

Zelforganisatie in de psychiatrie

door B. Bakker en M. Karel

Inleiding

Op het ogenblik is er weer sprake van een fel verzet tegen de mogelijke opkomst van de biologische psychiatrie, tegen wat genoemd wordt een mensonterende opvang in een ontheemde steriele hulpverleningssituatie. Sinds een tiental jaren is de rechtspositie van de psychiatrische patiënt een strijdpunt binnen en buiten de intra-murale zorg. Acties van de zijde van de patiëntenbeweging beïnvloeden de democratisering binnen de Geestelijke Gezondheidszorg en tevens zijn zij tekenen van een zoeken naar een nieuw evenwicht in de relatie professional-cliënt.

In dit artikel worden suggesties gedaan voor een alternatieve psychiatrische opvang. De heroriëntatie van de professional op zijn werkzaamheden is een belangrijk punt. Een nieuwe inspiratiebron voor professioneel handelen is de recente aandacht voor zelfzorg, zelfhulp en wederzijdse hulpverlening. Ook patiënten kunnen onderling effectieve steun realiseren. Professionals moeten alert zijn op de veranderende hulpvraag. Mede onder invloed van de zich emanciperende patiëntenbeweging kunnen (zelfhulp)groepen professionals uit hun omgeving beter inzetten. De schrijvers pleiten ervoor het ontwerp van de intramurale opvang te wijzigen in de richting van een verdere grensvervaging van de psychiatrische instituties.

Het interne ontwerp van de inrichtingen zou moeten veranderen, gecombineerd met een ander stelsel van voorzieningen met minder kans op machtsmisbruik en overheersing. Dit betekent een herziening van de psychiatrische zorg in de richting van afbouw van de bestaande intramurale voorzieningen en een verschuiving van hulpverlening naar vormende, steunende activiteiten met als doel dat mensen met problemen weer zelfstandig hun eigen leven kunnen inrichten.

Schrijvers zijn werkzaam aan de subfaculteit Andragologie van de Universiteit van Amsterdam (Grote Bickerstraat 72), waar zij, in dienst van Z.W.O., onderzoek verrichten naar zelfhulp.

Betere rechtspositie van de psychiatrische patiënt

In de jaren zeventig is er van de kant van zowel gebruikers als ook kritische werkers in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) een protestbeweging ontstaan die zich vooral richt tegen de zwakke rechtspositie van de patiënt bij de opname en gedurende het vrijwillig of gedwongen verblijf in de psychiatrische inrichting. Aanvankelijk is er nog geen enkele beroepsgroep in de psychiatrie alert op de positie van opgenomen patiënten. Een pionier van het eerste uur is Release Haarlem, die in 1974 de Werkgroep Krankzinnigenwet opricht. Hierin zijn alle actiegroepen en belangenverenigingen in de Geestelijke Gezondheidszorg verenigd, onder andere naar aanleiding van de activiteiten van de Commissie van Dijk. Dit eerste begin is uitgegroeid tot een 'gekkenbeweging' (Heerma van Voss, 1978) en als 'mental patient right movement' ook een internationale beweging.

In de jaren zestig en zeventig verschijnen in Nederland als eerste aankondiging een aantal meer literaire egodocumenten. De situatie in de inrichtingen blijkt soms ronduit beschamend. Het individuele protest wordt langzamerhand een sociale beweging. Persoonlijke ervaringen worden uitgewisseld en er komt energie vrij om onrecht en mistoestanden niet alleen aanhangig te maken, maar er ook tegen in opstand te komen.

De Cliëntenbond wordt in 1971 opgericht met een snel groeiend ledental en plaatselijke afdelingen en contactpersonen. In 1973 wordt de Gekkenkrant opgericht als spreekbuis van de inrichtingsbevolking. Deze moet aanvankelijk zelfs binnengesmokkeld worden op de afdelingen. Kritische verpleegsters hebben zich in het Kollektief Landelijke Actiegroepen in de Psychiatrie (KLAP) verenigd, dat jaarlijks terugkerende KLAP-dagen organiseert.

Niet alleen buiten de muren organiseert men zich, maar ook binnen de inrichtingen sluiten cliënten zich aaneen in bewonersorganisaties en patiëntenraden. Er worden landelijke bijeenkomsten gehouden waarin men ervaringen uitwisselt. De patiëntenraden zijn ook vertegenwoordigd in de Werkgroep KZ-wet. Voorts verschijnen er ombudslieden in de inrichtingen, al dan niet met strubbelingen (St. Willibrordus te Heiloo). Men spreekt letterlijk verschillende talen. Door de introductie van juridische kwesties worden problemen van psychiatrische patiënten in feite politieke problemen. Zo speelden jarenlang in de sinds 1968 durende dwangverpleging van de Nederlander Winterwerp slechts juridische en psychiatrische argumenten een rol. De belangrijke uitspraak in 1979 van het Europese Hof voor de rechten van de mens in deze zaak, waarbij het gelijk aan de kant van de patiënt wordt gelegd, wijst echter op de politieke implicaties, onder andere ten aanzien van het ontwerp BOPZ. Voorts blijkt het belang van een eigen organisatie als de Cliëntenbond, die Winterwerp zo lang gesteund heeft in zijn zaak. Dergelijke uitspraken hebben ook een psychologische betekenis. Deze zal uitwerking op de dagelijkse praktijk in de inrichting moeten hebben.

Veranderingen van binnen uit in de psychiatrie

Er wordt met kracht gezocht naar een betere rechtspositie, naar betere opvang en behandeling van mensen met problemen door zowel patiënten als kritische hulpverleners. Ook vanuit de inrichtingen zelf wordt gezocht naar vernieuwing. Verschillende psychiaters laten kritiek horen en maken ook melding van alternatieven (Trimbos, 1975). Deze deskundigen uit de 'anti-psychiatrie' hebben weer invloed op de gekkenbeweging, die met nieuwe ideeën en mogelijkheden wordt gevoed. Binnen de muren van sommige klinieken wordt al langer met alternatieven in de behandeling gewerkt in de vorm van de therapeutische gemeenschap (van Eynde, 1977). Groeps- en gesprekstherapie vinden steeds meer toepassing en er wordt ook een begin gemaakt met gezins- en echtparen-therapie waarmee ook familieleden in het proces worden betrokken. Er wordt geëxperimenteerd met opvang in een alternatieve gemeenschap waar 'gekte' een mogelijkheid tot persoonlijke groei is. In de opleidingen van verpleegkundigen wordt het systematisch denken over sociale veranderingen geïntroduceerd (Bras, 1975; Bras en Van Ree, 1977), evenals het begrip sociotherapeut. Een functie die méér inhoudt dan de simpele vertaling van B-verpleegkundige.

Men richt ook vanuit de inrichting de blik naar buiten. In het kader van regionalisering en RIAGG-vorming werken de inrichtingen meer samen met instellingen als Sociaal Psychiatrische Diensten (SPD), en ook wel de Instituten voor Multidisciplinaire Psychotherapie (IMP). De maatschappij komt, via sociologisch onderzoek naar deviant gedrag, in het blikveld van de psychiatrie als een medebepalende factor in psychische storingen en bijvoorbeeld ecologische benaderingen geven een ander licht op omgevingsfactoren (Bosma, 1975). In de vele ontwikkelingen in de intramurale zorg vallen voorts de activiteiten van organisatiebureau's op. De inrichtingen worden gestroomlijnd tot respectievelijk 'opberg'- of 'draaideur'-psychiatrie; patiënten worden op categorieën in verblijfs- en behandelingsafdelingen bijeengebracht. Verschillende instellingen openen op grond van deze ontwikkelingen halfweg-huizen, soms op het terrein, soms al in een woonbuurt. Er wordt gewerkt met pleeggezinnen en begeleide woonprojecten (van Eynde, 1978).

Wanneer men, kijkend naar de veranderingen binnen de psychiatrie, deze combineert met de door cliënten en hun organisaties voorgestelde wijzigingen blijkt dat door de gekkenbeweging het opheffen van de afhankelijkheid van gebruikers ten opzichte van de verstrekkers van zorg niet tevergeefs is bepleit. De zelfbeschikking, de greep op de eigen situatie is ook daadwerkelijk toegenomen. De invloed van cliënten op de inrichting en de GGZ is groter geworden en zal nog verder toenemen in de toekomst. Mede door de protestbeweging en bijvoorbeeld publikaties in de Gekkenkrant zijn verscheidene ingrepen in onbruik geraakt, zoals isolering en electroshock.

Grensvervaging van de inrichting

De grens tussen inrichting en buitenwereld is moeilijk te trekken. Het beeld van de psychiatrische patiënt is sterk gewijzigd onder invloed van alternatieve voorlichting, films als 'Kind van de zon' en 'Toestanden', en gevoerde acties. Er treden in de intramurale zorg een drietal 'grensvervagingen' op. Allereerst is dit een *conceptuele* vervaging, waarbij de 'gekte' van zijn traumatiserende en stigmatiserende werking is ontdaan. Gek wordt een geuzennaam en psychiatrische diagnoses worden betrekkelijk, zo niet belachelijk gemaakt. Omgekeerd introduceren professionals ook nieuwe termen voor complexe problemen zoals 'overgang', 'identiteitscrisis' etcetera. Het gevolg is dat niemand meer goed weet wat 'gek' is, maar wel beseft dat er bij nood hulp geboden moet worden. De vraag blijft dan: in welke vorm?

Een andere vervaging doet zich voor ten opzichte van het *object* van behandeling. De vraag wie er nu eigenlijk gek is, laat zich niet zo eenvoudig meer beantwoorden. Men richt zich niet alleen meer uitsluitend op de geïdentificeerde patiënt, maar ook op de omgeving waarin deze funktioneert, zoals de klinische setting zelf, en het gezin waartoe de patiënt behoort (Zwanikken, 1979). Dit gebeurt mede onder invloed van de systeem- en communicatietheorie (Lange en van der Hart, 1979). Steeds meer worden naaste betrokkenen in het behandelingsproces betrokken tot aan buurtscholen en verre familieleden toe.

Een derde soort vervaging komt letterlijk tot uitdrukking in de *institutionele* grensvervaging van de inrichting en haar omgeving. De hekken verdwijnen rondom de inrichting, de slagbomen bij de poort blijven voortaan open staan. Het regime van de inrichting versoepelt en vertoont meer openheid naar buiten toe. De inrichting zelf verplaatst zich naar buiten via woonhuizen op het terrein naar halfweghuizen, en uiteindelijk eigen woningen. Er is meer interactie met de maatschappij, maar soms blijkt de onzichtbare grens nog heel hard te zijn. Zo kan stereotypering bij solliciteren tot grote problemen leiden na het ontslag (van de Hout, 1978).

Schrijnend duidelijk was tot voor kort waar de grens lag, namelijk bij de intrede in de inrichting en bij het doormaken van de initiatieriten. Men verandert van mens in patiënt. Binnen gelden andere regels dan buiten. Er zijn verschillende problemen in de psychiatrische zorg en begeleiding, maar de sterke (tijdelijke) afhankelijkheid van de cliënt, ingegeven door de ongelijkheid in de relatie hulpvrager (gek) en hulpgever (gezond) blijft centraal staan. De drastisch ingeperkte omgeving versterkt deze afhankelijkheid tot hospitalisering. Hierin wordt de harde kern van de psychiatrische, maar ook gestoorde samenleving zichtbaar. De patiënt is misschien ongeneeslijk, maar ook de inrichting deugt niet, want die kan geen bijdrage tot herstel meer leveren. Beide zijden zijn in feite symbiotisch verstrengeld.

Een belangrijke vraag blijft dan wat wél de goede omgeving is voor de 'patiënt' of zijn 'ziekte'. Men kan bij het optreden van

psychische klachten zeggen dat iemand tijdelijk niet in staat is zelfstandig problemen op te lossen. Bij een intramuraal aanpak neemt men aan dat de situatie zo ernstig is, dat de zorg voor een aantal elementaire levenszaken als huisvesting, voeding, kleding en sociale contacten vrijwel geheel overgenomen moet worden om de draaglast van de cliënt te verlichten. In feite zoekt men naar mogelijkheden voor tijdelijke steun, die in de directe leefomgeving van de cliënt niet te vinden zijn. Men biedt dan een tijdelijk vervangend en ondersteunend systeem aan totdat de patiënt de probleemsituatie weer zelfstandig aan kan. Omdat mensen ook op hun nieuwe omgeving blijven reageren is deze van groot belang. Wanneer men hiermee geen rekening houdt, kan de inrichting ook weer ziekmakend zijn. Men moet dan weer een nieuw steunend systeem, nu buiten de inrichting, zoeken, bijvoorbeeld in een belangenbehartigingsorganisatie. Naast correctie van het tekortschietende oude systeem kan ook een actie steun bieden. Zo leidde de 'leedactie' (1976) ertoe dat erkend werd dat klachten van mensen niet alleen tot problemen worden, maar ook met leed en verdriet gepaard gaan. Men probeert weer greep te krijgen op het tot een gesloten bolwerk geworden psychiatrisch steunsysteem, dat oorspronkelijk trachtte te helpen om weer greep te krijgen op het eigen leven. Zowel gekkenbeweging als kritische professionals strijden tegen de ongewenste neveneffecten van de geboden hulp. In feite betreft het echter een meer structurele zaak. Het ontwerp van de psychiatrische instellingen stamt nog uit de vorige eeuw en is verouderd. Er zijn interne verbeteringen wat betreft huisvesting en gehanteerde hulpverleningsmethodieken, maar de materiële en niet-materiële infrastructuur is niet in zijn geheel bekeken. Het wordt nu tijd om eens een ander ontwerp te ontwikkelen. De vraag, in welke vorm er hulp moet worden geboden, is een ontwerpprobleem. Een goede vorm die tegemoetkomt aan de genoemde bezwaren, en aansluit bij de huidige ontwikkelingen, lijkt gebaseerd op vergroting van autonomie van gebruikers in vormen van zelforganisatie.

Zelforganisatie

Enkele professionals zijn zich al vroeg bewust van de ernstige situatie in de psychiatrie, en zoeken naar alternatieven. In de Bond voor Wetenschappelijke Arbeiders (BWA) bestaat sinds 1970 een werkgroep die contact onderhoudt met zowel het praktijkwerk als de groeiende (ex-)patiëntenbeweging (BWA, 1974). Naast een analyse van het welzijnswerk formuleren zij in hun tijdschrift 'Wetenschap en Samenleving' ook de mogelijkheid tot 'zelforganisatie'. Ze noemen het een belangrijke zaak dat cliënten en patiënten zich organiseren, omdat in alle vormen van welzijnswerk het gevaar van repressie aanwezig is, zowel in het directe werkercliënt contact, als op institutioneel en maatschappelijk niveau. Zelforganisatievormen van cliënten en (ex-)patiënten treden steeds meer op, aldus de BWA. Ze noemen ziekenfondsen (met name

die uit de arbeidersorganisaties), verenigingen van patiënten met bepaalde ziekten (zoals hart, astma, fobie, en dergelijke) en ook meer algemene patiënten- en cliëntenbonden (zoals bijvoorbeeld de Cliëntenbond in de Welzijnszorg) als uitingen van belangenbewustzijn met zicht op de eigen situatie. Ook cliënten- en patiëntenraden (zoals bijvoorbeeld een raad van ouders van kinderen bij een MOB, of een cliëntenraad bij een IMP), en patiëntenraden of patiëntenverenigingen rondom groepspraktijken van artsen of gezondheidscentra, behoren hiertoe. In zo'n raad kan, na bijvoorbeeld gezondheidsvoorlichting, een bewustwordingsproces op gang komen. Zo kan uit een patiëntenvereniging weer een aantal (zelfhulp-)groepen ontstaan (van Dijk, 1978).

Er zijn ook organisaties op basis van voornamelijk een klassebewustzijn of politiek bewustzijn. Men kijkt naar de structuur van het gehele sociale systeem, zoals het toenmalige Sozialistische Patienten Kollektiv (SPK) te Heidelberg, in West-Duitsland, en de Mental Patients Union in het Verenigd Koninkrijk. Deze organisaties doen naast directe hulpverlening en behandeling in therapeutische gemeenschappen ook aan politieke actie en vorming. Ook in de Nederland hebben enige jaren patiënten-collectieven gefunctioneerd, onder andere te Utrecht en Rotterdam. Het belang van de BWA is dat zij op de politieke implicaties van zelforganisatie voor de gezondheidszorg wijst. Dit accent is later op de achtergrond geraakt; ontwikkelingen rond zelforganisatie en zelfhulp worden nu meer uit een therapeutisch oogpunt belangrijk geacht.

Zelfhulp

In de psychiatrie is van 'zelfhulp' nog nauwelijks sprake. In het overige welzijnswerk krijgt zelfhulp en zelforganisatie een toenemende aandacht van zowel gebruikers als professionals (Wolfers, 1978; Kagie, 1979; Hoekendijk, 1979; Bakker en Karel, 1979). Dit speelt vooral bij problemen waarbij de (per definitie) kortdurende professionele ondersteuning niet volledig aan de vragen uit de probleemsituatie tegemoet kan komen. Men erkent tevens de grenzen van de beroepsmatige behandeling bij de eigen beleving van de cliënt, bijvoorbeeld bij borstamputatie.

In zelfhulpgroepen kan men in tegenstelling tot professionele hulpverlening betrekkelijk tijdsafhankelijk gedurende vele jaren bijeenkomen (AA, Feministische Oefengroepen, Radicale Therapie-FORT). Er is hierbij voldoende ruimte voor allerlei activiteiten buiten het probleem om. Niet alleen groepen burgers organiseren zich spontaan rond een bepaald probleem of situatie, ook professionals richten 'zelfgeleide' groepen op. Na ze een aantal keren bijeen te hebben laten komen, laten ze de groep zelfstandig verder gaan.

De ontwikkelingen in de psychiatrie en GGZ overziend kan men ook hier een tendens waarnemen naar een grotere rol voor non-professionals en meer zelfstandigheid van de patiënt (Bremer-Schulte, 1974, 1977; Beckers, 1975).

Vanuit de cliëntenorganisaties is er veel aandacht voor belangenbehartiging en zelforganisatie. We zouden deze lijn willen doortrekken naar 'zelforganiserende' organisaties. Is zo iets mogelijk?

Steunsystemen

Terwijl de BWA schrijft over zelforganisatie, introduceert Caplan in de Verenigde Staten het begrip 'steunstelsel' in de GGZ (Caplan, 1974). Hij omschrijft steunsystemen (supportsystems) als sociale aggregaten die individuen de mogelijkheid geven tot feedback over zichzelf. Steunsystemen kunnen op twee manieren werken. Allereerst verzamelen en bewaren ze informatie over kwesties in de buitenwereld, en geven ze leiding en richting aan het individu. Daarnaast kunnen ze dienen als toevluchtsoord.

Er bestaan spontane of natuurlijke systemen, en (hoewel niet door professionals) georganiseerde vormen. *Spontane natuurlijke steunsystemen* zijn het gezin of de familie, en 'pseudofamilies', zoals jeugdbendes en communes. Hierbij bestaat er een speciaal netwerk van informele zorgverleners zowel op algemeen als op specialistisch terrein. Deze worden ook wel amateurs genoemd; ter onderscheiding, omdat zo vrijwillig en kosteloos hulp bieden. Ze zijn niet noodzakelijk ondeskundig.

Georganiseerde steunsystemen zijn formele groepen en organisaties, zoals door vrijwilligers gevormde groepen en de wederzijdse hulp ('mutual aid') groepen. Beide gebruiken soms zorgverlenende professionals als hulpbronnen ('resource'). Ook de 'mutual aid' groepen vertonen zowel algemene als meer specialistische schakeringen, zegt Caplan. Wat hij hierover schrijft komt overeen met wat de BWA over belangenorganisaties zegt. Later legt hij nog duidelijker een band tussen steunsystemen en wederzijdse hulp (Caplan en Killilea, 1976). Caplan betoogt dat dergelijke groepen gestuurd moeten worden en serieus in de GGZ (bijvoorbeeld in de preventie) betrokken moeten worden; een onderwerp dat hij ook in Nederland onder de aandacht heeft gebracht (Caplan, 1978).*

In de steeds groeiende belangstelling voor zelfhulpgroepen, is ook door anderen dan Caplan gekeken naar hun mogelijke betekenis voor de GGZ (Moeller, 1978; Robinson en Henry, 1977). In de afgelopen jaren komt er steeds meer literatuur beschikbaar over zelfhulpgroepen, ook in de overige gezondheidszorg, onder noemers als 'self-care', 'self-help' en het al genoemde 'mutual aid' (Levin, Katz en Holst, 1979; Williamson en Danaher, 1978).

Individu en omgeving

De contacten die een individu onderhoudt met de buitenwereld zijn talrijk en betreffen onder anderen gezin, vrienden, familie en werkkring. Meestal behoort iemand echter tot niet meer dan vijf of zes groepen gedurende een bepaald ogenblik in het leven.

* Voor nadere informatie over de denkbeelden van Caplan zie de rubriek 'Forum', blz. 635 (red.).

Hiervan zullen misschien één of twee van wezenlijk belang zijn. De directe steun die het individu daaruit ondervindt houdt de persoon staande in geval van problemen of ziekte. Wanneer dit primaire steunsysteem te kort schiet, wordt er een beroep gedaan op andere steunsystemen, waaronder de professionele zorg.

Bij de (langdurig) opgenomen psychiatrische patiënt bestaat nu het gevaar dat er te weinig rekening wordt gehouden met enerzijds het onderhouden van contact met, en daarnaast het in stand houden van het oorspronkelijke, bij de toenmalige opname tekort schietende, steunsysteem. Men zou zich er op moeten richten om juist dat autochtone leefsysteem weer voldoende draagkracht te geven, of, samen met de patiënt, een vervangend systeem buiten de psychiatrie op te bouwen of te zoeken (Pincus en Minahan, 1973). Van Schaik (1979) wijst in dit verband op het belang van het tegemoet komen en contact onderhouden door een eigen steunsysteem van de inrichting als het maatschappelijk werk, met het oorspronkelijk ondersteunende (maatschappelijk werk) systeem van het gezin waar de patiënt uit komt.

In het therapeutische proces moet juist het contact met vrienden en familie weer op gang worden gebracht. Tevens moet het functioneren van gezinnen en vriendenkringen door de beroepskrachten actief gesteund en verbeterd worden. Hiertoe zullen echter andere methodieken ontwikkeld moeten worden. Het systeem, dat eerder tekort schoot, moet nu door middel van 'interventies' weer verstevigd worden, bijvoorbeeld met echtparen- of gezinstherapie (zie bijvoorbeeld Lange en van der Hart, 1979).

Deze ontwikkeling houdt in dat er ook een verschuiving is opgetreden van de medisch diagnostische behandeling, welke zich richtte op enkelingen (zieken), naar een interactionele sociale aanpak, waarbij men de grens van het systeem dat direct belangrijk voor het individu is voorlopig bij het gezin legt. Maar ook andere segmenten uit de oorspronkelijke leefomgeving van de patiënt zijn van belang. Het hanteren van contacten met dergelijke 'vage groepen' zal echter andere methodieken vragen van de professional, zoals bijvoorbeeld 'netwerkinterventies', samenlevingsopbouw- of vormingstechnieken.

Verandering van de omgeving

Sociale verandering is op verschillende manieren mogelijk, zowel bij het individu als bij instellingen. Men kan nieuwe gedragsregels introduceren binnen een bepaalde omgeving (of systeem). Men kan het geheel uitbreiden. Omgekeerd geldt dat wanneer het systeem of de interactie daarin te eng of te star wordt, er te weinig gedragsalternatieven overblijven. Door het toevoegen van iets, i.c. de therapeut, wordt bijvoorbeeld een systeem als het gezin uitgebreid met kennis en nieuwe mogelijkheden. Zo kan ook een inrichting een 'therapeut' nodig hebben.

Op een afdeling kan een bewoner afgesloten worden van de buitenwereld, van zijn familie en bekenden. Contact wordt steeds

moelijker, en daarmee de terugkeer in de maatschappij. De inrichting wordt steeds belangrijker, en 'zelfstandiger' in plaats van de patiënt. Indien men in de inrichting dit proces van verzelfstandiging niet meer kan sturen, zoals blijkt uit het optreden van een hospitalisatie-syndroom, is dit een ernstige zaak waarbij de inrichting ook in gebreke blijft ten opzichte van haar taak. De inrichting is dan een tē afgesloten omgeving geworden, er moet 'iets' aan worden toegevoegd.

Wanneer deze tendens wordt doorgezet, en tegelijk de aandacht voor het functioneren van de gestoorde gezinsinteractie blijft toenemen, ligt het voor de hand om de overige vormen van directe steun, die een individu uit de omgeving kan ontvangen, nader te bezien. Zijn er andere groepen of verbanden waar het individu deel van uitmaakt of zouden dergelijke netwerken opgezet kunnen worden? Nieuwe vragen zijn dan wat de rol van de professional moet zijn bij zo'n nieuw ontworpen systeem; hoe er contact mee gelegd moet worden, en op welke wijze zijn inmening gelegitimeerd kan worden.

Het gaat erom dat de staf alert is ten aanzien van de aanwezigheid van maatschappelijke steunmogelijkheden, en er contact mee opbouwt en onderhoudt. Ook binnen de inrichting kunnen overigens zinvolle en steunende initiatieven in de omgeving gecreëerd of geassisteerd worden.

Nieuwe steunsystemen binnen de inrichting

In verschillende inrichtingen zijn er patiëntenraden. Het blijkt dat deze raden een zinvolle en nieuwe activiteit voor patiënten vormen. Een dergelijk initiatief moet gesteund worden en er moet zorg voor worden gedragen dat er ruimte is voor de raad om bijeen te komen, evenals mogelijkheden om het landelijk contact te vergemakkelijken. Een blad als de Gekkenkrant, de Werkgroep KZ-wet, en ook de Cliëntenbond onderhouden vele contacten met psychiatrische patiënten op de afdelingen. Al dit soort contacten zijn zowel voor patiënten als hulpverleners een nuttige omgeving. Het maakt nieuwe ondersteuning mogelijk, maar dient ook als terugkoppeling op het functioneren van de inrichting. De vraag blijft echter bestaan of er voor de gewenste veranderingen wel steeds een voldoende beroep wordt gedaan op alle reserves en mogelijkheden in de gegeven omstandigheden. Het gaat er om daar steeds gevoelig voor te blijven. Zo nodig moeten er nieuwe vormen gecreëerd worden.

Bij deze aandacht voor individuën, groepen en hun omgeving geldt voor de werkers in de GGZ steeds het principe dat het hun taak is om het leefmilieu van de bewoners zodanig te creëren dat zelfstandigheid en eigen initiatief mogelijk worden, en dat er meer vrijheid komt om te handelen en iets te doen voor zichzelf en voor elkaar. Men kan dit onder andere realiseren door het formeren van kleinschalige wooneenheden die zoveel mogelijk op zichzelf staan, in hun eigen behoeften voorzien, en gericht zijn op het zo-

veel mogelijk deelnemen aan de maatschappij. Ook ten aanzien van arbeidsmogelijkheden moeten er voorzieningen getroffen worden. Hiertoe kan aansluiting worden gezocht bij experimentele of alternatieve vormen van wonen en werken zoals in woongemeenschappen of coöperatieve werkplaatsen (Kagie, 1979). Experimenten met gezamenlijke woonvormen kunnen niet geschuwd worden. Men zou de weg van verzelfstandiging van patiëntengroepen verder moeten ondersteunen (Beckers, 1975; van Eynde, 1978). Patiënten die weg willen (of kunnen) moeten opnieuw met zowel hun oorspronkelijke als nieuwe steunsystemen in contact worden gebracht. Het gaat om zelfstandigheid in open contact met de omgeving. Deze beide strategieën lopen parallel en gaan in de richting van verzelfstandiging van zowel bewoners in de inrichting als cliëntengroepen daarbuiten. Zowel binnen als buiten de instelling is méér zelforganisatie mogelijk.

Integratieve methoden

Een manier van werken als hierboven geschetst is nog niet gebruikelijk in de psychiatrie en de GGZ. Indien er al een begin is gemaakt, ontbreken de termen waarin de hier gestelde problematiek verwoord kan worden. Bruikbare concepten als systeembenadering en sociaal leren worden echter gevonden in Amerikaanse en Engelse literatuur over welzijnswerk (Caplan, 1974; Pincus en Minahan, 1973; Goldstein, 1973) waar men ze wel samenvat onder de term 'integratieve methoden' (Specht en Vickery, 1977). Hiermee wordt de scheiding tussen de gebieden van ambulante en intra-murale psychiatrie, tussen verschillende werksoorten als hulpverlening en vorming, en tussen verschillende methodieken voor individu, groep of gezin doorbroken. De strikte verdeling in therapiesoorten naar hun vormen en grondleggers komt te vervallen.

Reeds langere tijd put men in de hulpverlening uit verschillende sociale (en andere) wetenschappen. Momenteel worden professionals tijdens hun opleiding niet meer uitsluitend met slechts één methodiek als de psycho-analyse of het case-work vertrouwd gemaakt. Opbouwwerk en maatschappelijk werk zoeken contact in de wijk. In de psychiatrie doen steeds meer therapievormen hun intrede. Men zal straks echter nog meer op typen van problemen en samenklontering in probleemsituaties ingespeeld moeten zijn (Bakker en Karel, 1979). Men kan als beroepskracht niet meer vanuit de eigen discipline en professie iedere cliënt op uniforme wijze tegemoet treden, maar men zal een flexibele benadering moeten gebruiken, aangepast aan de probleemsituatie van de cliënt en zelf kiezend uit een scala van mogelijke benaderingen (Bloom, 1975).

Hierboven gaven we al een drietal grensvervagingen aan. Men kan dit proces echter ook actief ondersteunen en streven naar verder afbreken van de grenzen. Om de grens van de inrichting opzettelijk te laten vervagen en de omgeving af te tasten naar andere

steunsystemen, bepleiten we een integratieve, systeemgerichte aanpak. In de regio moet samenwerking gezocht worden met andere disciplines, in andere organisatorische verbanden en zorggebieden. Nieuwe initiatieven rondom de zich veranderende hulpvraag en zich organiserende gebruikersgroepen moeten gesteund worden. Hiermee kunnen ook nieuwe hulpreservoirs aangeboord worden. Binnen in de instelling moeten interne democratiserings- en verzelfstandigingsprocessen actief gesteund worden. Dit alles kan bijdragen tot een de-psychiatisering en verminderde medicalisering van de samenleving. Men zou moeten streven naar situaties waarin mensen zelf problemen aanpakken, in onderlinge wederkerigheid en samenwerking. Hiertoe is al te beginnen in de 'nulde' lijn, door middel van voorlichting en preventie. Maar dit houdt ook voorzieningen in op sociaal cultureel gebied voor jongeren, vrouwen en andere achtergestelden in de samenleving (Janssen, 1978). Men denke aan VOS-cursussen (Vrouwen Oriënteren zich op de Samenleving), spontane Open School groepen (ook voor mannen!), projecten voor en door jongeren als sleutelwerkplaatsen en ontmoetingscentra, zelfgeleide voorzieningen rond werkeloosheid als klusjesdiensten of re-cycling van gebruiksgoederen, etcetera. Dergelijke activiteiten moeten geïntegreerd zijn in het totale gezondheids- en welzijnszorgbeleid op wijk- of regioniveau rond gezondheids- en buurtcentra. Buiten de inrichting valt voorts te denken aan contact van werkers in de inrichting met steunsystemen als belangengroepen en vakbonden, de vrouwenbeweging, communes, etnische groeperingen, vrijwilligers, zelfhulpgroepen, patiëntenverenigingen, etc.

Ombouw van de inrichting

De psychiatrische inrichtingen bevinden zich al een tiental jaren in roerige omstandigheden, zoals bleek uit het voorafgaande. De maatschappij dringt de inrichting binnen. Het wordt nu tijd er iets mee te gaan doen. De roep om deze experimenten zal alleen nog maar groter worden. Mensen moeten behandeld worden in open interactie met hun omgeving en niet geïsoleerd. Professionals hebben hierbij ook een taak in dit milieu. Een vereiste hiertoe is dat zij relativerender over hun eigen werk kunnen denken. Eén mogelijkheid voor werkers is om verbindingen te leggen tussen de verschillende instellingen van de psychiatrie enerzijds en andere steunmogelijkheden anderzijds. Een mogelijke verbinding (naast andere) is weer het 'intersysteem': een tijdelijke samenwerking tussen werker en gebruiker waarbij alleen deze verbinding wordt benadrukt (Bakker en Karel, 1979). Onderhandelen over de aard en produkten van de samenwerkingsrelatie vormt een wezenlijk onderdeel in dit contact en sluit aan op een integratieve methodische benadering.

Een meer ingrijpende aanpak is het tot ontwikkeling brengen van nieuwe steunsystemen in de omgeving van de inrichting, of het contact leggen met bestaande voorzieningen of alternatieve leef-

verbanden en de bewoners hier naar toe laten gaan. Dit impliceert het uiteindelijk ombouwen van de inrichting tot zelfstandige woon- en werkdelen en verblijfshuizen in de regio. Het grootste deel der patiënten kan weg uit de inrichting. De werkers gaan samen met de (meeste) cliënten terug naar de samenleving en de ambulante zorg in de eerste en tweede lijn. Oude systemen worden zodoende vernieuwd, en mensen worden in contact gebracht en verbonden met andere steunsystemen. Kleinschalige, zichzelf verzorgende eenheden, die als tijdelijke opvang dienen, nemen de plaats in van de inrichting. Slechts een klein deel van de bewoners, dat niet weg wil of kan, blijft achter in een andere vorm van zelforganisatie. De inrichting wordt omgevormd tot een service verlenend instituut dat bijvoorbeeld scholing en vorming ten behoeve van de omringende eenheden verzorgt. Bij elk van dergelijke strategieën treden verschillende moeilijkheden op, zoals bijvoorbeeld problemen rond de beddenbezetting en personeelssamenstelling die de inrichting qua mogelijkheden binden. Men kan niet van de ene op de andere dag patiënten en personeel ontslaan, zonder de financiering van de inrichting en de werkgelegenheid in de regio ernstig te bedreigen. Nadere studie van de inrichtingen op de mogelijkheden hiertoe is wenselijk. Een ontwerp als hier geschetst vraagt bij verdere ontwikkeling een zorgvuldige afweging van onderzoek, begeleiding en beleidsplanning.

Veranderingsmogelijkheden

Er zijn verschillende veranderingsstrategieën te onderscheiden. Een *eerste* is om iedereen uit de inrichting met algemeen ontslag te sturen, zoals bijvoorbeeld Basaglia in Triest deed. Hierbij kunnen mogelijk schadelijke neveneffecten optreden zoals verhoogde suicide, en ook kan de overheid hierin mogelijkheden zien om bezuinigingen door te voeren, en opeens meer inrichtingen te sluiten of in te krimpen. Een ander effect kan zijn dat cliënten zich spontaan gaan organiseren om deze situatie het hoofd te bieden. Ze kunnen de inrichting gaan bezetten, maar ook zelf huizen in groepsverband gaan bewonen na kraakacties. Een aparte mogelijkheid hierbij is dat men zelf ontslag neemt of wegloopt. Als variant op tekortschietende zorg en in navolging van initiatieven ten behoeve van mishandelde vrouwen (Blijf van mijn Lijf) ontwerpt men een weglouphuis voor psychiatrische patiënten. Een moeilijke probleemgroep woont zelfstandig met minimale begeleiding door vrijwilligers en organiseert zijn eigen opvang in deze situatie. Men ziet dan het opvallende verschijnsel dat hulpverlening tot zelfhulp leidt. Dit is geen crisis- of noodhulpverlening, maar het creëren van eigen hulpvoorzieningen met de mogelijkheid om deze zelf vorm te geven en in eigen beheer te houden.

Een *tweede* strategie is een ontwikkelingsprogramma dat zich over een tiental jaren uitstrekt. Een voorbeeld van het naar buiten verplaatsen van de inrichting zien we bij Sanders (1970). Patiënten krijgen een gezamenlijk woon- en werkproject aangeboden,

met een zich geleidelijk terugtrekkende staf. Dergelijke pogingen kunnen ook omschreven worden als 'verdunnen' van de instelling; de bewoners worden over een grotere omgeving verspreid (Van Eynde, 1978). In Nederland kennen we deze gedachtengang als relatieve verdunning (of verrijking) in de zwakzinnigenzorg. Op het inrichtingsterrein kunnen ook andere mensen gaan wonen. Men kan ook verdunnen door de inrichting in een reeks kleine, voor zichzelf zorgende eenheden op te splitsen, op het eigen terrein, of (nog beter) verspreid over de omgeving. In al deze gevallen gaat het om grensvervaging, of liever grensverruiming.

Een derde mogelijkheid is de inrichting zelf als steunstelsel te verbeteren en in te richten via zelforganisatie. Een begin zien we in de therapeutische gemeenschap, waarbinnen gestimuleerd wordt dat de bewoners met elkaar activiteiten gaan ontplooiën, maar dan met vermindering van professionele begeleiding. Nuttige ervaringen worden hiertoe opgedaan in crisiscentra, voor jongeren of mishandelde vrouwen, en in therapeutische centra met kortdurende opname als in de PAAZ-Overvecht (Dronkers, 1976; Portier, 1977). Een andere aanpak hierbij is het verder uitbreiden van dag- en avondklinieken waar mensen slechts een gedeelte van de dag of nacht verblijven, en zoveel mogelijk in een gewoon levensritme blijven. Ook hier kan het functioneren van zelfgeleide groepen verder bevorderd worden.

Bij de hier geschetste drie mogelijkheden gaat het er steeds om dat de greep van de instelling op de omgeving van de cliënt verminderd wordt. Het ontwikkelen van veel 'grensoverschrijdend' verkeer is nodig tussen bewoners, inrichting en steunsystemen (zoals onderzoekers die vormen). Er zijn misschien nog meer mogelijkheden of strategieën, maar bij elk zal een geleidelijke overgang nodig zijn.

De vraag is dus: waar stuur je 'gekken' naar toe, als er geen inrichtingen meer zijn? Dit vereist dan de mogelijkheid om in de samenleving (tegen groeiende arbeidsindeling en vervreemding in) nieuwe steunmogelijkheden op te richten die de taak van de inrichtingen overnemen. Bij het creëren van dergelijke voorzieningen kunnen (voormalige) cliënten een sleutelpositie vervullen. Deel van een overgangsprogramma zal bijvoorbeeld ook een crisisopvangcentrum moeten zijn. Hier ligt ook een rol voor vrijwilligers. Indien een instelling werkt met wachtlijsten kan hiervan al gebruik gemaakt worden. Men kan een combinatie vormen van vóór- en nazorggroepen. De pas ingeschreven mensen vinden erkenning in hun hulpvraag en krijgen tegelijk de verwerkte ervaring te horen van bewoners die alweer voor een groot deel uit de problemen zijn: zelfhulp door het uitwisselen van eigen ervaringen, en het leren van mensen die eerder in eenzelfde situatie verkeer hebben. Men kan spreken van 'gestuurde' protoprofessionalisering (de Swaan, 1976), omdat zij die op het punt staan de inrichting te verlaten de gelegenheid wordt gegeven hun ervaringen, kennis en vaardigheden door te geven aan anderen. De groepen kunnen zich ook verzelfstandigen.

Het opzetten van kleinschalige woon/werkprojecten voor psychiatrische patiënten is niet zo utopisch als het misschien lijkt. Gershon en Biller (1979) hebben de mogelijkheden bestudeerd van een aantal projecten op basis van zelforganisatie binnen de psychiatrie in de USA. Zij wijzen op gunstige resultaten, vooral wat betreft resocialisatie en nazorgprogramma's, meestal op basis van groepswooningen. De duidelijkste voorbeelden van zelfhulp geven groepen van ex-patiënten op basis van wederzijds helpen. Fairweather e.a. (1974) beschrijven een vijfjarig onderzoek onder 255 inrichtingen in de USA naar experimenten met een gemeenschappelijke woning voor patiënten. Ze geven een groot aantal principes en adviezen voor de veranderingsdeskundige. Sanders (1970) beschrijft een tot het werk van Fairweather c.s. behorend project met een zelfstandige woon- en werkgemeenschap, die een klusjesdienst drijft en sociaal en financieel onafhankelijk is. Het is dus zeker mogelijk om een dergelijke aanpak op basis van zelforganisatie succesvol te verwezenlijken. Het is hiervoor nodig om een meer cliënt-, taak- en probleemgerichte methodiek toe te passen (zie bijvoorbeeld Reid en Epstein, 1972). Er zullen voorbeeldexperimenten opgezet moeten worden, en met behulp van ondersteunend handelingsonderzoek kan een dergelijke werkwijze verder verbreid worden.

Zowel voor dergelijk werken in als buiten de inrichting geldt dat de opleiding van de werkers bijgesteld moet worden. In de inrichting zal het zelfdoen van de bewoners meer gestimuleerd moeten worden, buiten moet contact gezocht worden en samengewerkt worden met nieuwe steunsystemen. Deze samenwerking met andere disciplines en groepen volgens de eerder genoemde systeemgerichte integratieve aanpak vraagt een andere beroepsrol dan 'zorgen voor' en getraind zijn in één bepaalde methodiek of werkwijze. Zo zullen de werkzaamheden van de werker meer verschuiven in de richting van consultatie (zie ook Lansens, 1977). Het proces van verzelfverstandiging kan ook begeleid worden door middel van training en supervisie in groepsverband.

Besluit

De vraag of het mogelijk is de bestaande psychiatrische inrichting ingrijpend te veranderen, kan positief beantwoord worden. De ontwikkeling zal moeten gaan in de hierboven geschetste richting, naar autonome, kleinschalige, self-supporting wooneenheden, al dan niet met geïntegreerde arbeidsplaatsen, en in de nabijheid van de eigen woonomgeving. Niet alleen voor de betrekkelijk jonge patiënt die na enige tijd al weer ontslagen wordt uit de inrichting is dit goed te realiseren. Nog meer van belang is dat ook de oudere verblijfspatiënt, al dan niet via overgangsprogramma's, een meer volwaardige, zelfstandige leefomgeving krijgt aangeboden.

Het is hiertoe gewenst dat professionals gebruik leren maken van een scala aan vaardigheden in een integratieve methodiek. Er zul-

len proefprojecten opgezet dienen te worden, die als voorbeeld dienen voor de andere instellingen. Dergelijke projecten moeten begeleid worden door onderzoek, dat erop gericht is op de wijze waarop de veranderingen uitgevoerd kunnen worden.

De acties tegen de psychiatrie spelen zich vooral buiten de inrichting af. Het zijn pogingen om er van buiten af in door te dringen en iets te veranderen. Emancipatie moet echter ook van binnen uit komen. Misschien raakt de vernieuwende kracht van de psychotherapeutische gemeenschap uitgewerkt. In plaats van nu te zoeken naar geheel nieuwe concepten, is het ook mogelijk er nog iets aan toe te voegen en bijvoorbeeld verder te werken in de richting van eigen beheer of zelfbestuur door cliënten. Hier ligt ook een taak voor de beroepskracht om te helpen de grens tussen psychiatrie en maatschappij verder af te breken en te vervagen.

Literatuur

- Bakker, B. en M. Karel (red.) (1979), *Zelfhulp en welzijnswerk. Ervaringen van professionals met zelfgeleide groepen*. Samson, Alphen aan den Rijn.
- Beckers, J. (1975), De psychiatrische problematiek: een gebrek aan alternatieven. *T. Psychiat.* 17, 579-590.
- Bloom, M. (1975), *The paradox of helping. Introduction to the philosophy of scientific practice*. Wiley, New York.
- Bosma, A. (1975), De ecologische benadering in de psychiatrie. *T. Psychiat.* 17, 231-247.
- Bras, J. (1975), *Tweespraak tussen residentiële andragogieek en psychiatrische verpleegkunde*. De Tijdstroom, Lochem.
- Bras, J. en F. van Ree (1977), *Het psychiatrisch ziekenhuis in nieuw perspectief*. Wolters Noordhoff, Groningen.
- Bremer-Schulte, M. (1974), *Medehelpers in de geestelijke gezondheidszorg. Een onderzoek naar het functioneren van nonprofessionals in ontmoetingsgroepen*. Dekker en van de Vegt, Nijmegen.
- Bremer-Schulte, M. (1977), Is de sociaal psychiatrische dienst uitsluitend een zaak van beroepskrachten? *T. Psychiat.* 19, 14-26.
- BWA, Werkgroep Welzijnzorg van de, (1974), *Naar een politieke analyse van het welzijnswerkbestel*, SUN, Nijmegen.
- Caplan, G. (1974), *Support Systems and community mental health. Lectures on concept development*. Behavioral Publications, New York.
- Caplan, G. (1979), *Verslag seminar on primary prevention 1978*. NVAGG, Utrecht.
- Caplan, G. en M. Killiliea (eds.) (1976), *Support systems and mutual help. Multidisciplinary explorations*. Grune and Stratton, New York.
- Dijk, P. van (1978), *Naar een gezonde gezondheidszorg. Gezondheidswinkels, bijdrage tot de deprofessionalisering van de gezondheidszorg*. Ankh-Hermes, Deventer.
- Dronkers, F. (1976), Een (socio)therapeutische gemeenschap voor adolescenten met een non-professionele staf. *T. Psychiat.* 18, 535-539.
- Eynde, I. van (1977), Wegen naar een 'therapeutische leefgemeenschap' voor psychiatrische patiënten. *T. Psychiat.* 19, 663-684.
- Eynde, I. van (1978), Enkele nieuwe woonvormen voor psychiatrische patiënten. *T. psychiat.* 20, 79-94.
- Fairweather, G., D. Sanders en L. Tornatzky (1974), *Creating change in mental health organisations*. Pergamon, New York.

- Gershon, M. en H. Biller (1977), *The other helpers. Paraprofessionals and non-professionals in mental health*. Lexington Books, Lexington (Mass.).
- Goldstein, H. (1973), *Social work practice: a unitary approach*. University of S.-Carolina Press, Columbia.
- Heerma van Voss, A. (1978), De geschiedenis van de gekkenbeweging. Belangenbehartiging en beeldvorming voor en door psychiatrische patiënten (1965-1978). *MGV* 33, 398-428.
- Hoekendijk, L. (1979), *Werkboek zelfhulp*. Landelijke St. Werkwinkel Afd. Studiecetrum, Lindelaan 20, Bussum.
- Hout, A. van den (1978), Ex-psychiatrische patiënten en hun sociaal functioneren. *T. Psychiat.* 20, 643-552.
- Janssen, R. (red.) (1978), *Maatschappelijke achterstelling. Praktijkervaringen van welzijnswerkers*. Samson, Alphen aan den Rijn.
- Kagie, R. (1979), *Op eigen kracht. Zelfhulp en zelforganisatie in Nederland en West-Duitsland*. Nelissen, Bloemendaal.
- Lange, A. en O. van der Hart (1979), *Gedragsverandering in gezinnen*. Wolters-Noordhoff, Groningen.
- Lansen, J. (1977), Consultation-liasion' psychiatrie. *T. Psychiat.* 5-13.
- Levin, L., A. Katz en E. Holst (1979), *Self-care. Lay initiative in health* (2nd ed.). Prodist, New York.
- Moeller, M. (1978), *Selbsthilfegruppen. Selbstbehandlung und Selbsterkenntnis in eigenverantwortlichen Kleingruppen*. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg.
- Pincus, A. en A. Minahan (1973), *Social workpractice, model and method*. Peacock, Itasca (Ill.).
- Portier, L. (1977), Cliëntsysteembenadering en therapeutische gemeenschap. *T. Psychiat.* 19, 232-252.
- Reid, W. en L. Epstein (1972), *Task-centered casework*. Columbia, New York. Vertaald als: *Taakgericht casework. Doelstellingen en methoden van de korte behandeling*. Van Loghum Slaterus, Deventer (1977).
- Robinson, D. en S. Henry (1977), *Self-help and health. Mutual aid for modern problems*. Martin Robertson, London.
- Sanders, D. (1970), 75 patients - 0 professionals. The lodge program in community rehabilitation. *Attituda* 10, 7 (nov/dec). Tevens opgenomen in: A. Katz, E. Bender (1976), *The strength in us. Self-help groups in the modern world*. Franklin Watts, New York. Vertaald als: Resocialisatie via gemeenschappelijk wonen en werken. In: B. Bakker en M. Karel (red.) (1979), *Zelfhulp en welzijnswerk. Ervaringen van professionals met zelfgeleide groepen*. Samson, Alphen aan den Rijn.
- Schaik, G. van (1979), *Diepte en breedte. Een pleidooi voor de verbreding van contacten tussen de psychotherapeutische gemeenschap en de buitenwereld*. Scriptie Sociale Academie, Amsterdam.
- Specht, H. en A. Vickery (eds.) (1977), *Integrating social work methods*. Allen & Unwin, London.
- Swaan, A. de (1976), De mens is de mens een zorg. Over de verstatelijking van verzorgingsarrangementen. *De Gids*, 35-47.
- Trimbos, K. (1975), *Anti-psychiatrie, een overzicht*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Williamson, J. en K. Danaher (1978), *Self-care in health*. Croom Helm, London.
- Wolffers, I. (1978), *Zelfhulpgroepen. Een nieuw fenomeen in de gezondheidszorg*. Bert Bakker, Amsterdam.
- Zwanikken, G. (1979), Psychiatrische kliniek en eerste lijnszorg. *T.Psychiat.* 21, 481-488.