

DE SAMENWERKING TUSSEN PSYCHIATRISCHE INRICHTING EN SOCIAAL-PSYCHIATRISCHE DIENST

door D. JACOBS, zenuwarts (districtspsychiater voor Zuidoost Drenthe bij de Stichting voor de Geestelijke Volksgezondheid in Drenthe)

Alvorens ons te gaan bezighouden met de patiënt, zoals die aan de zorg van de psychiatrische inrichting en de stichting voor de geestelijke volksgezondheid wordt toevertrouwd, wil ik graag iets zeggen over de taakomschrijving van de Stichting voor de Geestelijke Volksgezondheid zoals die in Drenthe functioneert. De terreinafbakening van de psychiatrische diensten in de verschillende noordelijke provincies is niet gelijk. Er zijn veel overeenkomsten, maar ook verschillen, al naar de groei van de dienst en de structuur van de provincie.

De situatie in Drenthe is als volgt: er is één — alle zuilen omvattende — sociaal psychiatrische dienst. Het werkterrein is — onder centrale leiding van de directeur — verdeeld in drie rayons. In deze rayons zijn de betrokken sociaal psychiaters wat hun gevallen betreft autonoom. Een gecoördineerd beleid zorgt voor de voorzieningen over de gehele provincie.

De taken die wij tot ons terrein rekenen zijn vele en velerlei. Immers: de belangen van de aan deze zorg toevertrouwde cliënten zijn gevarieerd. Ik zou deze belangen uitdrukkelijk centraal willen stellen. Ons allen, de psychiatrische inrichtingen en de S.G.V.'s, gaat het om deze belangen. De zorg voor de patiënt is nummer één. Ik hoop dit als een rode draad door mijn betoog te laten lopen. Natuurlijk is ons eerste werkterrein dat van de voor- en de nazorg van de patiënten uit de psychiatrische inrichtingen. Dat blijft een zeer belangrijk onderdeel van ons werk. Wij rekenen ons tot de contactinstanties tussen inrichting en maatschappij. Aan ons is de taak om de belangen van de psychisch gestoorde medemens te behartigen bij de diensten voor maatschappelijk werk, zowel van particulier initiatief als van de overheid. Wij dienen in dit opzicht (vergelijk Ferguson) te 'coördineren, te stimuleren en orde te scheppen'. Wij dienen op de hoogte te zijn van de toenemende voorzieningen ten behoeve van de geestelijk in nood verkerenden in de maatschappij. Wij dienen voor te lichten, gezamenlijk met het algemeen maatschappelijk werk naar oplossingen te zoeken, enz. De vertegenwoordiger van de belangen van geestelijk gestornden in allerlei commissies in de maatschappij is de sociaal psychiater. Deze hoort bekend te zijn met G.S.W.-regelingen, armenzorguitkeringen, W.W., kinderbescherming en wat al niet meer. Ook de forensische psychiatrie in de vorm van voor-

lichting en toezicht hoort tot zijn domein. Juist in de grens- of randpsychiatrie (niet steeds het gemakkelijkste deel van ons vak) krijgt hij een grote ervaring, waardoor van zijn adviezen gebruik gemaakt wordt. Door zijn voortdurende confrontatie met de maatschappij komt hij in aanraking met de meest verschillende problemen. De kinderpsychiatrie — zie zijn contacten met de kinderen uit de gezinnen van zijn patiënten — moet hem niet vreemd zijn. Een van zijn meest moeilijke maar ook meest dankbare taken is de zorg voor de ernstig zwakzinnigen. Een vergeten groep in de maatschappij wiens belangen de sociale psychiatrie moet behartigen. Door dit alles kan de stichting voor de geestelijke volksgezondheid vaak zeer waardevolle gegevens verschaffen over psychiatrisch gestoorde families. Tenslotte een van de dingen die wij moeten doen samen met de inrichting: het scheppen van nieuwe vormen van psychiatrische voorzieningen (daghospitalen, bejaardentehuizen, sluisinternaten enz.). Wij verkeren in Drenthe in de gelukkige omstandigheid dat wij met de drie directeuren van de psychiatrische inrichtingen om de tafel konden gaan zitten teneinde in een zeer prettige samenwerking die behoeften te gaan peilen. Mogelijk dat wij ook nog eens zo ver komen dat onze medewerking gevraagd wordt voor oud-patiënten clubs, enz. Nu eens is het een gemeentebestuur dat een beroep op ons doet, dan weer een predikant, een huisarts of een maatschappelijk werker. Er is een zeer grote variatie van taken. Alle hebben echter dit gemeen: het is ten behoeve van de noodlijdende medemens, direct of indirect en alles met een duidelijk sociale achtergrond. Mag ik zeggen dat de sociale psychiatrie toch wel een apart en fascinerend sub- of superspecialisme is? Evenzeer als dit de klinische psychiatrie genoemd kan worden.

A En in dit 'interval' treffen we nu de patiënt aan. Vaak heen en weer geslingerd tussen huisarts — zenuwarts, maatschappelijk werker, zielszorger, en goedwillende burens en kennissen. Hij of zij loopt met de nood onder de arm te zoeken naar hulp, naar steun. De familie maakt zich bezorgd, is bang dat er wat ernstigs gebeurt. Tenslotte waarschuwt men — vaak als al het andere geprobeerd is — de sociaal psychiatrische dienst. Kan deze hulp bieden? Voor de patiënt zelf, voor diens bange omgeving? En zo bereiken ons telefoontjes van 'o, mien man loopt nakend op straat' en 'o dokter, Jan slaat de boel weer kort en klein' of 'collega komt u eens zo gauw mogelijk, mejuffrouw Jansen wil zich weer verdrinken'. En dan is daar de zuster die de patiënt weer aankleedt, de dokter die probeert een dreigende figuur een injectie te geven of die — na een tocht door barre nacht en modder, na

veel getelefoneer in den lande eindelijk een plaatsje voor de depressieve juffrouw heeft gevonden in een inrichting.

Dus: in een psychiatrische inrichting? Kan het heus niet in het ziekenhuis dokter? vraagt de beangstigde vader of moeder van mejuffrouw Jansen. Och, hoe leerzaam zou het zijn als de dokter in de inrichting dat ook eens kon zien. Die spanning, die vertwijfeling, die angstig weggedrukte kindergezichten en die nieuwsgierige burens, die hun neus plat drukken tegen het raam als er weer een patiënt wordt opgenomen met een heel tumult. Zowel aan de kant van ons, sociaal psychiaters, als aan de inrichtings-artsen is nog veel te weinig bekend van de opnemingspsychologie. Hoe beleeft de patiënt de opneming? En zijn familie? Wat betekent de opneming voor de patiënt? Hoe wordt de patiënt 'aangediend' in het ziekenhuis? Voor ons sociaal psychiaters een moeilijk punt, voor de inrichtingsarts vaak een kwestie van vertrouwen. Wij moeten te allen tijde eerlijk zijn in het aanbieden van onze patiënten! Ook de voorbereiding voor wat de patiënt wacht in de inrichting door de S.G.V. is zo uitermate belangrijk.

Voor de patiënt is het van groot belang dat hij het gevoel heeft, dat vóór de opneming al het mogelijke gedaan is langs poliklinische weg. Daarom is het voor ons in Drenthe zo prettig dat wij vrij zijn in het hanteren van psychofarmaca. De sociaal psychiatrische behandeling bestaat niet alleen uit sociale therapie. Het psychiatrische aspect in vele van zijn facetten moet niet vergeten worden!

Maar: ondanks dit alles belandt de patiënt in het psychiatrisch ziekenhuis! Helaas? Of gelukkig? Ik heb de ervaring dat opnemingen in 'gewone' ziekenhuizen, ook al hebben die psychiatrische afdelingen, veel langer duren dan in psychiatrische inrichtingen. Daarom prefereren wij meestal deze laatste.

Laten wij veronderstellen dat de voorbereiding goed is geweest door de S.G.V. Dan kan de klinische psychiater daarop voortbouwen.

Daarom nu:

De samenwerking van de S.G.V. en de psychiatrische inrichting tijdens de opneming.

B

Wat verwacht de patiënt daarvan? Bemerkt de patiënt ook iets van deze samenwerking? Wordt de naam van de sociaal psychiatrische dienst veelvuldig gebruikt tijdens de opneming in de inrichting? Wij weten het niet. Wij horen wel vaak allerlei over de inrichting, van de familie, van oud-patiënten: Goeds en kwaads, over de arbeidstherapie, over het eten (zéér belangrijk) en allerlei meer. Soms ook ontmoeten wij de patiënt tijdens de opneming. Ik heb het gevoel dat onze belangstelling

gewaardeerd wordt. We hebben helaas veel te weinig tijd om contact te onderhouden. Het gebeurt slechts een enkele keer dat wij van te voren kennis maken of de kennismaking hernieuwen. En dat staat dan meestal in het teken van het nazorgplan. Het lijkt mij voor de patiënt bijzonder prettig wanneer hij of zij kennis maakt met de nazorg-instantie, met de mensen die hem in de maatschappij moeten opvangen. Dat geeft vertrouwen. Dat betekent een vergemakkelijking van de overgang van de patiënt in de maatschappij. Bovendien kan dan de nazorg-instantie een indruk krijgen van de toestand van de patiënt, met het oog op de te nemen maatregelen. Maar nogmaals: ons ontbreekt nog de tijd en de mankracht. En ook de collegae uit de inrichtingen zijn overbelast.

Ik zou graag nog iets naar voren brengen in het belang van de patiënt en in het belang van de artsen en zusters zelf. Ik heb namelijk het gevoel dat op verschillende punten de 'efficiency' van de zgn. 'P.P.D. besprekingen' verhoogd kan worden. Ik geloof dat een wederzijds persoonlijk contact van het grootste belang is. Men moet elkaar kennen, weten wat men aan elkaar heeft. Ik heb wel eens het gevoel dat wij als wat onbekende grootheden door de psychiatrische inrichtingen wandelen. Patiënten vergarend en besprekend, die zo maar te hooi en te gras worden bijeengeharkt. Daarom zouden wij willen pleiten voor een vooraf *wederzijds* (dus ook vanuit de inrichting) schriftelijk bericht over welke patiënten contact zal moeten zijn. En dan deze bespreken liefst op één centraal punt. Terwille van ons zelf, maar óók terwille van de patiënten: onze tijd is kostbaar! In verband met de wisselingen van artsen, maar ook in verband met onze eigen vele werkzaamheden, zullen zowel de klinisch psychiater als de sociaal psychiater de gegevens in hun dossiers moeten vastleggen. Hoe zouden wij het zelf als patiënt vinden als men dingen over ons vergat door te geven en af te handelen? In onze dienst aan de medemens moeten wij ook zakelijk weten te werken!

Er zijn nog meer wensen onzerzijds: Het bijwonen van stafbesprekingen over ingewikkelde gevallen, nog tijdens de opnemingen, zal door ons op hoge prijs gesteld worden. En wij zijn bereid om de inrichtingsartsen op onze staf uit te nodigen. Opdat wij een juist beeld van de patiënt krijgen. Ik zou zelfs nog verder gaan: wederzijdse stage-perioden, zowel van artsen, zusters en psychologen kan onze hulpverlening aan de zieken ten goede komen. De doorspreking van de wederzijdse problematiek zal het werk bevorderen. Ook het meemaken van de werkwijze voert tot wederkerig begrip. Niet alleen de medici en de zusters moeten van gedachten wisselen. Nu vele diensten en inrichtingen een psycholoog hebben, is ook

op dit niveau uitwisseling nodig. Het is voor ons van onschatbaar belang iets meer te weten over de psychologische structuur van de patiënt. En als er van onze kant psychologische gegevens bekend zijn, kan de patiënt als hij wordt opgenomen, bij de aanpak in de inrichting daarvan het profijt trekken. Verder denk ik aan beroepskeuze-adviezen en beroeps-veranderingen, aan contacten met de buitenwereld in de vorm van de arbeidsbureaus, enz.

Ik sprak over contacten met de buitenwereld. Het is van groot belang dat de patiënt deze zoveel mogelijk blijft onderhouden. Wij — sociaal psychiaters — zijn zeer beducht voor 'gestichtsaanpassing'. Maar hoe liggen de contacten met de maatschappij vanuit de inrichting? Hoe meer wederzijdse openheid tussen psychiatrisch ziekenhuis en maatschappij hoe beter! Wij zouden hier willen pleiten voor één contactinstantie: Het is al meer gezegd: als nazorgpatiënt word je belaagd door allerlei behulpzame instanties. Deze willen ook graag in de inrichting doordringen. Dat is goed. De psychiatrische inrichting moet zoveel mogelijk bekendheid krijgen. Maar: laat men zich beperken. Het zou voor de inrichting ondoenlijk zijn om allen die zich het lot van de patiënt aantrekken te ontvangen. Laat dit zoveel mogelijk over aan de deskundige instantie die ervoor is het belang van de ziekte van alle kanten te behartigen: de sociaal psychiatrische dienst. Het samenspel in de belangen-sferen van de zieke dient zo gespeeld te worden dat de zieke niet het gevoel heeft heen en weer geslingerd te worden van de een naar de ander.

In dit verband zou ik graag nog een opmerking willen maken over de verschillen tussen klinische genezing en sociaal-psychiatrische aanpassing. Hier bevinden wij ons op het moeilijke grensvlak van psychiatrie en sociale wetenschappen. Wij maken het herhaaldelijk mee dat patiënten, die klinisch genezen of zeer veel verbeterd de inrichting verlaten, zich slechts met de grootste moeite in de maatschappij kunnen handhaven. Zij zijn dan klinisch verbeterd, maar kunnen de maatschappij met al zijn prikkels niet aan. Ondanks het gebruik van allerlei geneesmiddelen, die hen tegen deze prikkels moeten beschermen. Wij bemerken dat vooral, wanneer wij onze verpleegden willen plaatsen op beschuttende werkplaatsen. De zieke voelt zich, buiten de bescherming van de inrichting, een verdwaalde, een verdoolde. De arbeidsdagen zijn veel langer, de ontspanningsmogelijkheden geringer dan in de inrichting. Wij kennen allen de eenzamen, in zichzelf opgesloten, die slechts zeer schuchter een weg bewandelen in de maatschappij en in de sociale werkplaats, maar die in de inrichting tot de best aangepaste, stille werkers behoorden. Wij weten nog zo weinig van

hen af. Of zij inderdaad liever in de maatschappij verkeren? Soms heb ik wel eens het gevoel dat zij zich liever weer laten opnemen in de veilige beslotenheid van de psychiatrische inrichting. Inderdaad: daar zijn ze volkomen aangepast. Maar in de woelige maatschappij wanen zij zich verloren. Voor anderen geldt dit ook: de dissimulanten die in de inrichting goed met hun waansystemen weten te leven. Maar zodra zij eruit zijn bloeit hun waan op. Het is dan de taak van de S.G.V. om met deze mensen alle klippen van gezin en maatschappij te omzeilen. Uitwisseling van gegevens, uitvoeriger dan tot nu toe het geval was, lijkt ons ook hier van belang. Bij de medische gegevens zou ik ook zo graag de sociale betrokken zien. Ter verbetering van de sociaal-psychiatrische aanpassing kunnen sluis-internaten, dag- en nachthospitalen worden gesticht. Naar ik meen behoren deze in gezamenlijke verantwoordelijkheid van de inrichting en de voor- en nazorgdiensten te worden opgericht en bestuurd.

Er is nog een aspect dat ons beiden om der wille van de betere aanpassing van de zieke moet bezighouden. Dat is dat van de weekend- en vakantieverloven. In feite behoort de patiënt nog in de inrichting, maar hij is al weer in de maatschappij, voor kort, met één been. Gaarne zijn wij voor zoveel mogelijk vakantie- en weekend-verloven. Laat men ons bij 'moeilijke patiënten' echter tevoren raadplegen en in ieder geval waarschuwen! Ik geloof dat de voor- en nazorgdiensten véél aan de inrichtingen kunnen leren wat betreft dit aspect van de verpleging. Ik weet het: de vijfdaagse werkweek maakt de weekendverloven langer en de mogelijkheid om de patiënten tijdens hun verlof op te zoeken korter. Maar in de vakantie gaat het zeker wel. Wij echter horen achteraf de klachten. Moeders die bij ons komen dat ze het zo moeilijk vinden om het te zeggen, maar dat hun zoons tijdens het verlof zich zo slecht aanpassen. Als ze het aan de inrichtingsarts zeggen, zou deze het gevoel kunnen krijgen dat ze hun zoons maar liever niet met verlof zouden hebben. Maar dat is toch óók niet waar. En dan krijgen wij de verhalen van de vrouwen over hun mannen. Met name als wij veelvuldig met een gezin 'optrekken'. Het zal u niet verwonderen dat er vaak een sexuele nood naar voren komt als gevolg van het verlof. Menigmaal overspoelt deze het genot van een verlof. Doch ook voor de patiënten zelf moet dit een probleem zijn. Pas als wij wederzijds goed contact hebben en de zieke ons het vertrouwen geeft, kunnen wij hier helpen. Ik dacht dat vooral de revalidatie van chronische patiënten in dit opzicht problemen moet opleveren. Wat moet het een vader voor gevoel geven als zijn kinderen hem ontgroeid zijn, als zijn vrouw min of meer bui-

ten hem om in de jaren gekomen is dat de sexualiteit niet zo'n grote rol speelt? Terwijl de zieke zo graag wil tonen dat hij 'man' is. Geestelijke verwijdering kan menigmaal ook een lichamelijk uiteengroeien betekenen. Daarom ook: De revalidatie van onze zieken die jarenlang verpleegd zijn en die door geneesmiddelen weer een andere kijk op het leven gekregen hebben, moet zéér geleidelijk geschieden. Hulde aan elke poging die hiertoe wordt aangewend. Laat men in een vroeg stadium reeds de nazorgdienst inschakelen! Wij weten dan wat wij te wachten hebben. En . . . ook onze bemoeienis kost veel tijd. Ik sprak over 'kosten en tijd'. Mag ik naar aanleiding hiervan iets naar voren brengen dat ons beider verantwoordelijkheid raakt? Namelijk de verheugend kortere verpleegduur en de daarmee samenhangende vermindering van de verplegingskosten. Wij beiden — inrichting en nazorgdienst — hebben een enorme financiële verantwoordelijkheid. Wanneer ik schat dat in Nederland ongeveer 30.000 mensen in inrichtingen verblijven en dat de kostprijs per dag ongeveer f 10 is (ik blijf aan de lage kant!). Dan kost dit geheel ons — werkende Nederlanders — per dag zo'n slordige drie ton. Wij beiden zijn ervoor verantwoordelijk dat dit geld zo economisch mogelijk wordt besteed. De klinische psychiaters moesten eens kunnen horen hoe men op de gemeentehuizen zucht en steunt als er weer zo'n langdurige opneming voor de deur staat. Vaak probeert men er onderuit te komen. Dan moet de S.G.V. maar weer gaan pleiten en confereren om de belangen van de patiënt te behartigen. En die van de maatschappij! Daarom verdient het aanbeveling om elkaar wederzijds op de hoogte te houden van de voorzieningen in de maatschappij, die de terugkeer van de patiënt in de maatschappij kunnen bevorderen. Daarom vraagt menig gemeentebestuur ons om inlichtingen over bepaalde verpleegden. Met wijsheid en tact moeten wij dan samen met de inrichtingsarts een ontslagplan vaststellen of . . . het gemeentebestuur ervan overtuigen dat de patiënt daar nog niet aan toe is. Dat eist wederzijds vertrouwen, begrip en een goede samenwerking. Toen ik over 'ontslagplan' sprak, dacht ik onmiddellijk aan de invrijheidsstelling van gestraften. De reclassering dient langs wegen van geleidelijkheid en volgens een nauwkeurig omschreven plan te werk te gaan. Anders kan geen vrijheid worden verleend. Hoe gaat de ontslagvoorbereiding van onze patiënten? Naar verhouding zijn de psychiatrische patiënten zeker niet gemakkelijker dan reclassenten. Onze verpleegden hebben meer steun, toezicht en bemoediging nodig. Helaas moeten wij erkennen dat hun ontslag vaak *niet* zo nauwkeurig 'voorbereid' wordt. Ook de nazorgdiensten moeten ten deze de hand in eigen boezem steken. Zij werken soms te

traag, te omslachtig, te weinig efficiënt. En in de richting dient de zieke naar het ontslag 'toe te worden verpleegd'. Met een open blik naar de maatschappij, waar de nazorgdienst, in samenwerking met de huisarts en anderen, hem wil opvangen. Een geleidelijke, soepele overgang is noodzakelijk.

Ik vraag mij af waar de grens ligt tussen nabehandeling en nazorg. Bij de meeste somatische ziekten is het zo, dat de nabehandeling klinisch geschiedt en dat de nazorg in de frontlinie van de maatschappij gebeurt. Ik ken geen chirurgische of internistische nazorg. Wel een van de reuma, of de tuberculose, die dan vanuit de maatschappij gedaan wordt. Voor onze geesteszieken ligt het wel wat anders. Wij voelen het zo dat de band met de inrichting voor chronisch zieken vrij lang, maar niet te lang gehandhaafd dient te worden. Bij acute ziektegevallen dient de band met het ziekenhuis zo weinig hecht te zijn als maar mogelijk is. Dit in het belang van de patiënt zelf. Proefplaatsing van chronische patiënten valt waarschijnlijk onder de zorg van de inrichting. De S.G.V. dient in ieder geval kennis gegeven te worden. Zou de gedachte zo vreemd zijn om in de inrichting een zuster of arts vanuit de S.G.V. te delegeren voor dit werk? En eventueel een arts of zuster vanuit de inrichting bij de S.G.V. Ik geloof zeker dat dit de moeite van het overwegen waard is.

C *Nà de opneming*

Zo zijn wij onwillekeurig met onze patiënt na het ontslag weer aangeland in de maatschappij. De ontslagpsychologie is evenzeer van belang als de opnemingspsychologie. Maar nu meer van de sociale kant. Is het gezin 'meegegroeid', 'mèe-behandeld' met de patiënt? Valt onze patiënt niet weer terug in dezelfde situatie als die van vóór zijn openming? Hebben inrichting en S.G.V. samen hierin meegewerkt? Wat betekent het voor de patiënt dat hij — na lange tijd in een keurig modern bed geslapen te hebben — in een bedompte bedstee moet duiken? Dat hij weer kinderen om zich heen moet kunnen velen? En wat betekent weer de overgang van centrale verwarming naar turfkachel? En de patiënt vraagt zich soms ook wel eens beangstigd af wat de buurt zal zeggen dat hij in 'Zuidlaren' of in een gesticht is geweest. Wij moeten dit odium zeker niet overschatten. Doch onderschatten is ook niet juist. Hoe zullen zijn mede-arbeiders, zijn baas, zijn familieleden, op zijn ontslag reageren? Hoe zal onze patiënt zelf hebben te leven met zijn defect, met de loden last van een jarenlange opneming? In de inrichting dienen deze vragen voorzien en voorbereid te worden. Zodra mogelijk zal het contact door de nazorgdiensten met de patiënt gelegd worden. Nogmaals: we-

ten de patiënten en hun familie dat ze met hun nood terecht kunnen bij huisarts en vooral ook bij de nazorgdienst? Ik denk verder aan de samenwerking met arbeidsbureaus en bedrijfsleven. Voor velen die ontslagen worden is het vreemd als zij onder de bijzondere bemiddeling vallen. Anderen, soms veel meer gestoord, worden door de gewone bemiddeling geholpen. Hier ligt een taak voor S.G.V. en inrichting om de juiste patiënt op de juiste plaats te helpen brengen. Bovendien: er zullen gegevens moeten worden uitgewisseld over de reacties van de zieke op de medicijnen die hem zijn voorgeschreven. Die reacties zijn in de inrichting echter anders dan in de maatschappij. Zéér vele, of beter, verreweg de meeste patiënten worden ontslagen met psychofarmaca. Dat zal bij verkorting der opnameduur nog toenemen. En ook bij verder voortschrijden van de psycho-farmacologie. In het licht hiervan is een uitspraak vanuit de inrichting 'dat patiënt nog zeer lange tijd zijn medicamenten zal moeten gebruiken' een slag in de lucht. Onder nauwlettend toezicht van de sociaal psychiater zal de huisarts hierbij geadviseerd moeten worden. Zó kunnen wij recidieven voorkomen. Zó kunnen wij bepalen of er verandering nodig is. Denkt u maar aan de fotosensibiliteit, of aan complicaties en nevenwerkingen. De zusters en de dokters moeten hiervan op de hoogte zijn. De artsen moeten met de moderne medicamenteuze behandelingswijzen weten om te gaan. Voor ons in Drenthe kan dat geen probleem zijn. Wij hebben er gelukkig nog nooit moeilijkheden mee gehad. Wij hebben er alleen maar voordeel bij dat wij ervaring hebben. Die kunnen wij uitwisselen met de inrichtingsartsen. Ten bate van de aan onze zorg toevertrouwde zieken. Bovendien: het vertrouwen van de zieke in diens behandelend geneesheer wordt versterkt als de laatste aan de huisarts zodanige adviezen geeft wat betreft de behandeling, dat de zieke er beter van wordt. Daaronder valt ook het advies inzake de medicatie. Niet het ziekenfonds is van belang maar de patiënt!

Nazorg is óók nabehandeling. Zowel medisch, farmacologisch als sociaal. Daarom tenslotte iets over de nabehandeling. Inderdaad moeten sommige gevallen vanuit de inrichting worden nabehandeld. Anderen kunnen beter terecht bij de S.G.V. Wij hebben gezinnen onder onze hoede, waar we echt mee 'optrekken'; gezinnen waarin zieken zijn of geweest zijn; gezinnen die in ons vertrouwen hebben en waarvan de vrouw of de man ons in allerlei simpele en moeilijke dingen om raad vragen; gezinnen waarvoor we door onze relaties met allerlei instanties wat kunnen betekenen en wat kunnen doen; gezinnen die de zuster en de dokter ook de weekends niet loslaten en waarin we soms als moeder en vader fungeren, soms als uit-

laatklep, soms ook als standvastige autoriteit; gezinnen waarmee we blijven contact houden als de patiënt weer moet worden opgenomen waarvan de vrouw verwacht dat wij de belangen van haar man in de inrichting blijven volgen, en die vrouw kunnen wij weer geruststellen als zij weet dat in de inrichting de dokters en de zusters goed voor haar man zorgen; gezinnen waarin wij trachten over te brengen datgene wat toch aan goede eigenschappen in de inrichting bij de patiënt gevonden wordt, en waarin we de defecten die de patiënt krijgt kunnen bespreken en die bereid zijn de patiënt met al zijn problemen op te vangen. Deze gezins-psychiatrie maakt ons rijk. Dat is iets dat 'onze' sociale psychiatrie vaak moeilijker, maar ook boeiender en naar mijn gevoel dankbaarder doet zijn dan de klinische psychiatrie. Dit geeft ons het gevoel dat wij de zieke moeten en mogen blijven begeleiden, zowel vóór als tijdens de opneming, in samenwerking met de klinische psychiaters. En vooral: na de opneming. Uit dit alles putten wij het vertrouwen dat wij — tezamen met de andere werkers op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg — met betrekking tot onze dienst aan de zieken en aan de samenleving zullen mogen blijven inboezemen.

LITERATUUR

1. Zijlstra, R., De psychiatrische hulpverlening. *Voordrachtenreeks* no. 8 p. 105.
2. Trimbos, C. J. B. J., De ontwikkeling der voor- en nazorgdiensten in het kader van de Geestelijke Volksgezondheid. *M.G.V.* 1955, p. 53.
3. Barnhoorn J. A. J., Sociale psychiatrie, Geestelijke hygiëne, geestelijke gezondheidszorg en geestelijke volksgezondheid. *M.G.V.* februari 1955, bijlage.
4. Speyer N., *Het sociaal psychiatrisch profiel*. 's Gravenhage 1960.
5. Kraus G., De huidige ontwikkelingsfase van de geestelijke gezondheidszorg in ons land. *M.G.V.* 1956, p. 208.
6. Lumey J. L. J., Het werk van de S.P.D. *M.G.V.* 1961, p. 207.
7. Ferguson J., Deskundige begeleiding. *M.G.V.* 1961, p. 16.
8. Lit. A. C., De geestelijk gestoorde op de grens van maatschappij en inrichting. *M.G.V.* 1961, p. 2.
9. Ferguson J., Psychiatrische hulpverlening. *Voordrachtenreeks* nr.8, herfst '61.
10. Andel H. van, Bespiegeling over en vormgeving aan de revalidatie van patiënten in een psychiatrische inrichting. *Voordrachtenreeks* 3 (1961), p. 86.
11. W. H. O. Report 134, *The psychiatric hospital as a centre for preventive work in mental health*. Geneve 1957.
12. Ferguson J., The disadvantages of maintenance dose of neuroplegics for patients returned to society. *Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia* vol. 64 no. 4 (juli/aug. 1961) p. 267.

Afkortingen

S.G.V. = Stichting voor de Geestelijke Volksgezondheid

P.P.D. = Provinciaal Psychiatrische Dienst

M.G.V. = Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid