

OVER DE BEHANDELING VAN VOLWASSEN PSYCHIATRISCHE PATIENTEN

Een bijdrage in de discussie tussen psychiatrisch ziekenhuis, sociaal-psychiatrische dienst en vrij-gevestigde zenuwarts

door Dr. A. C. LIT, geneesheer-directeur van het Christelijk Sanatorium voor Neurosen en Psychosen te Zeist

In Nederland zijn sinds vele jaren vijf instanties betrokken bij de behandeling van volwassen psychiatrische patiënten, te weten de patiënt, de huisarts, de vrij gevestigde psychiater, de sociaal-psychiatrische dienst en het psychiatrisch ziekenhuis. Het is leerzaam om gedetailleerd na te gaan, welke relaties deze instanties onderling en met andere instanties onderhouden. De gebruikte getallen zijn ontleend aan schattingen m.b.t. de situatie in de provincie Utrecht.

De patiënt is al of niet lid van een gezin, van een werkgemeenschap, evt. van een kerkgenootschap en verder min of meer ingeburgerd in een wijk en heeft zo te maken met (achtereenvolgend of gelijktijdig) zijn huisarts, de wijkverpleegster, de gezinsverzorgster en evt. het kerkelijk maatschappelijk werk. Vervolgens met de vrij gevestigde psychiater, de klinisch psychiater, een hoofdzuster, eventueel een klinische maatschappelijk werkster en de psycholoog. Na zijn ontslag ontmoet hij dan de sociaal psychiater met zijn nazorg-zuster, eventueel met de gemeentelijke sociale dienst en een controlerend arts.

Als hierbij wordt aangetekend, dat hij kan veranderen van huisarts en specialist, dat heropnamen vaak niet in hetzelfde ziekenhuis plaatsvinden en dat bovendien diverse konsultatiebureaus zich over hem of over zijn gezin kunnen buigen, lijkt de chaos compleet. De patiënt dient een wachtkamer in te richten voor de deskundigen, die hem bijstaan. Bovendien hebben al deze deskundigen een uiteraard incompleet dossier over de patiënt.

De huisarts werkt in een dorp, een streek of in een deel van een stad. Vooral in het laatste geval kan hij zijn patiënten naar verschillende psychiaters verwijzen. Hij moet zich verstaan met 2 à 3000 patiënten, met enkele wijkverpleegsters, met enkele psychiaters en minstens 3 sociaal psychiaters en hun staf. Vervolgens met meerdere ziekenhuizen met hun groeiend aantal extra-murale werkers, met controlerende artsen en met diverse sociale instanties, van gemeente en provincie.

De psychiater heeft weer een groter rayon en ontvangt veel patiënten van veel huisartsen. Van persoonlijk en intensief contact met de verwijzende huisarts is veelal geen sprake. Verder werkt de psychiater vaak als een eenling. Veel minder vaak dan de huisarts weet de psychiater wat in huis en werk om de patiënt heen gebeurt. Toch heeft ook hij veel contacten, namelijk met zijn patiënten, met tientallen huisartsen, met 3 sociaal-psychiaters en hun staf, met 5 psychiatrische ziekenhui-

zen, met kontrolerende artsen en diverse sociale instanties.

De sociaal-psychiatrische diensten werken stedelijk of provinciaal en veelal verzuild, zij hebben weer wel de mogelijkheid van contact met het milieu, maar, gezien de grootte van de rayons, vaak te oppervlakkig. De diensten moeten zéér veel kontakten onderhouden m.b.t. de volwassen psychiatrische patiënt: met enkele duizenden patiënten, met 300 huisartsen, 5 psychiatrische ziekenhuizen en ongeveer 20 psychiaters. Vervolgens met vele rust- en verpleeghuizen, beschuttende werkplaatsen, gemeentelijke en provinciale sociale diensten en bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden, alcoholisme, etc. Al deze kontakten moeten de sociaal-psychiatrische diensten onderhouden naast de kontakten op hun talrijke andere arbeidsterreinen.

De klinische instituten zijn, met enkele uitzonderingen, gevestigd op een vele jaren geleden verworven natuurreservaat, ordeloos verspreid over het land en vaak op grote afstand van woonkernen. Hun opnamebeleid is niet uniform. Hun opnamecapaciteit is zelden in overeenstemming met de regionale behoefte. De klinische instituten hebben vaak een levensbeschouwelijke oorsprong, hoewel dit in hun opnamebeleid weinig of niet tot uitdrukking komt. En tenslotte, veel psychiatrische instituten hebben een opname-arsenaal, dat verre de provinciale grenzen overschrijdt.

De psychiatrische ziekenhuizen moeten nauwe verbindingen onderhouden (schriftelijk of mondeling) met zeer veel huisartsen en met veel sociaal-psychiatrische diensten, d.w.z. in veel gevallen met sociaal-psychiatrische diensten in verschillende provincies en steden, vaak nog verdeeld naar levensbeschouwing. Verder met vrij-gevestigde psychiaters, sociale werkplaatsen, sociale diensten van vele gemeenten, talloze ziektekostenverzekeraars met hun kontrolerende instanties en met bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden, alcoholisme, kinderscherming, reklassering etc.

Als nu gekonstateerd wordt, dat de kommunikatie tussen deze 5 instanties niet volgens vaste regels verloopt, kan mathematisch worden benaderd, hoeveel kommunikatie-lijnen er theoretisch mogelijk zijn als er b.v. in de provincie Utrecht 325 huisartsen, \pm 20 psychiaters, 3 sociaal-psychiatrische diensten en minstens 5 klinische instituten werkzaam zijn. Als daarbij worden geteld de kontakten, die de spd's en de klinische instituten ook nog buiten de provincie moeten leggen en onderhouden, nadert het aantal verbindingslijnen het oneindige. Dat al deze verbindingswegen kriskras worden belopen, wordt, als de bovenstaande opsommingen niet overtuigend genoeg zijn, duidelijk, als nagegaan wordt, op hoeveel wijzen één patiënt van de ene bij de andere instantie kan geraken. Hierbij kan evenmin naar een mathematische volledigheid worden gestreefd.

| patiënt | huisarts | psychiater | psychiatr. ziekenhuis | sociaal- psych. dienst | H.A. |
|---------|----------|------------|--------------------------|------------------------------|-------|
| 1 | _____ | ○ _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2 | _____ | ○ _____ | ○ _____ | _____ | _____ |
| 3 | _____ | ○ _____ | _____ | ○ _____ | _____ |
| 4 | _____ | ○ _____ | ○ _____ | ○ _____ | _____ |
| 5 | _____ | _____ | ○ _____ | _____ | _____ |
| 6 | _____ | _____ | ○ _____ | ○ _____ | _____ |
| 7 | _____ | ○ _____ | ○ _____ | _____ | _____ |
| 8 | _____ | _____ | _____ | ○ _____ | _____ |
| 9 | _____ | _____ | ○ _____ | ○ _____ | _____ |
| 10 | _____ | ○ _____ | _____ | ○ _____ | _____ |

Deze gang van zaken betekent continuïteit van behandeling zegt het opleidingsrapport van het Sociaal-Psychiatrisch Studiegezelschap. Maar wat is dan continuïteit? Waar blijft de verantwoordelijkheid voor één bepaalde patiënt? In welke andere tak van geneeskunde zou men deze verboddeling aanvaarden? Hoe is verdedigbaar dat van een ziekteproces iedere fase door een aparte specialist wordt bewaakt? Welke motieven gaan een rol bij de verwijzing spelen? Dit alles wordt nog onbegrijpelijk als men bedenkt, dat de sociaal-psychiater slechts een deel van zijn tijd kan besteden aan de volwassen psychiatrische patiënt. Men kan met ontzag vervuld worden, als men, weer in het bovengemelde opleidingsrapport, leest, wat een sociaal-psychiater moet doen. En dus moet kunnen! Het staat vast, dat het totaal van de behandelingsmogelijkheden en -moeilijkheden van de volwassen psychiatrische patiënt zeer breed en zeer ingewikkeld is geworden. Maar ook staat vast, dat de organisatie, samenhang en effectiviteit van de geboden hulp niet optimaal kan zijn. De vier hulpgevende instanties — huisarts, psychiater, sociaal-psychiatrische dienst en ziekenhuis — hebben hun geschiedenis van ontstaan en groei. Zij dreigen, ondanks alle inspanningen, nu uit elkaar te groeien.

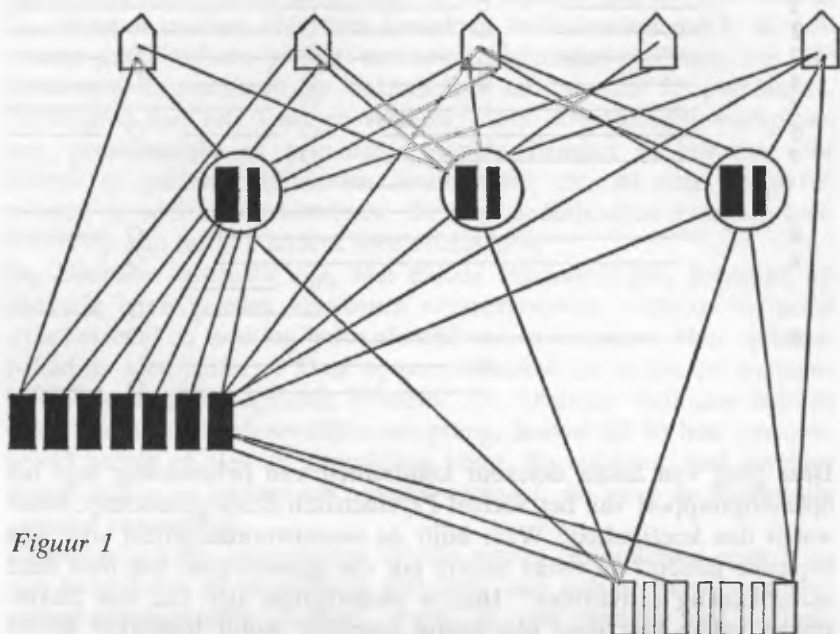
Een overzicht van het bijna onontwarbaar geheel van mogelijke verbindingslijnen geeft figuur 1 op blz. 136.

De huisjes zijn de 5 psychiatrische ziekenhuizen.

De cirkels stellen de sociaal-psychiatrische diensten voor, waarin werken de sociaal-psychiater en de B.-nazorgzuster. (resp. de brede en de smalle donkere rechthoek).

Daaronder zijn geplaatst enkele van de 25 praktizerende psychiaters in de provincie Utrecht en daaronder de huisarts en de wijkverpleegster (de brede resp. de smalle witte rechthoek).

Wie de moeite neemt, alle mogelijke verbindingslijnen tussen deze instanties te trekken, ervaart duidelijk de onmogelijkheid van de huidige situatie.



Figuur 1

Wat boven is beschreven is een status quo. Maar moet een verdere ontwikkeling uitgaan van een status quo, omdat deze zo gegroeid is? Of moet een verdere ontwikkeling worden geleid door de eisen, die aan elk goed verlopend proces moeten worden gesteld?

In punten verdeeld is de status quo als volgt:

- 1 Een behandeling van psychiatrische patiënten is in deze tijd zonder diepgaande sociale kennis en bemoeienis niet mogelijk.
- 2 De huisarts, het eerste echelon, is onmisbaar, maar is in sociaal-psychiatrisch opzicht onderontwikkeld, d.w.z. niet geschoold en niet geoutilleerd.
- 3 De vrij gevestigde psychiater, tweede echelon, is eveneens onmisbaar, maar is ook in sociaal-psychiatrisch opzicht ten eerste ongeschoold en ten tweede niet geoutilleerd.
- 4 Veel psychiatrische ziekenhuizen zijn, met uitzondering van de in aantal snel groeiende afdelingen van algemene ziekenhuizen, ordeloos over ons land verspreid.
- 5 De sociaal-psychiater is onmisbaar en is op sociaal-psychiatrisch terrein ingewerkt en geoutilleerd (de B-nazorg-verplegenden). Zijn taak stelt hij echter zo breed, dat de voor- en nazorg van volwassen psychiatrische patiënten slechts een deel van zijn aandacht krijgt. M.a.w. hij werkt niet als kategoriale specialist, zoals de ziekenhuispsychiater en veelal de vrije psychiater, maar heeft voor zich een

breed terrein van sociale activiteiten (zie het opleidingsrapport van het Sociaal-Psychiatrisch-Studiegezelschap!).

- 6 De behandeling van de volwassen psychiatrische patiënt is niet continu, maar verknipt in fasen, die o.m. afhankelijk zijn van de ernst van zijn ziekte en van zijn verblijfplaats.
- 7 Over al deze fasen bestaan dossiers met veelal moeilijk overdraagbare gegevens.
- 8 Aantal en lengte van de verbindingswegen tussen de behandelende instanties zijn ontoelaatbaar groot.
- 9 Huisarts en vrij gevestigde specialist hebben tot nu toe nauwelijks aan de discussie deelgenomen.

Al deze feiten zijn bekend en hebben geleid tot een eindeloze discussie. Een recent voorbeeld is het 'groene rapport' van het Katholiek Nationaal Bureau voor de Geestelijke Gezondheidszorg, met de daarop verschenen reactie.² Daarin is de regionalisatie-gedachte sterk benadrukt. Maar uit de discussies is eveneens gebleken, dat deze in ons land niet is door te voeren om redenen, waarop hier niet dieper wordt ingegaan, omdat een andere weg wordt bewandeld dan het voetstoots accepteren van de bekende alternatieven, zoals het oprichten van Regionale Instituten voor de Geestelijke Volksgezondheid, het omvormen van de psychiatrische inrichtingen tot algemene psychiatrische centra of het onderbrengen van de psychiatrische inrichtingen bij de sociaal-psychiatrische diensten.

Het is juister, uit te gaan van de belangrijke eisen, waaraan de behandeling van volwassen psychiatrische patiënten moet voldoen.

Deze zijn:

- 1 Vrije keuze van arts.
- 2 Gespecialiseerde deskundigheid en ervaring van de arts, die zich dus uitsluitend bezighoudt met volwassen psychiatrische patiënten.
- 3 Bekendheid mét en dus mogelijkheid van beïnvloeding van het milieu (gezin, wijk, werk).
- 4 Continuïteit van de persoonlijke therapeutische verantwoordelijkheid van arts t.o.v. zijn patiënt.

Als wij deze eisen strikt stellen, blijkt geen van de 4 behandelingsinstanties hieraan te voldoen. Een blik op het navolgende staatje geeft een indruk:

| eis nummer | 1 | 2 | 3 | 4 | grove score |
|-------------------------------|---|---|---|---|-------------|
| huisarts | + | — | ± | + | 2½ |
| psychiater | + | + | — | ± | 2½ |
| psychiatrisch ziekenhuis | — | + | ± | — | 1½ |
| sociaal-psychiatrische dienst | — | ± | + | — | 1½ |

Huisarts en psychiater komen er het beste af, maar missen resp. de belangrijke aspecten van deskundigheid en milieu-beïnvloeding. Ziekenhuis en Sociaal-psychiatrische dienst ontlopen elkaar niet veel en

voldoen geen van beide aan zeer belangrijke eisen. Daarbij heeft het psychiatrische ziekenhuis vóór op de sociaal-psychiatrische dienst, dat het zich uitsluitend bezighoudt met volwassen psychiatrische patiënten. Dit alles ziet er zeer schematisch en onwerkelijk uit. Maar is schematisering niet de enige mogelijkheid om in deze woestijn een weg te vinden? Uit dit staatje blijkt, dat het psychiatrisch ziekenhuis en de sociaal-psychiatrische dienst de minste aanspraken kunnen maken op integrale behandelings-mogelijkheden. Het psychiatrisch ziekenhuis, als het niet de grote pretentie van 'centrum' voert, is duidelijk alleen maar geschikt voor de behandeling van de ernstigste fase van het ziekte-(of genezings-) proces. Als het psychiatrisch ziekenhuis aan meer van de boven gestelde eisen wil gaan voldoen, zullen zij in hun staf alle praktiserende psychiaters moeten gaan opnemen, die hun eigen patiënten in alle fasen van het ziekte-proces volgen en die dus op hun polikliniek, soms bij de patiënt thuis en vervolgens in enkele psychiatrische en algemene ziekenhuizen bedden in verschillende paviljoens zullen hebben. Een situatie, vergelijkbaar met de Engelse consultant. Maar daar hoort bij een strikte regionalisatie om één ziekenhuis: in Nederland een onmogelijkheid.

Om deze reden is ook de sociaal-psychiatrische dienst ongeschikt. Deze moet bovendien nog, naast zijn kennis van de volwassenen-psychiatrie, alles afweten van alle andere psychiatrische problemen met hun sociale grensgebieden. De huisarts kan aan de integrale eisen evenmin voldoen als de zenuwarts. De eerste door onkundigheid en gebrek aan klinische behandelingsmogelijkheden. De laatste door gebrek aan sociale 'power', en door de onmogelijkheid om zowel klinisch als in vele poliklinische instituten te werken.

Het is begrijpelijk dat de discussies in Nederland vast zijn gelopen. De wegen, die tot nu toe zijn aangewezen, zijn onbewandelbaar. Er zijn alleen oplossingen met onaanvaardbare compromissen.

Toch kan schematisch werken een oplossing aanwijzen, die niet voor de hand ligt, maar die logisch volgt uit de gestelde eisen. Als wij deze eisen samenvatten in één, dan volgt: een efficiënte behandeling van volwassen psychiatrische patiënten dient bij voorkeur te geschieden door een met de lokale situatie vertrouwde deskundige, die zoveel mogelijk de continue therapeutische verantwoordelijkheid in zijn volle, dus ook sociale omvang, kan dragen.

Dit kan niet de huisarts zijn, niet de clinicus en niet de sociaal-psychiatrische dienst. Blijft over de zelfstandig werkende zenuwarts. Maar deze mist ten eerste de mogelijkheid continu verantwoordelijk te zijn, want vóór de patiënt bij hem komt, is hij onder behandeling van de huisarts en bij opname (als hij geen bedden heeft) bij het psychiatrische ziekenhuis. Het eerste is echter niet belangrijk. Als de patiënt onder verantwoordelijkheid staat van de huisarts, is hij óf geen psychiatrische patiënt, óf een patiënt, die de huisarts zelf, al of niet met adviezen, kan behandelen. Noodzakelijk blijft dan, dat in sommige gevallen de

huisarts de therapeutische verantwoordelijkheid overdraagt aan de zenuwarts. Ook bij opname dient dan overdracht te geschieden, als de zenuwarts de passende klinische mogelijkheden mist.

Maar veelal is een klinische opname een tijdelijke zaak. In de meeste gevallen toch strekt de ambulante behandeling (vóór en na opname, of zonder opname zeker) zich gemiddeld over langere perioden uit dan de klinische. Maar een belangrijker gebrek van de zenuwarts is, dat hij noch opgeleid is *in*, noch praktische mogelijkheden bezit tot beïnvloeding van de sociale situatie van de patiënt. Hierin behoeft hij scholing en mankracht. Scholing is nu opgenomen in de opleiding, en zal dus de toekomstige zenuwartsen bewuster maken van de situatieve verhoudingen rondom de patiënt. Maar dan nog mist de psychiater de figuur, die adequate rapportering en begeleiding van de patiënt in de maatschappij pas mogelijk maakt: de B-nazorg-zuster en/of de psychiatrisch-sociaal werker. Zou hij de beschikking hebben over deze figuur, dan voldoet hij formeel aan praktisch alle vier gestelde eisen. In de praktijk zal het al vele malen gebeuren, dat de partikuliere psychiater incidenteel de hulp inroept van de nazorg-zuster. Maar waarom incidenteel? Vroeger werkte de huisarts ook zonder wijkverpleegster. Ik vraag me wel eens af, waarom niet iedere huisarts een wijkverpleegster in zijn dienst heeft. En waarom zou niet iedere zenuwarts zijn praktijk uitoefenen met een B-verpleegster met het B-nazorg-diploma naast zich? Hoe de formele relatie tussen die twee zal kunnen zijn is een ander probleem.

Voortgaande op deze gedachtengang m.b.t. de volwassen psychiatrische patiënt, zou de volgende situatie denkbaar zijn: een patiënt, die psychiatrische hulp behoeft wordt al of niet geadviseerd door een psychiater, door zijn huisarts behandeld. De psychiater neemt, als de behandeling een specialistische moet zijn, de behandeling en de verantwoordelijkheid over en laat zich bij de behandeling adviseren door de met de lokale situatie vertrouwde huisarts en schakelt zo nodig bij onderzoek en behandeling de in zijn rayon naast hem werkende nazorg-zuster in. Deze situatie blijft werken tot herstel, of tot opname noodzakelijk is. In het eerste geval gaat de behandlungsverantwoordelijkheid naar de huisarts terug, al of niet nog gesteund door dezelfde nazorg-zuster.

In het tweede geval neemt de psychiater op in het algemene ziekenhuis, waar hij een afdeling heeft, of in een psychiatrisch ziekenhuis met een gesloten staf. Maar vóór opname plaats vindt, blijft de behandeling en de verantwoordelijkheid berusten bij de huisarts of psychiater (nooit beiden tegelijk!) gesteund door de nazorg-zuster.

Lijkt deze situatie niet zeer sterk op de situatie die in allerlei recente studies over de toekomstige organisatie van de volksgezondheid wordt ontworpen? Ik denk aan het begrip home-team of geneeskundige basis-eenheid, opgebouwd in intensieve samenwerking van de geneeskundige en de sociaal-medische werkeenheden (Van Loon in het maandblad van het Wit-gele kruis).³ Voor een verdere uitwerking van de gedachten-

gang verwijs ik naar dit artikel. De door Van Loon geschetste structuur voldoet in bijna alle opzichten aan de gestelde eisen. De arts blijft persoonlijk verantwoordelijk. De verantwoordelijkheid wordt niet gedelegeerd aan een 'lichaam'. De verantwoordelijke arts werkt niet alleen, maar laat zich adviseren (huisarts, psychiater) of helpen (wijk- of nazorg-zuster).

De geestelijke gezondheidszorg, waarbij ik mij terwille van de helderheid weer beperk tot de zorg voor de volwassen psychiatrische patiënten, bestaat dan uit eenvoudige en levendige structuren met overzichtelijke verbindingslijnen.

- I. De basis-eenheid, de medische werkers in de directe omgeving van de patiënt: huisarts en wijkverpleegster (1e echelon) en psychiater met B-nazorg-zuster (2e echelon).
- II. Het klinische instituut, dat door de werker van de basis-eenheid wordt gekozen voor de (tijdelijke) klinische behandeling: 3e echelon.

De zorg voor de volwassen psychiatrische patiënt is dan op zuiver medische gronden helder gestructureerd, en wel als volgt:

1e echelon, bestaande uit huisarts en wijkverpleegster, d.i. de niet-gespecialiseerde hulp.

2e echelon, bestaande uit psychiater en B.-nazorgzuster of psychiatrisch sociaal werkster, de gespecialiseerde zorg.

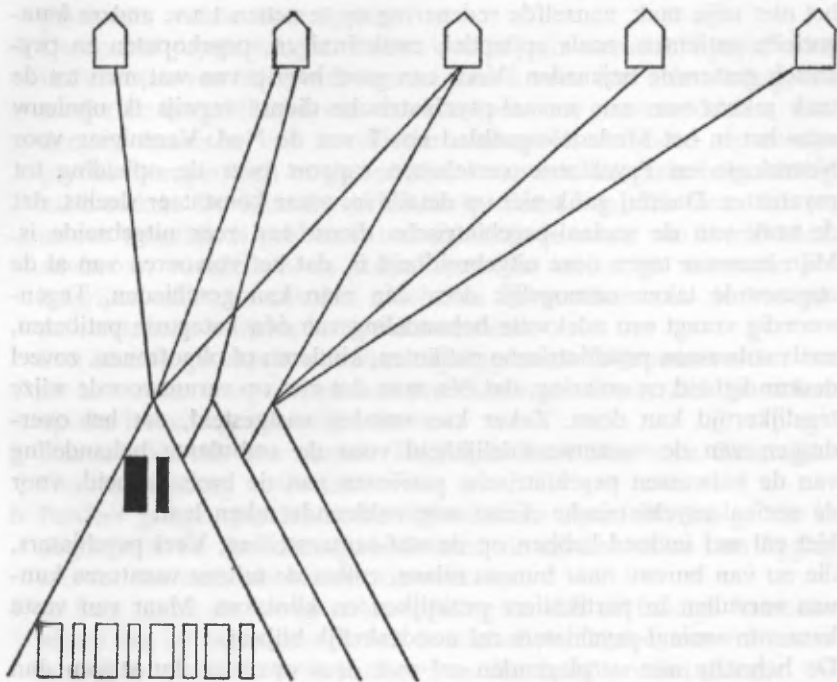
Deze 2 echelons tezamen vormen dan de boven aangeduide basis-eenheid.

3e echelon, gevormd door het psychiatrisch ziekenhuis. Deze zorg kan men superspecialistisch noemen. Want ik kan mij, na vele jaren werk in de psychiatrie, steeds minder aan de indruk onttrekken, dat de klinische psychiatrie met haar vele varianten andere eisen stelt aan haar beoefenaars dan de poliklinische of ambulante psychiatrie.

Een indruk van de geschetste structuur geeft figuur 2. Hierin mist men talrijke verbindingslijnen, die figuur 1, waren zij alle getrokken, tot een zwart warnet van lijnen zouden hebben gemaakt.

In figuur 2 onderscheiden wij de driehoek van de basis-eenheid, waarin werken de huisartsen en wijkverpleegsters (weer resp. de brede en de smalle witte rechthoek), wellicht in de nabije toekomst in een groepspraktijk, en de psychiater, bijgestaan door een sociale werkster of B.-nazorg-zuster (resp. de brede en de smalle rechthoek), geadviseerd door een regionaal werkende sociaal-psychiater.

Van deze basis-eenheden lopen dan eenvoudige verbindingslijnen naar de klinische centra. Deze structuur sluit niet uit, dat sommige klinische instituten, daartoe uitgenodigd door lokale of regionale omstandigheden, zich ontwikkelen tot een psychiatrisch centrum en ook de ambulante psychiatrie aan zich trekken. Maar dan is zonder meer duidelijk dat deze centra actief zijn in twee echelons, te weten het 2e en het 3e.



Figuur 2

Het is echter voor mij een open vraag, of deze ontwikkeling een dwingende noodzaak is, als de psychiatrische ziekenhuizen verzekerd zijn van het feit, dat de patiënten, door hen ontslagen, de medische en sociale begeleiding op het 2e echelon krijgen, die zij behoeven.

De brug tussen klinisch instituut en de basis-eenheid wordt dan gevormd door de nazorg-zuster, die de patiënt al vanuit de basis-eenheid kent, contact blijft leggen tijdens de opname en die hem begeleidt naar huis onder verantwoordelijkheid van de door de klinicus voorgelichte psychiater in de basis-eenheid.

Het geforceerd opbouwen van machtige regionale instituten is dan niet nodig. Het afbreken van perifere psychiatrische ziekenhuizen en herbouwen in en tot centra is niet nodig. Kategorale en kleine en grote algemene psychiatrische instituten kunnen blijven bestaan. En verder heeft het idee van de basiseenheid een vanzelfsprekendheid, die het in het K.N.B.G.G.-rapport geschetste Regionaal Instituut voor de Geestelijke Gezondheidszorg ten enen male mist. Blijft over het antwoord op de vraag, die de sociaal-psychiaters al lang op de tong brandt: En wij dan? Het voorgaande voert niet tot de konklusie dat de sociaal-psychiatrische dienst een overbodig instituut wordt. Wel, dat de sociaal-psychiatrische dienst geen directe verantwoordelijkheid draagt bij de behandeling van de volwassen psychiatrische patiënt. Hierbij acht ik

het niet mijn taak, eenzelfde redenering op te zetten t.a.v. andere categorieën patiënten, zoals epileptici, zwakzinnigen, psychopaten en psychisch gestoorde bejaarden. Voor een goed begrip van wat men tot de taak rekent van een sociaal-psychiatrische dienst verwijs ik opnieuw naar het in het Mededelingenblad no. 7 van de Ned. Vereniging voor Neurologie en Psychiatrie verschenen rapport over de opleiding tot psychiater. Daarbij ga ik niet op details in, maar constateer slechts, dat de taak van de sociaal-psychiatrische dienst een zeer uitgebreide is. Mijn bezwaar tegen deze uitgebreidheid is, dat het volvoeren van al de opgesomde taken onmogelijk door één man kan geschieden. Tegenwoordig vraagt een adequate behandeling van één categorie patiënten, zoals volwassen psychiatrische patiënten, kinderen of oligofrenen, zoveel deskundigheid en ervaring, dat één man dat niet op verantwoorde wijze tegelijkertijd kan doen. Zeker kan worden vastgesteld, dat het overdragen van de verantwoordelijkheid voor de ambulante behandeling van de volwassen psychiatrische patiënten aan de basis-eenheid, voor de sociaal-psychiatrische dienst nog voldoende taken laat.

Het zal wel invloed hebben op de staf-samenstelling. Veel psychiaters, die nu van bureau naar bureau reizen, zullen de talloze vacatures kunnen vervullen in particuliere praktijken en klinieken. Maar een vaste kern van sociaal-psychiaters zal noodzakelijk blijven.

De behoefte aan verplegenden zal met deze opzet eerder stijgen dan dalen, omdat zij meer ter beschikking moeten staan van zowel huisarts als psychiater.

Over de wijze van samenwerking en het dienstverband kan in dit zeer premature verband nauwelijks worden gespekuleerd. Het lijkt mij zeer wel mogelijk, om, zoals ook Van Loon suggereert, de nazorg-zuster organisatorisch te laten bij een sociaal-psychiatrische dienst, die hen, zoals de kruisverenigingen hun wijkverpleegsters, ter beschikking stelt aan de basis-eenheid. Een zeer belangrijke taak zou dan de sociaal-psychiatrische dienst t.o.v. deze zusters houden: bij voortdurende scholen, coachen en adviseren.

Het is niet mogelijk, zonder nadere toetsing deze gedachtengang verder uit te werken en te detailleren. Wel is het mogelijk nog eens enkele voordelen van het systeem op te sommen:

- 1 De verantwoordelijkheid voor het welzijn van een volwassen psychiatrische patiënt berust in principe en zo lang mogelijk bij deskundigen in zijn directe omgeving en niet bij een 'dienst' of vergelegen centrum.
- 2 De verbindingswegen tussen de om één patiënt geschaarde instanties verminderen drastisch in aantal, en worden zowel kort als overzichtelijk en vanzelfsprekend.
- 3 De vrij gevestigde psychiater wordt uit het isolement van spreekkamer en polikliniek gehaald en kan de patiënt in en met zijn totale situatie zien, onderzoeken en beïnvloeden. Een eind komt aan de onzinnige situatie, dat de psychiater pillen voorschrijft en de sociaal-

psychiater sociale maatregelen.

- 4 De sociaal-psychiatrische dienst verliest zijn tweeslachtigheid door het afstoten van de verantwoordelijkheid voor een behandeling, die zonder de mogelijkheid van voorschrijven van geneesmiddelen, zonder het hanteren van somatische onderzoek-methoden en zonder psycho-therapie toch nooit het ideaal van een integrale behandeling zal bereiken. De sociaal-psychiatrische dienst kan zich meer dan tot nu toe mogelijk is gebleken, toeleggen op de taken van bemiddelen, adviseren, voorlichten en konsulteren. En verder de uitermate belangrijke taak van scholen, adviseren en coachen van de sociaal-psychiatrische werkers in de basis-eenheid. Een interessant aspekt van deze regeling is het dubieuzer worden van de noodzaak voor een sociaal-psychiatrische dienst, zich te stellen op een levensbeschouwelijke basis.
- 5 Het schrikbeeld van massale Regionale Instituten voor Geestelijke Gezondheidszorg verdwijnt.
- 6 Perifeer gelegen psychiatrische ziekenhuizen lopen niet het gevaar te degraderen tot tweederangs-instituten, als zij zich door hun ligging niet tot een centrum kunnen ontwikkelen.
- 7 In feite houdt de voorgestelde regeling in, dat de huidige bemoeienissen van de psychiater en van de sociaal-psychiater, met volwassen ambulante psychiatrische patiënten in één hand worden gelegd.

SUMMARY

The medical and social care of the individual psychiatric patient in the Netherlands is in the hands of three kinds of psychiatrists: the clinical worker, the social psychiatrist and the psychiatrist with a private practice or working in an out-patient department.

This splitting-up of psychiatric care is subject to many discussions, especially in the last decade.

Several solutions of this problem are propagated.

This paper is an attempt to renew the discussions with a proposal to integrate the extra-mural care, now done by the social psychiatric service and in private practice, in the hand of only one psychiatrist. This must be possible, if this psychiatrist has at his permanent disposal a psychiatric social worker or a nurse, trained in social-psychiatrical work.

In this way the number of psychiatrists, taking care of the psychiatric individual in the different periods of his illness, can be reduced to two, of which one is working in the hospital and the other in close cooperation with a group of family doctors in the way of a home-team. This also can make an end to the puzzling multitude of contacts, necessary in the present-day situation.

LITERATUUR

- 1 'Rapport van het Sociaal-Psychiatrisch Studiegezelschap voor de Opleidingscommissie van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie en Psychiatrie'. Mededelingenblad no. 7, 1967.
- 2 *Geestelijke Gezondheidszorg — Structuur en Organisatie*. Katholiek Nationaal Bureau voor de Geestelijke Gezondheidszorg. Utrecht 1964.
- 3 Van Loon, P. C. J.: 'Op weg naar een nieuwe structuur'. *Katholieke Gezondheidszorg* 35, 1966, 364.