

SOCIAAL-PSYCHIATRISCHE DIENST EN GEVESTIGD MEDICUS

door Dr. L. J. HUT

(directeur van de Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Noordholland)

Het zij mij vergund nu de Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Noord-Holland als gastvrouw voor deze bijeenkomst optreedt, mijn voordracht te mogen aanvangen met enkele opmerkingen betreffende de structuur van die Stichting.

De Stichting is een *particuliere stichting*, opgericht door de drie kruisverenigingen (Witte Kruis, Wit-Gele Kruis, Oranje Groene Kruis) en de afdeling Noord-Holland van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. In het bestuur hebben zitting vertegenwoordigers van de subsidiërende gemeenten en van de provincie, benevens vertegenwoordigers van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, de Nederlandse Federatie van Medisch Opvoedkundige Bureaus, Pro Juventute en enige Reclasseringsverenigingen. De stichting beoogt de geestelijke volksgezondheid te dienen met inachtneming van de levensbeschouwelijke achtergronden der bevolking. Het werkgebied omvat de gehele provincie Noord-Holland met uitzondering van Amsterdam en Haarlem (met enkele randgemeenten), die een gemeentelijke dienst bezitten. Het werkgebied van de stichting is in een achttal districten met subcentra verdeeld; per district zijn onderscheiden teams werkzaam, afgestemd op de wereldbeschouwelijke structuur van het district. Het benoemingsbeleid van het bestuur wordt door de burgemeester van Alkmaar, in welke gemeente het hoofdbureau van de stichting gevestigd is, bekrachtigd.

De personeelsleden hebben de status van ambtenaar in de zin van de pensioenwet (behoudens enkele uitzonderingen).

De stichting omvat een viertal diensten t.w. een sociaal-psychiatrische dienst, een aantal medisch opvoedkundige bureaus, bureaus voor school- en beroepskeuze en schoolpsychologie, en een B.L.O. nazorg.

Over deze diensten enkele opmerkingen. Wat betreft de *sociaal-psychiatrische dienst* zijn er momenteel op een totale bevolkingsgrootte van 950.000 personen omstreeks 5000 ingeschreven bij de voorzorg en omstreeks 2500 bij de nazorg. Deze dienst is de oudste afdeling van de stichting en dateert uit 1939. In 1949, toen de stichting haar huidige vorm kreeg, omvatte de voor- en nazorgdienst omstreeks 1500 ingeschrevenen. De dienst heeft steeds de nadruk gelegd op preventie; het aantal ingeschrevenen bij de voorzorg was reeds vóór 1949 beduidend hoger dan het aantal van de nazorg, in afwijking met verschillende andere diensten in den lande. De verhouding tussen het aantal afge-

schrevenen en het aantal nieuw ingeschrevenen is de laatste jaren omstreeks 1:1,7 met een jaarlijks accres van plm. 10 procent, terwijl de bevolkingstoename jaarlijks plm. 2 procent bedraagt. Er is blijkbaar nog geen evenwicht hiertussen.

Overzicht van het aantal voor- en nazorgpatiënten over de jaren 1950—1961, uitgedrukt in promillages van het aantal inwoners binnen het werkgebied van de Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid in Noord-Holland.

	Inwoners		Patiënten	‰ ₀₀
1 - 1 - 1950	619.186	105 gem.	1.284	2.07
1 - 1 - 1951	631.928	105 gem.	1.958	3.10
1 - 1 - 1952	640.838	105 gem.	2.350	3.67
1 - 1 - 1953	650.361	105 gem.	2.969	4.57
1 - 1 - 1954	845.585	114 gem.	3.458	4.09
1 - 1 - 1955	859.485	114 gem.	4.362	5.08
1 - 1 - 1956	877.540	114 gem.	4.405	5.02
1 - 1 - 1957	893.508	114 gem.	4.745	5.31
1 - 1 - 1958	911.569	114 gem.	4.989	5.47
1 - 1 - 1959	932.519	114 gem.	5.570	5.97
1 - 1 - 1960	951.407	114 gem.	6.182	6.50
1 - 1 - 1961	972.167	113 gem.	6.670	6.86

De afdeling M.O.B. beschikt over een 10-tal bureaus, waar sociaal-psychiatrische en paedagogische adviezen gegeven worden ten aanzien van het middelzwaar gestoorde kind met leer- en aanpassingsmoeilijkheden. De adviezen worden opgesteld na een onderzoek door een team bestaande uit psychiater, psycholoog, kinderarts en psychiatrisch sociaal werkster. De bureaus voor school- en beroepskeuze en schoolpsychologie vangen de minder gestoorde kinderen op, waarbij het advies door de psycholoog veelal alleen gegeven kan worden; ook verzorgt deze afdeling de zgn. determinatie onderzoeken op verschillende lagere scholen waarbij het bestand van het hoogste leerjaar onder de loep genomen wordt en tevens de richting voor het wenselijk geachte vervolgonderwijs aangewezen kan worden. De determinatie onderzoeken hebben hiernaast ook een preventief doel; bij de bespreking van de gevonden probleemgevallen wordt met het onderwijzend personeel de gehele schoolgang van het betrokken kind nagegaan. Deze werkwijze heeft tot gevolg gehad dat momenteel op verschillende scholen een aantal probleemgevallen reeds in de eerste leerjaren verwezen worden. Dat bij deze werkzaamheden ook contact onderhouden wordt met de betrokken schoolarts spreekt vanzelf. Tenslotte verzorgt deze afdeling de L.O.M. en B.L.O. selectie, binnen het kader van de

bestaande bepalingen. Het aantal kinderen dat momenteel per jaar op de M.O.B.'s en de bureaus voor school- en beroepskeuze wordt aangemeld bedraagt 3000 à 3500.

De B.L.O. nazorg geeft sociaal psychologische en sociaal psychiatrische hulp aan oud B.L.O. leerlingen, in samenwerking met de regionale sociaal-paedagogische B.L.O. nazorg die afzonderlijk georganiseerd is.

Het personeelschema van de dienst, waarbij eventuele part-time functies omgerekend zijn tot full-time.

<i>Functies</i>	<i>Alg. leiding</i>	<i>S.P.D. (incl. nazorg B.L.O.)</i>	<i>M.O.B.</i>	<i>School- en beroepskeuze c.a.</i>
Psychiaters	1	5	3	—
Psychologen	1	4	5	10
Kinderartsen	—	—	*)	—
Verpleegsters	—	25	—	—
Psych. soc. werkster	—	—	12	—
Adm. krachten	1	—	21	—
Huish. krachten	—	—	4	—

*) worden per onderzoek ingeschakeld.

De *financiering* bestaat vooreerst uit een bijdrage van de gemeenten op basis van f 0,50 per inwoner per jaar. Voorts is er een aanzienlijke provinciale subsidie terwijl het Rijk subsidieert volgens de hier bekend veronderstelde richtlijnen. De dienstverlening van de S.P.D. is gratis, die van de andere afdelingen geschiedt naar een tarief dat rekening houdt met gezinsinkomen en gezinsgrootte.

Het is begrijpelijk dat een dergelijk apparaat een eigen plaats inneemt in de voorzieningen van de volksgezondheid in ons gewest, met gevolg dat het noodzakelijk is zich af en toe te bezinnen op terreinafbakening, samenwerking, coördinatie en integratie t.a.v. andere instellingen en m.n. met betrekking tot de *gevestigde medici*, zowel huisartsen als specialisten.

Ik zal mij bij de behandeling van dit onderwerp beperken tot onze ervaringen in Noord-Holland. De Noordhollandse dienst heeft weliswaar een tweetal grotere centra, maar is in hoofdzaak een *plattelands dienst*, waardoor de problematiek een speciaal coloriet krijgt. Dit wil ik graag vooraf duidelijk onderstrepen. Veel van wat in grotere steden als vanzelfsprekend beschouwd wordt, spreekt beslist niet vanzelf op het platteland. Er zijn nog gemeenten waar de burgemeester van al de wederwaardigheden van vrijwel al zijn plaatsgenoten op de hoogte is en

wil blijven, wat met betrekking tot het medisch ambtsgeheim wel eens tot collisies kan voeren; hiervoor moge ik U verwijzen naar de ondervermelde Utrechtse nota. Er is op het platteland een vervoersprobleem, vooral bij mist en gladheid; het is een onmogelijkheid om hier een zodanige wachtdienst in het leven te roepen dat à la minute een verpleegster of psychiater bereikbaar is — althans wanneer men niet een drievoudig budget kan opbrengen. Er zijn ten plattelande praktisch geen gevestigde zenuwartsen, zodat patiënten die therapie nodig hebben deze ver van hun woonplaats verwijderd moeten halen en daardoor nog al eens van de een naar de ander gaan en in een kritiek stadium via de dienst in een psychiatrische inrichting worden opgenomen, hetgeen dan niet zelden zonder voorkennis van deze psychiaters geschiedt. Verzoeken om therapie aan de districtspsychiater komen dan ook niet zelden voor, zelfs uitgaande van de huisarts, hoewel een dergelijke activiteit onzerzijds m.i. niet juist is. Men kan in deze aangelegenheid ook nog vragen: waar is de grens tussen het sociale werk en de curatieve individuele behandeling?

Het is onze ervaring dat de *omvang* van het werk niet alleen quantitatief toeneemt maar ook kwalitatief verandert. Aanvankelijk lag het accent op de nazorg, daarna verschoof het naar de voorzorg; in de laatste tijd zijn onze bemoeiingen vooral met het actuele psychiatrische conflict vele. Er is bij ons een duidelijke accentverschuiving merkbaar.

Niet alleen het psychiatrische conflict dat opnemings vraagt, maar ook het conflict van de in hoofdzaak maatschappelijk devieërende mens wordt ons meer en meer ter behandeling aangeboden, m.n. vanuit de arbeidssferen der onderscheiden sociale diensten — ten plattelande nog veelal diensten voor Maatschappelijk Hulpbetoon geheten. Verschillende dezer devianten zijn ergens in de grote stad bij een zenuwarts in behandeling of in behandeling geweest of intermitterend in behandeling, zonder dat wij dit weten of dat ons dit gezegd wordt, ook dikwijls zonder dat de huisarts het weet. Het komt zelfs voor, dat de betrokkene habitué is van meerdere zenuwartsen tegelijk! Wat betreft het *bestaansrecht* van de S.P.D. kan gememoreerd worden, dat hierbij historische factoren een rol gespeeld hebben: destijds voorzag de dienst in een behoefte: het bleek dat de typische voor- en nazorg moeilijk in een full-time psychiatrische privé praktijk ingebed kon worden.

En ook thans bevestigt de ervaring dit. Het mag waar zijn dat bij het toenemen van het aantal der gevestigde zenuwartsen de neiging bestaat om ook voor- en nazorg te bedrijven, aan de andere kant bestaat er de neiging om meer en meer de behandeling van het actuele psychiatrische conflict,

dat veelal op ongelegen ogenblikken aandacht en handelen vraagt, af te stoten en naar een dienst te verwijzen; niet alleen door de gevestigde zenuwartsen, maar ook door de huisarts. De dienst is er immers toch en behoort steeds in te kunnen springen, is meestal het oordeel van de gevestigde medicus, waarbij dezerzijds opgemerkt kan worden dat juist hiervoor de dienst ten principale niet is opgezet en voorts dat een plattelandsdienst nu bepaald niet altijd en onmiddellijk ter plaatse kan zijn bij actuele verwickelingen betreffende hem onbekende personen, tenzij het routine voor- en nazorgwerk, waarvoor de dienst in het leven geroepen werd, verwaarloosd wordt. Dat de diensten met betrekking tot hun werkprogramma evenwel geen star dogmatische instelling hebben, moge blijken uit hun naamswijziging: vroeger voor- en nazorg, thans sociale psychiatrie. Dit impliceert dat de diensten begrip hebben voor de noodzakelijkheid van een psychiatrische E.H.B.O. Dit impliceert ook dat zij zich meer op maatschappelijk terrein begeven (woningproblemen, vluchtelingenvraagstukken, deviantenzorg c.a.), maar zij dienen er m.i. voor te waken dat hun oorspronkelijke taken hierdoor in de knel komen en door de gevestigde zenuwartsen terug gezogen worden.

Dit voert ons als vanzelf naar de *bezwaren* die door de gevestigde medici t.o.v. diensten als deze aangevoerd worden. Er bestaat nog steeds het algemene bezwaar tegen consultatiebureaus en diensten, waardoor volgens sommigen de vrije uitoefening van het beroep uitgehold zou worden. Dit is een zaak met vele kanten, verstandelijk-zakelijke en gevoelsmatig-affectieve. Het is een opmerkelijk feit dat veranderende activiteiten van een dienst vrijwel onmiddellijk repercussies in de gevestigde artsenstand oproepen. Men leze in dit verband nog eens hoofdstuk XVII van ons aller 'Medische Ethiek en Gedragssleer' uitgegeven door de Kon. Ned. Mij. tot Bevordering der Geneeskunst. Uit de 3e druk (uitgave 1959) moge ik een deel van blz. 210 citeren:

„Bij het bepalen van de verhouding tussen het consultatiebureauwezen en de curatieve geneeskunde stelde de Sociaal Hygiënische Commissie zich terecht op het standpunt, dat het belang van de volksgezondheid op de voorgrond moest worden gesteld.”

„Nadrukkelijk wordt hieraan toegevoegd, dat dit niet moet worden uitgelegd, alsof daarmee de meest uitgebreide bestaansmogelijkheid voor de consultatiebureaus wordt beoogd. Integendeel eist de volksgezondheid een zorgvuldig afwegen van dat andere belang van de volksgezondheid, dat gelegen is in het hooghouden van een vertrouwen genietende artsenstand en het handhaven van de bestaansmogelijkheid daarvoor. De resultante kan

niet anders zijn dan een *modus vivendi*, die alle facetten van de gezondheidszorg de gelegenheid laat tot ontplooiing te komen”.

Een *modus vivendi* dus, d.w.z. een voorlopige schikking zonder vaste verplichtingen voor de toekomst, doch een mogelijkheid dat partijen elkaar verdragen en die derhalve gevoelsmatig gemakkelijk weerstanden kan opwerpen. De huisarts komt met het verwijt dat zijn band met de patiënt te los wordt. De gevestigde zenuwarts voegt hieraan toe dat hem, bij opneming door de dienst van zijn patiënten in een psychiatrische inrichting, van het resultaat van het onderzoek en de behandeling aldaar vrijwel nimmer gegevens gezonden worden en dat bij de nabehandeling in de maatschappij de medicatie als regel geheel buiten hem omgaat, een en ander met het gevolg dat de patiënt zelf bij eventuele nieuwe moeilijkheden gemakkelijk er toe komt een andere gevestigde zenuwarts te consulteren. Wat moeten we hierop als sociaal psychiater antwoorden? Veel gevestigde zenuwartsen zijn huiverig een patiënt naar een psychiatrische inrichting te verwijzen en laten deze aangelegenheid, als ze nodig mocht worden, al te gaarne over aan de dienst — die door de betrokken gemeente veelal weer verzocht wordt de opneming te fiatteren, dit als complicerende omstandigheid. De dienst verzorgt daarbij als regel ook de milieu-rapportage voor de inrichting en verschaft de anamnestiche gegevens. Het gevolg is dan weer dat de uitschrijfbrief van de inrichting hoogstens verzonden wordt aan huisarts en sociaal-psychiatrische dienst (ook ten aanzien van deze materie zijn er desiderata, doch er voltrekt zich hier een ontwikkeling in gunstige zin), maar vrijwel nimmer aan de specialist die niet de moeite nam ook zelf enkele inlichtingen aan de ontvangende inrichting te zenden.

Wie moet nu de specialist inlichten: de huisarts of de sociaal psychiater? Naar mijn mening is dit de taak van de huisarts. De uitschrijfbrief dient gericht te zijn aan de huisarts, de dienst behoort een copie te krijgen; niet andersom, hoewel dit vaak voorkomt.

Men kan zich afvragen, en ik hoor dit wel eens: waarom zo’n drukte om zo’n brief? Maar ik verzeker U, dat de specialisten, die zeer boos worden, omdat zij hierbij gepasseerd zijn — en wellicht daarbij onbewust enig schuldgevoel met betrekking tot eigen nalaten ventileren — in behoorlijk aantal te vinden zijn, ook in Noord-Holland. Mogelijk een onbenullige kwestie, maar een belangrijke realiteit. De invloed van dergelijke affectieve explosies t.a.v. ons werk kan zich in vele sectoren doen gevoelen, zelfs in de politieke! Voor een platelandsdienst is dit, gezien de vele gemeenten waarmee men

te maken heeft en waarvan men financieel afhankelijk is, een niet onbelangrijke zaak. Niet alle gemeentebesturen zijn voldoende 'minded' ten aanzien van de geestelijke volksgezondheid. Als daad stelde de sociaal psychiater hier tegenover: die voor- en nazorg patiënten, die zijns inziens therapie behoeven, te verwijzen naar de gevestigde specialist. Veelal stelt zich een evenwicht in op basis van wederzijdse verwijzingen. Toch ligt de mogelijkheid van het ontaarden van dit evenwicht in een status quo steeds op de loer: persoonlijke contacten zijn daarom onmisbaar voor een goed en efficiënt functioneren van de dienst.

Een speciaal probleem vormen de *medicijnen*, die vooral in de laatste tijd de resocialisering van ontslagen gestichtspatiënten moeten ondersteunen. De belangrijke vraag komt hierbij naar voren: Wie moet de verantwoordeelijkheid voor de medicatie dragen? De gestichtsarts heeft de medicatie vastgesteld na onderzoek en observatie, doch kan vanuit de inrichting geen verdere verantwoording op zich nemen voor de uitvoering van zijn advies. De huisarts acht zich dikwijls niet competent het eenmaal gegeven advies aan de veranderende omstandigheden aan te passen. De sociaal-psychiater schrijft in principe geen medicijnen voor; nu wordt hij echter dikwijls benaderd door de huisarts om ook ten aanzien van de medicatie van advies te dienen.

Indien de patiënt niet bij een gevestigd zenuwarts in behandeling geweest is, kan de sociale psychiater nader adviseren; het komt mij echter hoogst wenselijk voor dat, zodra hij van het door de inrichtingsarts gegeven voorschrift gaat afwijken, hij zulks aan deze bericht, c.q. met hem overleg pleegt. Is er wel een gevestigd zenuwarts in het spel, dan heeft men zich af te vragen of ook hij er niet bij betrokken dient te worden.

Nu moet men dit ook weer niet al te zwaar opvatten en als men elkaar kent, is een en ander vrij vlot te regelen. Maar een principiële vraag is toch: Wie blijft verantwoordelijk voor de toch niet geheel onverschillige en ongevaarlijke medicatie? Mijns inziens is de *huisarts* de centrale figuur; hij verschaft de medicijnen — ten plattelande zelfs niet alleen het recept, maar ook in natura. Op hem rust een zekere verantwoordelijkheid, m.n. ook met betrekking tot lichamelijke bij-verschijnselen en tot hem behoort zich de patiënt in eerste instantie te wenden als deze zich post of propter de medicatie onwel voelt.

De medicatie kan ook nog andere complicaties geven, m.n. wanneer het geadviseerde preparaat niet door het ziekenfonds verschaft wordt, en a fortiori wanneer, dank zij deze medi-

catie patiënten, die reeds langdurig verpleegd waren, ontslagen konden worden, doch tengevolge van hun verpleegduur ziekenfondsloos bleven en de gemeente de dure medicatie niet wenst te betalen. Ook dit komt voor.

Ik moge besluiten met een poging mijn persoonlijke mening in deze kwesties te formuleren.

1. De sociaal-psychiatrische dienst blijve steeds contact houden met de huisarts, als centrale figuur.
2. De sociaal-psychiatrische dienst heeft niet de plicht de gevestigde zenuwarts ongevraagd op de hoogte te houden; voorzover hier een plicht bestaat, is dit een plicht van de huisarts.
3. De sociaal-psychiatrische dienst stelde zich beschikbaar voor de actuele conflictologie.
4. De sociaal-psychiatrische dienst zij bereid te bemiddelen bij een noodzakelijke opname t.a.v. plaats en kosten. De betrokken patiënt blijve patiënt van huisarts c.q. specialist, die evenwel de dienst geen verwijten mogen maken indien hen geen bericht uit de inrichting bereikt.
5. De sociaal-psychiatrische nazorg blijve echter bij de sociaal-psychiatrische dienst; de districtsverpleegster worde geen verkapte praktijkassistente van de gevestigde zenuwarts.
6. De ervaring leert dat hoewel de sociaal-psychiatrische dienst aanvankelijk zich occupeerde met zieken (aberranten) terwijl de gevestigde zenuwarts meer devianten tot zijn cliënten kon rekenen, er thans een neiging is tot nivellering, zelfs tot verwisseling.
7. De post-murale medicatie heeft aanleiding gegeven tot het ontstaan van een nieuwe situatie, die m.n. op de huisarts een zeer zware verantwoordelijkheid legt.

LITERATUUR

- Geestelijke Gezondheidszorg, subsidiëring voor overheidslichamen en medisch ambtsgeheim; *Nota* van de subcommissie medisch ambtsgeheim, Prov. Raad voor de Volksgezondheid, Utrecht, 1957.
- Medische Ethiek en Gedragsleer; *Kon. Mij tot Bevordering der Geneeskunst*, 1959 (3e druk).
- Lumey J. L. J., Het Werk van de Sociaalpsychiatrische dienst; *Katholieke Gezondheidszorg*, juni 1961.
- Zijlstra R., De psychiatrische hulpverlening; *Voordrachtenreeks* no. 8, 1961.
- Ferguson J., idem (co-referaat).