

DE SAMENWERKING TUSSEN DE SOCIAAL-PSYCHIATER EN DE GEVESTIGDE ZENUWARTS EN HUISARTS

door J. H. VAN MEURS, zenuwarts

Wat hier volgt is slechts een schetsmatig weergegeven persoonlijke indruk, van een gevestigd specialist die een deel van de sociale psychiatrie in zijn eigen rayon behartigt.

Ik wil U eerst *de voordelen schetsen van de situatie waarin de Voor- en Nazorgdienst geheel in handen is van de gevestigde zenuwarts.*

De zenuwarts heeft dan een Voor- en Nazorgzuster volledig ter beschikking voor zijn eigen praktijk. Ik noem deze situatie *de autocratische.*

Het betekent natuurlijk niet, dat alle meer intensieve gesprekken met Fonds-patiënten op het Voor- en Nazorgspreekuur gedaan worden; het kan gebeuren dat particuliere patiënten juist meer profiteren van het Voor- en Nazorgspreekuur, bijv. als ze speciaal met de zuster een goed contact leggen. Wellicht verwijst de zenuwarts zelf toch makkelijker naar het Voor- en Nazorgspreekuur, vooral in gevallen waar de zuster gemakkelijker met de familie een ongedwongen relatie opbouwt via een huisbezoek.

Wanneer de, als ik hem zo mag noemen, combinatie-zenuwarts medicamenten voorschrijft, doet hij niemand anders concurrentie aan dan zichzelf. De correspondentie is via het afgeven van copieën naar twee richtingen eenvoudiger. De combinatie-zenuwarts heeft een dubbele kans om inlichtingen te krijgen uit een inrichting na ontslag van een opgenomen patiënt.

De huisartsen hebben al met zoveel instanties te maken, dat het hun gemakkelijker valt een psychiatrische casus eenvoudig te endosseren aan de zenuwarts en deze verder te laten uitzoeken welke eventueel meer gespecialiseerde instantie bemoeiing met de patiënt moet hebben. In het plaatselijke ziekenhuis heeft men met één consulent minder te maken, dan bij een meer gedifferentieerde structuur. Verklaringen en verzoeken aan een Geneeskundige Dienst of een Gemeentelijke dienst van Sociale Zaken, voor opname in een verpleeginrichting, verandering van woning etc., zullen sneller gehonoreerd worden, wanneer ze afgegeven worden door het sociaal psychiatrisch Alter-Ego van de gevestigde zenuwarts.

Ik heb een enkel geval meegemaakt, waarbij continuering van noodzakelijke psycho-therapie alleen mogelijk bleek met de hulp en de steun van de Voor- en Nazorgzuster, die in een bepaalde fase eigenlijk als co-therapeute fungeerde. Zodoende kan opname van de patiënt in een psychiatrische inrichting worden voorkomen. Een met deze structuur van dienstverlening samenhangende moeilijkheid, die uiteraard ook wel eens voorkomt, is de volgende: Een

patiënt heeft, al of niet door projectie, een negatieve instelling tegenover de combinatie-zenuwarts. Is deze negatieve instelling niet gericht tegen de Voor- en Nazorgzuster, dan kan deze de zorg voor patiënt, eventueel in overleg met de huisarts, meer volledig op zich nemen, terwijl de sociaal psychiater op de achtergrond blijft en hoogstens de zuster adviseert. Als er in de Sociaal Psychiatrische Dienst zuilenbouw bestaat, kan het dienstig zijn om collega en zuster van de andere zuil te vragen, een poging te wagen de zorg over te nemen.

De hierboven geschetste situatie heb ik de autocratische genoemd en zoals overal bij een autocratie is de verantwoordelijkheid vergroot. Er zou bijv. het gevaar kunnen dreigen dat een zenuwarts zijn eigen patiënten bevoordeelt boven anderen, d.w.z. dat hij meer zorg zou besteden aan de patiënten, die via zijn eigen polikliniek Voor- en Nazorg bemoeiing krijgen dan aan degenen die direct op het Voor- en Nazorgspreekuur aangemeld worden door de huisarts. Maar we mogen aannemen, dat juist het werken in sociaal psychiatrisch team-verband bij de zenuwarts de vorming van het nodige sociale verantwoordelijkheidsgevoel stimuleert.

De tweede situatie, die van de gescheiden functies van sociaal psychiater tegenover gevestigd zenuwarts, is dan de democratische. In onze maatschappij is overal een toenemende differentiatie, gepaard gaande met verdere specialisatie, welke samenhangt met een vermeerdering van kennis, resp. differentiatie van inzicht op elk gebied.

In casu is het niet meer doenlijk als zenuwarts op de hoogte te zijn van de hele reeks van standpunten en gezichtspunten op het gebied van psychologie, psycho-analyse, biologie, neurologie, klinische psychiatrie, sociale psychologie, sociologie, etc. Het voordeel van de differentiatie, waar het hier om gaat, is in de eerste plaats de „choc des opinions” van de twee psychiaters. De differentiatie nu is er een naar de aard van de aanpak en naar de aard van de patiënten.

Collega Hut stelt, dat de sociaal psychiatrische dienst meer aberranten en de gevestigd psychiater meer devianten zal behandelen, waarbij hij bij de laatste groep aan de milieu-invloeden een overwegende betekenis toekent. Wat de aanpak betreft zal de gevestigde psychiater meer psycho-therapeutisch en de sociaal psychiatrische dienst meer milieu-sanerend optreden. De onderscheiding tussen deze twee groepen patiënten lijkt dus te gaan naar intensiteit en aetiologie van de adaptatie-stoornis.

Nu is het inderdaad zeer gewoon, dat allerlei moeilijke gevallen terecht komen bij de S.P.D., niet alleen via zenuwarts en huisarts, maar ook via Sociale Zaken, Medisch Opvoedkundig Bureau, B.L.O.-selectie, eventueel kinderplicht en tegenwoordig ook Bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden. De oudere klinische

diagnostiek is hier niet toereikend. Men zou kunnen zeggen dat er meer gepsychopatiseerden dan neurotici onder zijn. Men zou ook kunnen stellen, dat de niet voor uitsluitend verbale psychotherapie toegankelijken afvloeien naar de S.P.D. De mate, waarin psychotherapeutische hulp beschikbaar is, bepaalt natuurlijk mede aard en omvang van de groep.

Interessant zijn in dit verband de onderscheidingen die Hollingshead en Redlich in hun boek „Social class en mental illness” maken en die overgenomen worden door Myers en Roberts in hun „Family and class dynamics in mental illness”, resultaten van recente sociologisch-psychiatrisch onderzoekingen aan Amerikaans materiaal in New Haven. Hollingshead en Redlich werken met een „Index of social position” zoals ook Warner in de dertiger jaren opstelde, maar met 3 factoren, nl.: buurt, beroep en opleiding, waarvoor een puntenwaardering gegeven wordt. Deze wordt met een correctie-coëfficiënt naar belangrijkheid in een weighted score verwerkt. Ze komen tot 5 klassen, en als klasse of sociale laag moeten we dan zien (König) „een aantal personen die elkaar als ongeveer gelijkwaardig en die zich tegenover anderen als hoger of lager beoordelen”.

Hier doen zich allerlei perspectiefproblemen voor, zoals Gardner en in Nederland ook Van Beek hebben opgemerkt. Voor ons is van belang dat Myers en Roberts een vergelijking treffen tussen neurotici en schizofrenen in de 3e, we zouden kunnen zeggen middenklas enerzijds en de ongeschoolde arbeiders, anderzijds. De 3e klas patiënt is meer op verbaliseren ingesteld, minder daadwerkelijk agressief, meer dociel en hij vertoont meer schuld-angst door de aard van zijn über-ich, terwijl de 5e klas patiënt meer somatiseert, zich sneller agressief betoont en met name de bedoeling van een psychotherapeutische benadering niet kan vatten: „praten is geen behandeling”. Zijn familie en kennissen steunen hem hierin. De dokter wordt beleefd als autoriteit en hun houding tegenover de autoriteit (vader) is door hun ervaringen vaak paranoïd. Anderzijds wordt psychische ziekte door deze laagste klasse niet als zodanig geduid, maar eerder als luiheid, gemeenheid, ruziemakerij etc. zodat laat hulp wordt gezocht. Het waarde-systeem van de dokter komt meer overeen met dat van de 3e klas patiënt. Hijzelf zit ergens in de 2e klas. Er is een grote discrepantie met de 5e klas patiënt, zodat de psychiater ook veel moeite heeft om contact te leggen en al gauw een aversie tegen deze patiënten krijgt. We zullen het aangeduide type van klasse 5 patiënten veelal bij de Sociaal Psychiatrische Dienst aantreffen en het klasse 3 type patiënten meer in de privé-praktijk, zonder dat ze gelijk gesteld mogen worden met resp. aberrant en devianten.

In de praktijk van het werk zal het bij voorkeur de sociale psychiater zijn, die gestichtsonname vraagt, daarbij gebruik makend

van de goodwill van zijn dienst en deze zorgvuldig hanterend tegenover de autonome inrichtingen. Indien de gevestigde zenuwarts meer moeite heeft met zijn opnamen, zal hij deze dankbaar endosseren aan de sociaal psychiatrische dienst. Er kan daarbij enige vorm van rivaliteit optreden. Om dit te voorkomen moet de sociaal psychiater bv. de opname-aanvragen van zijn gevestigde collega zeker niet systematisch controleren.

Na verloop van tijd krijgt de sociaal psychiater van de huisartsen en gevestigde zenuwartsen wel een indruk van de mate van gedifferentieerdheid van hun sociaal-psychologisch denken. Speciaal bij de huisartsen valt op, hoe sommigen van hen op dit gebied bijzonder veel weten mee te delen omtrent gezins-situatie en voorgeschiedenis; merkwaardiger wijze uiten zij zich hierover in een simpel telefoongesprek veel uitvoeriger dan op schrift: huisartsen zijn in hun schriftelijke berichtgeving vaak uiterst bescheiden.

Het schijnt voorgekomen te zijn, dat een gevestigd zenuwarts de zuster van de Voor- en Nazorgdienst beschouwde als een uitvoeringsorgaan, waarbij hij opdrachtgever was, dit vermoedelijk met negeren van de sociaal psychiater. Mogelijk was er in deze situatie een onvoldoende intercollegiaal contact. Dit laatste doet zich wel voor, indien de sociaal psychiater niet woont in hetzelfde gebied als de aanvragende artsen, als hij dus voor hen een schimmige figuur op de achtergrond blijft.

Het blijkt wel eens moeilijk, om nadere inlichtingen te krijgen van een gevestigde collega, maar dit is een algemeen intercollegiaal probleem.

De psychiatrische inrichtingen hebben als algemene richtlijn, dat een patiënt bij ontslag wordt terugverwezen naar de inbrengende instantie, dus meestal naar de S.P.D., en dat de medicamenteuze behandeling in handen gelegd wordt van de huisarts, resp. gevestigde specialist. In hoeverre de zuster Nazorg-bezoeken moet doen wanneer de patiënt na ontslag bij de destijds behandelende zenuwarts terugkomt, zal onder meer afhangen van de intensiteit van het laatstgenoemde contact.

Het streven moet m.i. zijn, om te zorgen dat patiënten en hun familie niet met meer artsen en andere instanties te maken krijgen, dan voor het behouden of het verkrijgen van hun evenwicht beslist nodig is. Zoals bekend, zijn de situaties plaatselijk zeer verschillend. Ik heb hier met twee grove typeringën volstaan.

In de steeds meer gedifferentieerde structuur zullen de verschillende collegae zich beschikbaar moeten stellen voor intercollegiaal overleg en uitvoerige berichtgeving, zodat naast de differentiatie ook een zekere mate van, voor de patiënt vruchtbare, integratie kan ontstaan, al zal deze nooit definitief zijn in een veranderende maatschappij.