

DE PSYCHIATRISCHE HULPVERLENING

door dr. R. ZIJLSTRA

De instituten, die zich in Nederland bezig houden met medische hulp aan geestelijk hulpbehoevenden vertonen een *belangrijke differentiatie*. Wij kennen o.a. inrichtingen voor zwakzinnigen, epileptici, neuroselijders, psychopaten, geestelijk gestoorde bejaarden. Naast de vraag of deze differentiatie wenselijk dan wel noodzakelijk is doet zich de vraag voor naar de juistheid van de basis er van, nl. de diagnostiek, die aan de gedachten van Kraepelin ontsproot.

Er is ook nog een andere indeling mogelijk, meer gebaseerd op de wijze van werken: poliklinieken, klinieken, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, „gewone” psychiatrische inrichtingen, psychiatrische dagziekenhuizen, sluisinternaten, gezinsverpleging. Wellicht mogen de beschuttende werkplaatsen hier ook bij worden genoemd.

Ten aanzien van de „gewone” psychiatrische inrichting moet worden vooropgesteld, dat deze „all round” is, d.w.z. in principe alle soorten psychisch gestoorde kan helpen. Uiteraard gebeurt dit binnen de muren van de inrichting, maar juist datgene, wat hierbij veelvuldig ontbreekt is voldoende uitzicht naar buiten. De Sociaal Psychiatrische Dienst kan dit uitzicht — door welke oorzaken dan ook — slechts spaarzaam en incidenteel verzorgen. In de inrichting is van de sociale condities van de patiënt en zijn familie meestal veel te weinig bekend; vaak is de organisatie van de inrichting er ook niet op ingesteld om dit allemaal na te gaan. Een hoog tempo van de therapie is tegelijkertijd dwang en mode. Pogingen om het oorlogsfrontkarakter (Baan) aan de gang van zaken te onttrekken gelukken slecht. Overigens mogen wij in Nederland niet ontevreden zijn: binnen de muren van de inrichting vinden de nieuwste methodes bestudering en toepassing; de Nederlandse inrichtingspsychiatrie ondervindt konstant buitenlandse belangstelling en waardering. Toch dreigt men in twee opzichten achterop te geraken:

- a) De verpleegden worden nog te veel ingedeeld volgens de principes van geslacht oppervlakkig beoordeeld gedrag (rust, onrust) en diagnose, terwijl er nog te veel massificatie is; de persoonlijkheid van de verpleegde komt niet voldoende tot zijn recht, en met name niet het zuiver eigene, waaraan in de individuele behandeling wordt geappeleerd;
- b) de nadruk valt te veel op de socialisatie van de verpleegde in de inrichting (eigenlijk zou dit onbelangrijk moeten zijn, want slechts tijdelijk nuttig), terwijl de sociale aanpassing naar bui-

ten (aanpassing aan de normale samenleving) te weinig gekend en nagestreefd wordt;

- c) de functionele relaties van de instituten onderling verdienen in toenemende mate de aandacht. De in de aanhef geschetste differentiatie van instituten zal geen verstarrende faktor mogen worden. Men dient er zich van bewust te zijn dat het belang van de zieke steeds onvoorwaardelijk voorop staat. De zieke moet dáár worden verpleegd, waar de beste verpleging en de grootste kansen op genezing voor hem persoonlijk te verwachten zijn. Niet alleen de diagnose speelt daarbij een rol. Theoretisch kan worden aangenomen, dat in de loop van de ziekte meer dan één instituut deze maximale hulp zal kunnen verschaffen. Praktisch behoort in ons land de overplaatsing van het ene instituut naar het andere echter niet tot het gangbare werksysteem van de instituten (behalve de universiteitsklinieken en nog enkele anderen). Gaarne pleit ik voor een veelvuldiger uitwisseling van patiënten tussen de verschillende instituten onderling.

De Sociaal Psychiatrische Dienst (S.P.D.) is nog jong. In de dertiger jaren werd begonnen als nazorgdienst, terwijl ook een belangrijk stuk werk lag in de voorzorg (het voorkomen dat de zieke zou moeten worden opgenomen). Vrij spoedig werd de stelregel algemeen, dat de S.P.D. geen behandeling toepast. Dit zou immers onoverkomelijke moeilijkheden geven met de particuliere zenuwartsen. Toch is de discussie over dit punt nog niet tot een einde gekomen en er zijn aanwijzingen, dat de stelregel eigenlijk niet te handhaven is. Het komt trouwens voor, dat een breed opgezette S.P.D. een afdeling voor therapie heeft; in verpleeghuizen onder leiding van de S.P.D. wordt door de artsen van de S.P.D. zaalvisite gemaakt; aan huisartsen worden therapeutische adviezen verstrekt in noodgevallen als in de inrichtingen geen plaats is.

De problematiek waarmee de S.P.D. in aanraking komt is na de oorlog in de richting van het Maatschappelijk Werk duidelijk in omvang toegenomen (problemen rond huwelijk en gezin, arbeid, onderwijs, sociale verzekeringen, jeugd -en oudeliezenzorg). Voor sociale hulpverlening aan bepaalde soorten zieken (epileptici, zwakzinnigen) meent men soms het beste met daarop afgestemde Diensten te kunnen werken. De plaats van de S.P.D. ten opzichte van sluisinternaten, verschillende soorten van verpleegtehuizen en beschuttende werkplaatsen is nog niet overal scherp zichtbaar.

Steeds meer wordt deelgenomen aan het werk van Justitie en Reklassering. Geografisch liggen de werkterreinen van de Sociaal Psychiatrische Diensten zeer verschillend. Lang niet altijd vallen de grenzen van het werkterrein samen met die van een Gemeente

of Provincie. Zelfs binnen ruime funktionele marges zijn de Sociaal Psychiatrische Diensten niet gelijkvormig en niet gelijk georganiseerd. Het oude principe: Voor- en Nazorgdienst, bevredigt niet meer. Men is zoekende naar een nieuwe structuur en andere competenties.

In het grensgebied van Psychiatrische Inrichting (al dan niet gespecialiseerd) en S.P.D. ligt een aantal problemen, die voor een deel samenhangen met beider evolutie en gedeeltelijk wellicht ook het gevolg zijn van het feit, dat de ontwikkeling in Nederland enigszins anders verloopt, dan bijv. in internationale publikaties wordt aanbevolen (W.H.O. rapporten). De situatie is onbevredigend ten aanzien van de volgende punten.

- 1) De muur van de Psychiatrische Inrichting is te veel obstakel; Inrichting en Dienst kennen over en weer elkanders werk te weinig; er is te weinig kontakt en dit is veelal te oppervlakkig.
- 2) Bij opname ontvangt de inrichting te weinig informatie over de indikatiestelling en over de problematiek van de zieke; bij ontslag moet de S.P.D. zich redden met doorgaans te beknopte gegevens over persoonlijkheid en mogelijkheden van de zieke.
- 3) Tussentijds gewenste informaties over familie, relaties en sociale achtergronden vermag de S.P.D. niet snel -en niet gedetailleerd genoeg te verschaffen.
- 4) Het wezenlijke, zo duidelijk zichtbare verschil in functie en organisatie tussen inrichting en Dienst, accentueert de Inrichting als ultimum refugium, maakt de afstand tussen Inrichting en samenleving groter en versterkt het zo vermaledijde odium van de Inrichting.
- 5) Ofschoon een enkel Gemeentebestuur de S.P.D. nog wel eens wil gebruiken als kontrolerend orgaan voor de Inrichting, liggen hier praktisch geen moeilijkheden meer.

Er zijn een aantal factoren te vinden, die hebben bijgedragen tot de exacerbatie van de problematiek in het grensgebied.

- A) De stormachtige ontwikkeling van de psychiatrie (de multiconditionele diagnostiek; meer en betere methodes en geneesmiddelen).
- B) Het soort zieken wijzigt zich. Het aantal „echte” krankzinnigen neemt relatief af; het aantal hulpzoekenden met geestelijke moeilijkheden, en maatschappelijk deraillement, neemt toe.
- C) Steeds meer patiënten hebben gedurende slechts een gedeelte van de dag de direkte hulp van een Psychiatrische Inrichting nodig. Zij behoeven er niet permanent te verblijven. Sommigen zouden voldoende geholpen zijn met alleen dagverblijf (psychiatrische dagziekenhuizen) of alleen nachtverblijf (men vergeet niet, dat de nacht voor een aantal geestestoorden bij

zonder moeilijk is), weer anderen behoeven slechts een poliklinische behandeling. In Engeland heeft men reeds uitermate gunstige ervaringen met therapeutische bezoeken bij de patiënt thuis. Deze bezoeken geschieden vanuit een psychiatrisch centrum.

Uit een en ander kan men de konklusie trekken, dat de Psychiatrische Inrichting dusdanig zal dienen te evolueren, dat de hierboven geschetste vormen van hulp adaequaat verleend kunnen worden.

Het tegengestelde dreigt echter.

De hulp van de Psychiatrische Inrichting wordt meer en meer gezien als de allerlaatste hulp, die eerst in aanmerking komt als al het andere (vele adviezen van niet-artsen inbegrepen) zonder succes geprobeerd is en de last voor de huisarts te zwaar wordt. De Psychiatrische Inrichting schijnt te degraderen tot opberginrichting van chronische zieken en maatschappelijke non-valeurs. Het aanzien van de Psychiatrische Inrichting als levend ziekenhuis en bron van hernieuwde gezondheid brokkelt voortdurend af. De oprichting van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen schijnt dit alles nog weer in de hand te werken. Overigens tille men hier niet te zwaar aan: deze afdelingen betekenen niet veel meer dan verbetering van het werk van de partikuliere zenuwarts (die er altijd al geweest is en ook altijd zal blijven) en zullen in de meeste gevallen het peil van de Psychiatrische Inrichting niet kunnen bereiken. Dat enige Psychiatrische Inrichtingen over goede klinieken beschikken valt toe te juichen, maar wordt een tweesnijdend zwaard als buiten de kliniek in de rest van de Inrichting het opberg-principe gaat overheersen.

De S.P.D. — het mag duidelijk worden gesteld — heeft voor dit alles een open oog. Maar toch: waarom wordt iemand eerst voor opname voorgedragen, wanneer het thuis tot gevechten is gekomen of de zelfmoord voor de deur staat? De opname van een zieke in een algemeen ziekenhuis wordt ook niet uitgesteld tot het alleruiterste.

D) Personeelsgebrek.

Het tekort aan psychiaters (terwijl praktisch alle andere specialismen „vol” zijn) is een teken aan de wand. Met psychiatrisch sociale werkers staat het precies eender, om van de verplegenden nog maar te zwijgen. Het feit van het personeelstekort ligt er nu eenmaal, nog afgezien van de 45-urige werkweek. Het geldt zowel voor de Psychiatrische Inrichting als de S.P.D. Een van de oplossingen ligt in het werken met parttime personeel. Hier wordt ook weer duidelijk hoe belangrijk het is,

dat een Inrichting in of nabij een bevolkingscentrum gelegen is.

- E) De S.P.D. is in zekere zin onmachtig. Zo zou onder de gegeven omstandigheden de S.P.D. individueel therapeutische zorg en adviezen moeten kunnen verstrekken, hetgeen door de aloude stelregel principieel wordt belet. De ontwikkeling in de samenleving leidt er toe, dat de S.P.D. met uiteenlopende soorten werk overladen wordt.

Vlak buiten de muur van de Inrichting, in het grensgebied met de S.P.D. schijnt zich soms een verstikkende stuwning voor te doen van hulpzoekende mensen met al hun sociale verbanden. Daarnaast moeten ook de activiteiten van de S.P.D. op het gebied van commissoriale arbeid niet worden onderschat.

- F) Het Nederlandse systeem van psychiatrische hulp heeft organisatorisch gebreken. Teveel wat kan worden onderscheiden, wordt ook meteen scherp gescheiden. Er is een versnippering, waarbij te veel personen en instanties naast elkander werken en tegelijkertijd elkanders werkterrein overlappen.

Het is niet ongewoon dat zich met een bepaalde patiënt in een bepaalde fase meerdere doktoren, maatschappelijke werkers en eventueel ambtenaren bezig houden. Het belang van de patiënt staat niet steeds centraal. Er is een gevaarlijke — en ontoelaatbare verdeling van de verantwoordelijkheid voor de zorg voor de patiënt (Boswijk). Bovendien doen een aantal op zichzelf wel reële tegenstellingen een toenemend gevaarlijke invloed gelden: acuut-chronisch, kliniek-inrichting, opleidingsinrichting — niet opleidingsinrichting, overheid-particulier, therapeutisch — non therapeutisch.

Stemmen, die menen te kunnen voorspellen, dat de Psychiatrische Inrichting niet ver van overtolligheidsliquidatie af is, brengen geen oplossing evenmin als degenen, die in de toekomst voor de S.P.D. geen taak meer zien.

Voor direkt liggen er al grote mogelijkheden in veel uitgebreider verbanden tussen S.P.D. en Psychiatrische Inrichting. Men zal van elkanders werk veel intensiever moeten kennis nemen dan tot dusverre. Gezamenlijke staf- en teambesprekingen zijn dringend nodig, niet alleen in de Inrichting, doch ook op het bureau van de Dienst. Wanneer enigszins mogelijk dienen geregeld artsen en andere funktionarissen over en weer te worden gedetacheerd. En als het zo uitkomt, zou men de bemoeienis met een bepaalde patiënt rustig aan elkander moeten kunnen over laten, ongeacht waar deze zich bevindt. Het moge duidelijk zijn, dat deze gedachten niet gemakkelijk uitvoerbaar zijn, indien in een bepaalde area een aantal Sociaal Psychiatrische Diensten zonder onderling verband werkzaam is. Een andere algemene voorwaarde is, dat het

werk, nog meer dan thans, primair wordt afgestemd op de aard van de hulp, die de patiënt in zijn concrete situatie nodig heeft. Ten aanzien van de Psychiatrische Inrichting betekent dit, dat deze meer dan ooit naar buiten gericht- en tegelijkertijd binnen haar muren ziekenhuis en therapeutische gemeenschap zal moeten zijn. In de Inrichting is een hoge mate van differentiatie noodzakelijk in verschillende soorten zalen, afdelingen en gebouwen, zodat iedere patiënt op de voor hem gunstigste wijze wordt geholpen en behandeld. De gehele scala van observatie, lichamelijke behandeling, psychotherapie, arbeidstherapie, groepswork, kulturele-, socio- en bewegingstherapieën zal toepassing moeten kunnen vinden. Daarbij is een sterke dynamiek aanbevelenswaardig en een gemakkelijke overplaatsing van de patiënt van de ene afdeling naar de andere noodzakelijk.

Ik pleitte reeds voor een vlotte mutatie van patiënten tussen de inrichtingen onderling en wil de specifieke inrichtingen daar bepaaldelijk bij betrekken. Aangezien ik de aard van de hulp veel belangrijker acht, dan het etiket van de diagnose zie ik slechts een reden voor het bestaan van afzonderlijke specifieke inrichtingen (voor geestesgestoorde bejaarden, neuroselijders, epileptici etc.) indien bijzondere therapieën of bijzondere research een hoofdrol spelen. In andere gevallen ware aan te bevelen een dergelijke specifieke inrichting onderdeel te doen zijn van een „gewone” Psychiatrische Inrichting dan wel er organisatorisch en functioneel mede te verbinden (bijv. een psychosomatische afdeling, kinderafdeling, neuroseafdeling). Nadrukkelijk wil ik dit aanbevelen voor inrichtingen voor geestesgestoorde bejaarden. Wie geestesgestoord is, bij ouderdom of door ouderdom, vindt de beste hulp in een Psychiatrische Inrichting zodra intensievere bemoeienis nodig is. Weliswaar zou deze hulp kunnen worden verschaft in een eigen afdeling of paviljoen en misschien geheel niet op het terrein van het hoofdgebouw, maar een zeer nauw verband kan niet worden gemist op straffe van achterstelling van de geestesgestoorde oude.

Er zijn slechts twee groepen geestelijk hulpbehoevenden, waarvan ik moet wijzen op de noodzaak van eigen specifieke inrichtingen, ofschoon ik zulks voor de tweede groep met enige aarzeling stel. De eerste groep is die van de geestelijk defectueuze jeugdigen (tot plm. 21 jaar, en niet langer), waarvoor het pedagogische element zo overheersend belangrijk is, dat dit de gehele situatie bepaalt. De tweede groep is die van de uitgesproken criminelen. Ik ben hier wat weifelend mede, omdat iedere Psychiatrische Inrichting psychopaten moet kunnen verplegen. Bij „echte” criminelen gaan echter justitiële- en penitentiaire categorieën mee spe-

len en komen eisen naar voren, die in regelrechte strijd zijn met de moderne psychiatrische verplegingsprincipes — vandaar de onverenigbaarheid, die naar mijn overtuiging echter slechts reëel is in een gering aantal gevallen.

Ook voor psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, die altijd grote moeite zullen blijven hebben met het treffen van de juiste activerende sfeer en het verschaffen van allerlei specifieke therapieën, moge ik nadrukkelijk een samenwerking op de basis van allersterkste verbinding aanraden met een Psychiatrische Inrichting. Deze binding zal zich zeker moeten uitstrekken tot het personeel.

In alle nuchterheid moet vervolgens worden erkend, dat er een aantal zieken zullen blijven, die een minimale — of geen kans hebben, ooit in de maatschappij terug te keren. Hun behandeling zal, naarmate de tijd verstrijkt, hoe langer hoe meer gericht dienen te worden op een duurzaam verblijf in de inrichting, voorzover zij in een verzorgende gezinsverpleging geen plaats kunnen vinden. Juist zij zullen het contact met de buitenwereld echter niet kwijt mogen raken. Zij mogen nooit de uitgestotenen worden. Ik pleit er voor, hen onder te brengen in kleine inrichtingen (B-hospitalen), die, zowel met het oog op dit contact als op bezoek, gelegen zijn midden in dichte bevolkingscentra. Hoe groot zal het aantal van deze patiënten zijn? Vermoedelijk zijn het er weinigen, waar echter veel mee te doen is. Ook aan deze langdurig zieken moet onverminderd tijd en aandacht worden besteed door goed en deskundig personeel met behulp van een goede apparatuur. Om deze reden zij bijzondere voorzichtigheid aangeraden met de uitspraak, dat deze verpleging zo eenvoudig en goedkoop kan zijn. Achter een van de grondstellingen van het rapport „opleiding tot ziekenverzorger” van de Voorlopige Verplegingsraad, n.l. dat eenvoudig opgeleide meisjes zo geschikt zijn voor de verpleging van chronische zieken zet ik in de psychiatrische sector toch wel een levensgroot vraagteken! Het omgekeerde van het hier gestelde zou wel eens het geval kunnen zijn.

Slechts zelden komt het voor, dat iemand uit volle gezondheid plotseling en snel dusdanig psychotisch wordt, dat acute opname noodzakelijk is. Het grootste deel van de opnamen kan tevoren worden voorzien. Gedurende deze „prodromale” periode zou de patiënt al bekend moeten zijn bij de S.P.D. en bij de — regionale of categorale — Psychiatrische Inrichting. Een vlotte, gemakkelijke opname zou voor de patiënt eigenlijk niet veel anders moeten betekenen, dan een goed voorbereide situatieverbetering: Ideaal zou het zijn wanneer de muur tussen de Inrichting en de maatschappij en dus ook tussen de Inrichting en de Dienst volledig kon wor-

den geslecht en vervangen door soepel werkende verbindingen. De „prodromale” periode en een goede medisch-sociale zorg vereisen een geheel andere aanpak, dan het gangbare opnamesysteem waaraan wij bijna critiekloos gewend zijn. De patiënt (en zijn familie) zullen vroegtijdig ontmoet en begeleid moeten worden, soms van de Inrichting af, soms er naar toe. Er moeten als systeem meer mogelijkheden komen om de patiënt in iedere fase adequaat te kunnen helpen. Wanneer dit onder de huidige — nu eenmaal zo gegroeide — omstandigheden in Nederland niet — of niet voldoende mogelijk is, zullen wij moeten erkennen, dat wij op een verkeerd spoor zijn (overigens met respect voor de vele verdiensten ervan) en objectief en nuchter moeten zoeken naar nieuwe wegen.

Een van de mogelijkheden lijkt te zijn gelegen in een meer actieve positie van de Inrichting in de maatschappij. Niet alleen moet een nieuwe Psychiatrische Inrichting niet meer in de periferie op het platteland worden neergezet maar zouden zelfs de bestaande Inrichtingen dienen over te gaan tot het oprichten van dépendances in dichte bevolkingscentra.

In een dergelijke dépendance zou kunnen worden gevestigd:

1. Een polikliniek, met spreekuren, zowel vanwege de Inrichting als vanwege de S.P.D. te houden,
2. Een psychiatrische Eerste Hulp Dienst,
3. Een verpleegafdeling van 20 à 30 bedden voor zeer kort duren-de selectie-observatie of behandeling,
4. Een psychiatrisch dagziekenhuis,
5. Eventueel uitsluitend slaapgelegenheid voor psychische hulp-behoevenden.

De dépendance is de voorpost van de Inrichting en de basis van de Dienst. Beiden zullen therapie kunnen doen, en deze zelfs bij de patiënt thuis kunnen brengen. Waar de medische hulp hoofdzakelijk is, treedt de Inrichting op, waar de sociale hulp meer op de voorgrond staat ligt er een taak voor de S.P.D. Het uitwisselen van talrijke gegevens tussen Inrichting en Dienst is hier geen probleem meer. Niet alleen de pre-psychose gevallen, maar ook de zwakbegaafden, de neuroselijders en de moeizaam levende gezonden zullen er advies en hulp kunnen krijgen. Daarnaast is psychiatrische „E.H.B.O.” bijzonder belangrijk. Klinische opname zal er slechts zeer kort mogen duren. De eigenlijke observatieafdeling met complete uitrusting blijft in de Psychiatrische Inrichting, die als het ware vlak achter de hand is gevestigd. Er moet een snelle overbrengingsmogelijkheid zijn naar (de onderafdeling van) de Psychiatrische Inrichting. Een psychiatrisch-dagziekenhuis wordt geroemd waar het bestaat. De patiënt vindt er verschillende soorten therapieën. Het staat dicht bij de be-

schuttende werkplaats, maar het heeft voordeel van de funktionele verbinding met de andere mogelijkheden, en van zo nodig permanente therapeutische beïnvloeding. De behoefte aan psychiatrische nachtziekenhuizen is in Nederland nog niet zo sterk gebleken. Toch verdient het aanbeveling dit nauwkeurig na te gaan en er rekening mede te houden. Een dergelijke dépendance — mogelijk „advieskliniek” te noemen — biedt een aantal voordelen, die evenzovele oplossingen voor bestaande problemen zouden kunnen zijn. Intensief contact tussen Inrichting en Dienst zou er door verzekerd zijn en er ontstaat een veel beter stelsel van zorg en behandeling vóórdat opname in de Inrichting noodzakelijk wordt. Het poliklinische werk en het huisbezoek zullen kostenbesparend werken. De Psychiatrische Inrichting bevindt zich door haar dépendance temidden van grotere bevolkingsconcentraties, een groot voordeel, dat in hoge mate tegemoet komt aan de bijna onervulbare wens om de bestaande in de periferie gelegen inrichtingen over te brengen naar de bevolkingscentra. Via deze dépendances kunnen wellicht ook optimale kontakten groeien met partikuliere zenuwartsen en huisartsen. De artsen, die aan de Psychiatrische Inrichting verbonden zijn, zullen veel meer uitzicht kunnen krijgen op extra-murale omstandigheden en zo bijvoorbeeld het ontslag van een patiënt beter kunnen voorbereiden en leiden.

De ontslag-procedure is onder de huidige omstandigheden zelden bevredigend. In feite wordt een patiënt op zeker ogenblik door de inrichting los gelaten en moet hij zich maar zien te redden, eventueel met wat steun van de S.P.D. Vaak worden ongeschikten over de muur gewipt (een bijzonder te laken euvel) en komen de geschikten in ongunstige sociale omstandigheden terecht. De verantwoordelijkheid, die iemand in de maatschappij te dragen heeft is zo heel anders dan de verantwoordelijkheid van de verpleegde in de inrichting. Het is dan ook niet zonder reden, dat het rehabilitatie-paviljoen een goede toekomst schijnt te hebben. In Engeland wordt de „rehabilitation-unit” in het bijzonder gebruikt voor de vastgeroeste chronische gestichtbewoners. Langs een andere weg dan die van de gezinsverpleging kan het de overgang naar de maatschappij in hoge mate vergemakkelijken. Ook het sluisinternaat moet hier worden genoemd.

Indien een inrichtingsarts na het ontslag een patiënt nog wil doorbehandelen, moet dit, in het belang van de patiënt, in principe mogelijk zijn. Daarom zal, afgezien van de hierboven geschetste nieuwe wegen, in de hedendaagse concrete omstandigheden een Psychiatrische Inrichting een eigen — meestal bescheiden — maatschappelijke afdeling moeilijk kunnen missen. Wanneer de hierdoor verleende hulp over het algemeen beperkt blijft tot het

medisch-therapeutisch terrein en dus de meeste patiënten na hun ontslag aan de zorg van de S.P.D. worden toevertrouwd, behoeven geen moeilijkheden te worden gevreesd. Een dringende eis is, dat de artsen (en ander personeel) van de S.P.D. de patiënten, die ontslagen zullen worden, door en door kennen. Eventueel zou dit in het rehabilitatie-paviljoen kunnen gebeuren. Ook dit is een argument voor het regelmatig detacheren van een arts van de S.P.D. in de Psychiatrische Inrichting.

Een bijzonder punt bij dit alles is nog de beoefening van wetenschappelijk werk en research. De groei van de wetenschap der psychiatrie is tot dusverre voor een groot deel te danken geweest aan de rijke ervaringskennis van de Psychiatrische Inrichtingen. Het is moeilijk voor te stellen, dat dit in de toekomst anders zou worden. Ook de psychiatrie kan de Psychiatrische Inrichtingen niet missen. Gevreesd moet worden, dat psychiatrische ervaringen, die uitvloeien over huisartsen, sociologen, pedagogen, maatschappelijke werkers e.d. voor de wetenschap der psychiatrie grotendeels verloren gaan. Met het oog op wetenschap en research zal een veel nauwere samenwerking tot stand moeten komen dan tot dusverre tussen de Psychiatrische Inrichting en de Universiteit. Op sommige plaatsen begint hiervan reeds de verwerkelijking. Een en ander klemmt des te meer, omdat de kennis omtrent de aard en de oorzaken van psychische stoornissen toch maar zeer langzaam vooruit gaat.

Uit het bovenstaande moge duidelijk zijn, dat een zekere eenvormigheid en een volledige overzichtelijkheid van de S.P.D.'s in allerlei opzicht voor een efficiënt funktionieren en ook voor een goede samenwerking met de Psychiatrische Inrichtingen noodzakelijk wordt geacht. Over het algemeen verdient een regionale begrenzing van het werkterrein der S.P.D. de voorkeur, dus gemeentelijk of provinciaal. Overwegingen, grotendeels van financieel-administratieve aard zouden er dan voor kunnen pleiten om de S.P.D. een Overheidsdienst te doen zijn. Er ware daarbij te zoeken naar een bepaalde vorm van nauwe samenwerking met bestaande Diensten op confessionele grondslag. Een Centraal Contact Orgaan of iets dergelijks zou hiervoor zeer goed kunnen worden gevonden. De maatschappelijke zorg voor de jeugdige patiënten en met name de jeugdige geestelijk defekten (zwakzinnigen)) behoort nadrukkelijk te ressorteren onder de S.P.D. Het feit dat de jeugdigen door hun leeftijd een eigen problematiek kunnen hebben weegt niet op tegen een heilloze versnippering van krachten, werk en overzichtelijkheid voor anderen.

Er mag geen bezwaar tegen bestaan, dat de S.P.D. soms medisch-therapeutische hulp verleent; er mag evenmin bezwaar tegen be-

staan dat de Psychiatrische Inrichting ook in de maatschappij actief is. Als een van de resultaten van de hierboven gesuggerede instituten en detacheringen zal dit alles harmonisch en efficiënt kunnen gebeuren.

Een belangrijke taak blijft voor de S.P.D. weggelegd in de preventie en ook bijv. in de counseling van moeilijk levende mensen en gezonden met psychische stoornissen. Zolang er een schrijnend tekort is aan psychiaters heeft het weinig zin deze taak van de S.P.D. te gaan afgrenzen van het werkgebied van de particuliere zenuwarts.

Met betrekking tot verschillende nieuwe vormen van psychiatrische hulp en verpleging kan worden gesteld, dat psychiatrische dagziekenhuizen, nachtziekenhuizen en therapeutische gezinsverpleging over het algemeen bij de zorg van de Psychiatrische Inrichting behoren, terwijl de beschutte werkplaatsen en verzorgende gezinsverpleging binnen het terrein van de S.P.D. vallen.

Het sluisinternaat ligt op de grens. Mogelijk, dat ook lokale verhoudingen hierbij een beslissende invloed kunnen krijgen. Indien het sluisinternaat een goed geleid pension met ook medische zorg gaat worden zal het onder Psychiatrische Inrichting moeten vallen.

Ofschoon de provincies wettelijk verplicht zijn voor voldoende verpleegmogelijkheden te zorgen zijn in Nederland verhoudingen gegroeid, waarin dit principe slechts in enkele gevallen nog is te herkennen, en een taak ligt er in dit opzicht zeker niet meer. Datgene wat wel provinciaal zal kunnen geschieden is het berekenen van het aantal gewenste bedden en het onderzoek naar het soort instituten dat nodig is om zo goed en zo veel mogelijk te komen tot de zeer gevarieerde voorzieningen die voor de patiënten noodzakelijk zijn. In dit licht gezien mag worden betwijfeld of het bouwen van een traditionele Psychiatrische Inrichting thans nog wel juist mag heten. Een zeer nauwkeurige peiling van datgene wat de hedendaagse patiënten nodig hebben is een eerste vereiste.

PSYCHIATRISCHE HULPVERLENING

co-referaat door J. FERGUSON

Als co-referent zij het mij vergund om mijn bewondering uit te spreken voor de overzichtelijke en duidelijke wijze waarop collega Zijlstra ons de „Psychiatrische Hulpverlening” heeft uiteengezet. Met grote bewondering en waardering heb ik zijn visie op

de problemen gevolgd. Wanneer ik het in de volgende regelen niet steeds met hem eens ben, dan komt dit niet omdat ik daarmee afbreuk wil doen aan hetgeen hij heeft geschreven. Ik zou mijn taak als co-referent echter slecht verstaan wanneer ik niet mijn visie op de problematiek, maar nu gezien door de sociaal-psychiater, zou geven.

Er moet nog veel gebeuren voor we onze psychiatrische patiënt al die zorg hebben gegeven waar hij recht op heeft, waarbij hij de beste kans heeft het snelst en het meest volledig te genezen of althans een aanpassing aan de maatschappij te (ver)krijgen. Welk een grote en snelle ontwikkeling zien we de laatste jaren, niet alleen in de medicamenteuze therapie, maar ook in de sociale aanpak, bijv. in het scheppen van het juiste „klimaat” in en om de psychiatrische inrichting. Aan het scheppen van dit gunstige klimaat moeten niet alleen de artsen en verpleegsters, administratieve ambtenaren, technici, kortom iedereen die in een inrichting werkt meedoen, maar we zien zelfs meer en meer ook de patiënten hierin een belangrijke bijdrage leveren. In het maandblad voor de geestelijke volksgezondheid schreef Doff een zeer lezenswaardig artikel over „Administrative psychiatry” wat hij vertaalde als beleidspsychiatrie, — een soort van sociale psychiatrie in de inrichting ten behoeve van de aldaar werkenden —, alweer teneinde het geschikte socio-therapeutisch klimaat te verkrijgen. Collega Zijlstra's betoog is, in breed verband gezien, wanneer hij over het werk in de inrichting spreekt hier ook op gericht. Daarnaast geeft hij ons zijn visie op de z.g. extra-murale activiteiten, het losmaken van het inrichtingswerk uit zijn isolement door een steeds intensiever contact met de maatschappij. De psychiatrische inrichting is niet meer een geïsoleerd eiland als bijv. Marken eens was. Er is niet alleen maar een verbinding met de oever door middel van een wankel bootje dat we voor wat de inrichting betreft kunnen vergelijken met een ambulance of een taxi. Dit bootje was eigenlijk nog maar een verbinding tussen twee punten: de steiger op Marken en de steiger op de wal, in onze parallel de inrichting en de directe omgeving van de patiënt. Inmiddels is de dijk naar de vaste wal gelegd. Deze dijk maakt het voor iedereen mogelijk zowel naar de inrichting als naar de vaste wal te gaan. We kunnen deze beeldspraak verder uitwerken wanneer we naar de Noordoostpolder kijken. Daar is de zee, de afstand tussen eiland en vaste wal, helemaal weggefallen. Land is zichtbaar geworden, eiland en land zijn aan elkaar verbonden, de isolatie is opgeheven, beide terreinen lopen in elkaar over. Maar dit houdt in dat er een tussenliggend gebied is, nu zichtbaar geworden, dat in exploitatie moet worden genomen. Zijlstra pleit er nu voor dat deze exploi-

tatie niet alleen vanuit de vaste wal geschiedt, maar dat het gebied dat vroeger het eiland was er ook zijn stempel op drukt. Hier valt zeker veel voor te zeggen, want hierdoor eerst zullen de oude grenzen volledig kunnen vervagen.

Spreeker heeft erop gewezen dat binnen de inrichting nog heel veel te doen valt. Hij doelt daarbij ongetwijfeld mede in de richting van het zojuist aangehaalde artikel van Doff, maar stelt daarbij voorop dat, hoe juist het streven ook is om een goede aanpassing van de patiënt in het inrichtingsmilieu te bewerkstelligen, alle inspanning en activiteiten gericht moeten zijn op de voorbereiding van de patiënt op een verblijf in de maatschappij. Juist om deze aanpassing mogelijk te maken wijst hij op de nadelen van een te ver doorgevoerde differentiatie van inrichtingen.

Ook heeft hij bezwaren tegen een te snel afzonderen van langdurig geestelijk zieken in zgn. B-hospitalen. Deze laatsten zou hij bij voorkeur bij of in bevolkingscentra zien opgericht. Hier zal iedereen mee instemmen. Laat er een zo intensief mogelijke samenwerking tussen deze instituten en de maatschappij bestaan. Laat de patiënten uit deze instellingen werken; waar mogelijk in het vrije bedrijf en verder in sociale werkplaatsen. Wel moet er tussen deze inrichtingen en de sociaal-psychiatrische diensten een zeer intensief contact zijn om de wisselwerking met de maatschappij zo efficiënt mogelijk te doen zijn. Van welke organisatie deze inrichtingen nu uit moeten gaan wil ik geheel in het midden laten. In het ene geval zullen ze worden opgericht door het bestuur van een psychiatrische inrichting, dan weer zal het een afzonderlijk bestuur zijn, dan weer zullen zij het karakter dragen van een overheidsinstelling. Ook over de werkwijze van deze huizen zou veel te zeggen zijn. De opname zou kunnen geschieden: alléén vanuit de psychiatrische inrichting, of ook van elders, bijv. uit de psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

Natuurlijk moeten er zijn: voldoende huisvesting en medische verzorging, eventueel verpleging. Deze worden m.i. het beste gewaarborgd wanneer deze inrichtingen worden aangewezen krachtens art. 7 van de krankzinnigenwet, nog liever krachtens een nieuwe wet op de geestelijke gezondheidszorg.

Het zou te betreuren zijn wanneer deze inrichtingen ertoe zouden komen een eigen, zij het dan ook bescheiden sociaal-psychiatrische staf in dienst te nemen. Voor een vruchtbare samenwerking met de sociaal-psychiatrische dienst is zeker wel een oplossing te vinden, desnoods door één van de verpleegsters van het sociaal-psychiatrische werk van een SPD, speciaal, in volledige of gedeeltelijke dagtaak, voor het contact met deze inrichting aan te wijzen. Men zou gedeeltelijk gecombineerde

stafbesprekingen kunnen houden waarbij aanwezig zijn dat deel van de medische staf van het B-hospitaal en degenen van de staf van de sociaal-psychiatrische dienst die met de betrokken patiënten te maken hebben.

Ditzelfde pleidooi zou ik ook willen houden voor de samenwerking tussen psychiatrische inrichting en sociaal-psychiatrische diensten. Inderdaad is er nu nog te weinig en te oppervlakkig contact tussen deze beide instellingen. Het personeelsgebrek is hier zeker niet vreemd aan. Men komt er niet door af en toe een bezoek aan de inrichting te brengen, ook niet doordat de zuster zo nu en dan haar neus in de inrichting laat zien om de moeilijkheden samenhangende met het ontslag van een bepaalde patiënt te bespreken, ook niet wanneer de psychiater van de inrichting af en toe mee gaat op huisbezoek, hoezeer hem of haar dat mooie ritje in voorjaar of zomer ook gegund is. Inderdaad, de sociaal-psychiatrische diensten zijn er nog niet. Als we ons deze vrijheid mogen permitteren, zou ik willen zeggen dat ze zelfs nog in een fylogenetisch stadium zijn. Maar ze maken een ontwikkeling door en men moet ze tijd gunnen en helpen, waar dit kan. Dit helpen gebeurt beslist niet door bij de psychiatrische ziekenhuizen eigen sociaal-psychiatrische diensten of dienstjes op te richten.

Wanneer men in bepaalde gevallen van mening is dat men niet voldoende over de sociaal-psychiatrische achtergronden van een patiënt is geïnformeerd, dan ware dit met de desbetreffende dienst te bespreken en in gezamenlijk overleg is dan zeker een oplossing te vinden. Maar men moet er van uitgaan, dat het inwinnen van sociaal-psychiatrische informatie zoveel mogelijk over de SPD moet lopen. De zuster van de dienst is het best in haar district thuis. Zij is in staat het gemakkelijkst waardevolle inlichtingen te verkrijgen van huisarts en/of specialist, van wijkverpleegsters, van de maatschappelijk werker van de kerk, de fabriek of van de dienst van sociale zaken, afhankelijk van de situatie. Verder wil ik nog noemen het contact met politie, kinderrechter, reclassering, burens, straatbewoners, of familie van patiënt waar ze toevallig ook komt (dit komt nogal eens voor). Na het tijdelijk verblijf van patiënt in de inrichting is deze zuster de aangewezen om een korter of langer durend nazorgcontact met patiënt te onderhouden. Hoe eerder zij een band tot stand heeft gebracht met de familie en zich op de hoogte heeft gesteld van het milieu waarin patiënt leeft, hoe beter haar dit later weer van pas kan komen. Natuurlijk is er geen bezwaar tegen, dat de behandelend psychiater van patiënt, wanneer deze dit nodig oordeelt, of wanneer hij niet voldoende inzicht krijgt in de situatie uit de hem

verstrekte gegevens, zich ter plaatse persoonlijk op de hoogte stelt. Ik zou er dan wel voor willen pleiten, dat dit bezoek gezamenlijk met de zuster wordt afgelegd en wel met medeweten van de huisarts van de patiënt. Persoonlijk zie ik speciaal in het verstrekken van sociaal-psychiatrische gegevens ten behoeve van de behandelend arts van de inrichting een belangrijke taak voor de sociaal-psychiatrische diensten weggelegd. Deze gegevens worden gedurende de laatste twee jaar systematisch bij iedere opname door de dienst in Overijssel aan de desbetreffende psychiatrische inrichting, aan huisarts en behandelend psychiater van patiënt toegezonden. Of we daarmee op de goede weg zijn weet ik niet zeker, daarvoor zijn er nog te weinig reacties geweest. Dan nog dit: Zijlstra spreekt over een te grote versnippering van het werk. Het zou ook een versnippering zijn wanneer de psychiatrische inrichting sociaal-psychiatrisch werk zou gaan doen. Men kan nu eenmaal niet alles zelf doen. De gecompliceerdheid van onze maatschappij brengt met zich, dat men in bepaalde gevallen moet kunnen delegeren. Wanneer men degene aan wie men delegeert kent, bestaat er ook niet zo heel veel bezwaar tegen. Daarom ben ik het ook zo geheel eens met het pleidooi van de spreker voor een intensieve samenwerking tussen de inrichting en de sociaal-psychiatrische dienst. Tegen een bepaalde vorm van detachering bestaat zeker geen bezwaar wanneer de periode van de detachering maar niet te kort wordt genomen.

Ook ga ik geheel met de spreker mee, wanneer deze betoogt dat de opzet van de dienst van provinciale of regionale aard moet zijn; de grote steden in het land kunnen hierop een uitzondering vormen, hoofdzaak is dat er een overzichtelijke opbouw is, zodat het contact gemakkelijk is op te nemen. In de praktijk zal dit overigens zelfs bij de huidige niet geheel overzichtelijke indeling niet zo heel veel moeite geven.

Niet akkoord ben ik met de spreker wanneer deze van mening is, dat de sociaal-psychiatrische dienst bij voorkeur een overheidsdienst moet zijn. De dienst moet wel een ambtelijk karakter dragen en een status hebben, maar ze kan uit het particulier initiatief ontstaan zijn en moet m.i. zeker in haar structuur rekening houden met de confessionele groeperingen in ons land. De gehele ontwikkeling gaat trouwens deze richting uit. Daar waar aanvankelijk alleen maar een overheidsdienst bestond — in mijn gedachten heb ik bepaalde gemeentelijke diensten — zien we nu sociaal-psychiatrische diensten steunende op confessionele basis tot ontwikkeling komen, helaas in bepaalde gevallen zonder voldoende contact met de bestaande overheidsdienst. Ik ben het geheel met de spreker eens dat sociaal-

psychiatrische diensten, die in een zelfde gebied werken, nauw met elkaar verbonden moeten zijn om de meermalen genoemde versnippering te voorkomen. Gelukkig zijn hiervan goede voorbeelden in het land bekend.

Ook moeten er goede verbindingen zijn met het maatschappelijk werk. Hoe deze relatie moet zijn is niet zo heel gemakkelijk te zeggen. Ook in de kringen van het maatschappelijk werk heeft dit onderwerp alle belangstelling.

Een geheel nieuw element brengt de spreker naar voren wanneer hij er voor pleit dat de S.P.D.'s bescheiden individueel therapeutische zorg zouden moeten kunnen uitoefenen, iets wat momenteel niet mag en ook niet gebeurt. Hiermee gooit hij wel de knuppel in het hoenderhok, waar ik hem heel gauw uit zou willen werken. Zoals de omstandigheden thans liggen, moeten de S.P.D.'s zich beslist niet gaan bemoeien met de therapie. Ik vrees dat dit de versnippering nog meer in de hand zou werken, complicaties zou geven met de ziekenfondsen en met de daarvoor werkende artsen. Het zou mogelijk in de hand werken, dat er kleine S.P.D.'tjes zouden worden opgericht uitgaande van ziekenhuizen en wat al niet meer. Laat de S.P.D. zich eerst nog verder ontwikkelen en een duidelijker begrensde taak krijgen, misschien blijken er dan bepaalde therapeutische werkzaamheden voor haar weggelegd te zijn.

In de ontwikkeling van het idee over het voorposten-werk vind ik het buitenlandse systeem terug zoals het in sommige gedeelten van Engeland bestaat (Boswijk en W.H.O.-rapport) en ook bijv. in Noorwegen. Maar laten we nooit vergeten dat de omstandigheden daar geheel verschillend zijn vergeleken met de huidige verhoudingen in Nederland. In Engeland kennen we de Health-service terwijl men daar bovendien niet zoals in Nederland rekening houdt met de „zuil” van patiënt. Ook in Noorwegen speelt dit laatste geen rol. Daar zijn de omstandigheden geheel anders door de geringe bevolkingsdichtheid en de grote afstanden. Er zijn daar gebieden zo groot als geheel Nederland waar geen enkele psychiater gevestigd is.

Bij ons ligt dit weer geheel anders. Moeten we niet zeggen dat de rol van de voorposten hier wordt vervuld door de psychiatrische afdelingen van de ziekenhuizen, welke bezwaren men ook tegen deze afdelingen mag hebben? De rol van de out-patient clinic wordt vervuld door de fondssprekuren van de zenuwartsen.

Orde scheppen in dit alles, door alle activiteiten meer in één organisatorisch verband te brengen, is een vraagstuk dat niet makkelijk opgelost zal kunnen worden. Afhankelijk van de streek of provincie zal dit misschien uit kunnen gaan van een psy-

chiatrische inrichting, zij het dan ook met grote takt en voorzichtigheid en in samenspel met de S.P.D. en vrijgevestigde zenuwartsen. Zoals het nu ligt zie ik dit niet gemakkelijk te verwezenlijken. Wel moeten we er voor zorgen dat bij nieuwe activiteiten de organisatievorm ons (hiermee bedoel ik de psychiatrische inrichtingen en de sociaal-psychiatrische diensten) niet uit de hand loopt. Ik denk hierbij bijv. aan het instituut van de daghospitalen. Wanneer we de vraag stellen van wie de oprichting van deze instituten moet uitgaan, zie ik hier wel een taak voor de psychiatrische inrichting, die daarmee tevens vaste voet aan de grond krijgt in de grote bevolkingscentra. Ook nog een enkel woord over de ontwikkeling van de gedachte van een „Rehabilitation unit”. De noodzaak van dit instituut is duidelijk, al zal afgrenzing naar een sluisinternaat niet eenvoudig zijn. Ook hier is alleen kans van slagen bij een zeer intensieve samenwerking met de S.P.D.

Wat de research betreft: deze is noodzakelijk, maar niet alleen voor de psychiatrische inrichtingen, eveneens voor de S.P.D. Laten beiden elkander ook daarin vinden.

Tenslotte spreek ik de hoop uit dat het ons moge gelukken voor al deze plannen de nodige competente mankracht te vinden. Dit houdt in, dat we aan de opleiding, juist in de komende jaren, alle aandacht zullen moeten geven. Daarbij ligt zeker ook een grote taak weggelegd voor de psychiatrische inrichting, zodat we deze dan nog een taak toedelen boven de vele taken die spreker genoemd heeft. Maar ook hier zien we weer hetzelfde als bij vele reeds ter sprake gekomen werkzaamheden en taken. Ook de sociaal-psychiatrische diensten krijgen, naar we aannemen in toenemende mate, een rol te vervullen bij de opleiding van de zenuwartsen.

LITERATUUR

Andel, dr. H. van, *Bespiegeling over en vormgeving aan de revalidatie van patiënten in een psychiatrische inrichting*. Voordrachtenreeks P.I.D. 3 (1961) 86.
Baan, prof. dr. mr. P. A. H., Inaugurele rede Groningen 1958.

Doff, J., *Administratieve psychiatrie*. Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid, 15 (60) 159.

Speyer, dr. N., *Het sociaal-psychiatrisch profiel*. Inaugurele rede, Den Haag 1960.

The psychiatric hospital as a centre for preventive work in mental Health. W.H.O. rapport 134, Geneva 1957.

Normen waaraan soc. psych. dienst zal hebben te voldoen om in aanmerking te komen voor een stage van een arts in opleiding voor zenuwarts. *Folia psychiatrica neurol. et neuroch. neerl.* 62 (1959) 66.