Afdeling Geestelijke Hygiëne van de Gem. Gen. en Gezondh. Dienst. Deze afdeling controleert, fienteert en distribueert de psychiatrische opnamen en heeft, mede ten behoeve van Voor- en Nazorg, de beschikking over een uitgebreid apparaat waaraan, naast administratieve krachten, psychiaters en sociale werkers verbonden zijn, die de daarvoor in aanmerking komende patiënten ook aan huis kunnen bezoeken.

Indien dus bij mijn werk contact met deze SPD noodzakelijk is, heb ik daarbij niet de bedoeling om mijn patiënt aan deze, overigens uitstekend werkende dienst, over te doen, al zal dit bij de effectuering van opname-aanvragen momenteel vaak noodzakelijk zijn. Integendeel, het gaat er juist om mij, bij de eigen behandeling van mijn eigen patiënt te verzekeren van de hulp en medewerking van collega's die technisch beter geoutilleerd zijn en sociaal ten opzichte van mijn patiënt een andere positie innemen.

De bereidheid tot samenwerking mogen wij, zoals wij hier allen bijeen zijn, aanwezig veronderstellen.

Maar wat zijn de mogelijkheden tot samenwerking?

Het betreft hier een terrein van ineenvloeiende en elkaar overlappende werksferen, waar een te antithetische houding snel een niemandsland rond de patiënt doet ontstaan.

Als bijdrage tot de discussie en meningsvorming hieromtrent wil ik U enige praktische punten voorleggen, ontleend aan ervaringen uit mijn eigen werksituatie.

Wat betreft opgave 1:

Het voorkomen van opname (voorzorg).

a) Mag de vrijgevestigde zenuwarts verwachten, dat door de SPD op een behoorlijk gedocumenteerd verzoek tot bepaalde voorzorgsmaatregelen door deze Dienst welwillend zal worden gereageerd? (Het hoeft niet altijd een poging tot afschuiven te zijn).

b) Mag de zenuwarts verlangen dat hem door de SPD bericht gezonden wordt omtrent de uitvoerbaarheid en het resultaat van het gevraagde?

c) Als het verzoek leidt tot huisbezoek bij de door hem behandelde patiënt, mag de zenuwarts dan verwachten, dat hem een kopie van het sociaal-psychiatrisch rapport wordt gezonden?

d) Een dergelijke wederzijdse informatie brengt mee dat in het algemeen met een enkel bezoek aan het spreekuur van de SPD-psychiater zal kunnen worden volstaan en dat aldaar geen medicatie zal behoeven te worden voorgeschreven.

Wat betreft opgave 2:

Het effectueren van de opname-aanvraag.

Van de zenuwarts mag worden verwacht, dat hij zijn collega-controleur zo volledig mogelijk informeert omtrent de redenen, die hem bij deze patiënt opname doen vragen. Ook in dit geval zijn er verschillende mogelijkheden.

a) De aanvraag tot opname wordt afgewezen. Mag de zenuwarts verlangen, dat de SPD hem dit meedeelt en hem informeert omtrent de motieven, die tot afwijzing hebben geleid?

Mag de zenuwarts, als hij de zorg voor deze patiënt zelf blijft dragen, een beroep doen op het apparaat van de SPD voor het uitvoeren van maatregelen, welke bij niet doorgaan van de opname urgent kunnen worden (vergelijk met het gestelde betreffende de Voorzorg)?

b) De aanvraag tot opname wordt aanvaard maar de opname zelf kan niet direct plaatsvinden (wachtlĳst). Mag de aanvragende zenuwarts verlangen, dat hem dit door de SPD wordt bericht en dat er overleg plaatsvindt omtrent de manier, waarop gedurende deze wachttijd de patiënt optimaal begeleid kan worden?

c) De aanvraag tot opname wordt aanvaard en direct geëffectueerd. Mag de aanvragend zenuwarts verlangen, dat hij door de SPD geïnformeerd wordt betreffende de inrichting of kliniek, waar zijn patiënt is opgenomen?

Mag de aanvragend zenuwarts verlangen, dat de door hem bij de aanvraag verstrekte gegevens als zodanig meegezonden worden naar de kliniek of inrichting waar zijn patiënt wordt opgenomen? In dit geval is dan de collega die in de kliniek de behandeling overneemt, op de hoogte van de naam van de zenuwarts die de patiënt voor de opname behandelde, en van diens bevindingen.

Dit laatste punt vormt een overgang naar de bespreking van opgave 3:

De verzorging van de patiënt na het ontslag uit het Instituut (nazorg).

Hier wordt de zenuwarts geconfronteerd met activiteiten zowel van de SPD als van de Instituten, voor zover deze een eigen nazorg-activiteit ontwikkelen.

Indien ergens, dan is het hier wel van het grootste belang, dat ruime reciproke communicatie en informatie wordt nagestreefd

om te voorkomen, dat instantie A denkt, dat instantie B wel zal doen, wat instantie C nodig vindt.

Een voorbeeld hiervan werd in het voorgaande reeds aangeduid: indien de inrichtings-geneesheer niet op de hoogte is van het bestaan van een behandelend zenuwarts, die de opname van de patiënt heeft aangevraagd, dan kan niet verwacht worden dat hij tijdens opname of bij ontslag contact met deze collega zal opnemen. In bepaalde gevallen kan het in het belang van de patiënt de voorkeur verdienen, dat de nabehandeling en nazorg in handen blijft van de gestichtsgeneesheer of wordt toevertrouwd aan een psychiater van de SPD (proefverlof na langdurige verpleging, plaatsing in een Tehuis, bedlegerige patiënten etc.). Mag de oorspronkelijk behandelende zenuwarts verlangen, dat hij in het overleg wordt betrokken en van het verloop op de hoogte wordt gehouden?

Ik wil het bij deze punten laten, maar ik ben mij ervan bewust, dat hieraan door mijn collega's nog wel enkele kunnen worden toegevoegd. Wij kunnen daarbij o.a. denken aan de plaats van de Universiteitskliniek en -polikliniek en aan de poliklinieken die door de Inrichtingen zijn geprojecteerd als onderdeel van de extramurale activiteit.

Ik neem aan, dat deze aanvullingen in de discussie naar voren zullen komen.

SAMENVATTING

Spreeker richt de aandacht op de problemen, die zich voordoen in de praktijkvoering van de vrijgevestigde zenuwarts bij de poliklinische behandeling van de psychiatrische patiënt.

Hij onderscheidt activiteiten verbonden aan:

a) Het voorkomen van opname, voorzorg.

b) Het effectueren van opname.

c) De behandeling na opname, nazorg.

Aan de hand van enkele concrete vragen, die door de vrijgevestigde zenuwarts aan zijn collega's, verbonden aan Sociaal Psychiatrische Dienst of Psychiatrische Kliniek kunnen worden gesteld, worden de moeilijkheden die zich in het raakvlak van de onderscheiden werkgebieden kunnen voordoen, toegelicht.

Indien deze 3 partners terecht voor zich een eigen arbeidsterrein afbakenen, dan is wederzijdse communicatie en informatie een onmisbare voorwaarde voor een vruchtbare samenwerking.

SUMMARY

In this paper attention was given to the problems inherent in the neuropsychiatric practice of the independent psychiatrist treating patients on an outpatients' basis. Differentiations are made into activities pertinent to:

1. prevention of psychiatric hospitalization;
2. effective hospitalization procedures;
3. aftercare in the post-hospitalization period.

In connection with some particular questions as to the function of the Social Psychiatric Service and the Psychiatric Hospital the difficulties encountered in the different areas of professional activity, are brought into focus.

In conclusion the importance is stressed of a clear conception of each of the three participants in community psychiatry of their specific areas of mental health care as a basis of fruitful cooperation.

DE PLAATS VAN DE PSYCHIATRISCHE INRICHTING IN HET TOTAAL VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

door J. P. DE SMET, geneesheer-directeur van het psychiatrisch centrum 'St. Willibrord' te Heiloo

De taak, welke ik op mij heb genomen om vandaag voor U een beschouwing te wijden aan de plaats van de psychiatrische inrichting in het totaal van de geestelijke gezondheidszorg is mij wel bijzonder licht gemaakt. Collega Jacobs met name gaf over dit thema reeds een voortreffelijke uiteenzetting, gepubliceerd in het september-nummer 1965 van het tijdschrift „Ons Ziekenhuis”. Met de inhoud en strekking van zijn artikel kan ik mij in grote lijnen verenigen en om niet in herhalingen te vallen zal ik mij ertoe beperken om enkele aspecten van zijn betoog nader onder de schijnwerper te brengen. Eerst enkele opmerkingen van algemene aard. In de Gezondheidsnota 1966, opgesteld door de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid dr. Veldkamp met zijn Staatssecretaris dr. Bartels wordt uitgegaan van de principiële stellingname, dat elke zieke recht bezit op een optimale medische hulpverlening. Ik versta in de formulering van dit beginsel een volkomen nieuw geluid en met name, dat men bij de concretisering van de hulpverlening zich allereerst richt op de patiënt, op diens medische noden en behoeften. Dit is wel degelijk een caesuur in de traditionele gang van zaken, waarbij men zich bij een kritische beschouwing niet kan onttrekken aan de indruk, dat het de patiënt was, die zich diende aan te passen bij het medisch verstrekkingspakket, hetwelk hem werd aangeboden en waarbij andere belangen dan die van de patiënt mede in het geding waren. Een van de belangrijkste oorzaken waardoor de bestaande werkelijkheid niet vol-