

OVER DE SAMENWERKING TUSSEN SOCIAAL-PSYCHIATRISCHE DIENST EN INRICHTING

door Dr. H. VAN ANDEL (geneesheer-directeur van het psychiatrisch ziekenhuis „Veldwijk" te Ermelo)

Het is eigenlijk een vreemd verschijnsel, dat de samenwerking tussen sociaal-psychiatrische dienst en inrichting momenteel zo sterk in de aandacht staat. Men zou kunnen zeggen, dat het hier gaat om een vanzelfsprekende zaak, die misschien plaatselijk wel zijn bepaalde praktische problemen heeft maar verder niet een vraagstuk van algemene betekenis is voor de psychiatrische bemoeienis in Nederland. Immers lijdt het geen enkele twijfel, dat S.P.D. en inrichting moeten samenwerken. Dit gebeurt ook regelmatig. Desondanks bestaat er een wederzijds onbehagen over de gang van zaken. Enkele artikelen in de Voordrachtenreeks, zoals die van Zijlstra, Ferguson, Poslavsky en Speijer, wijzen in deze richting.

Het heeft er wel eens de schijn van, dat er een zekere animositeit aanwezig is. Waar deze mee samenhangt is niet in enkele woorden te zeggen. Een diepgaande analyse kan hier achterwege blijven. Veel van de wederzijdse moeilijkheden houdt verband met een onvoldoende kennis van elkanders problemen. Er is te weinig intensief contact. Vervreemding is daar dan een onontkoombaar gevolg van.

Daarbij voegt zich nog een geheel andere zaak. Zowel de psychiatrische inrichting als de S.P.D. maken momenteel een ontwikkeling door, waarvan nog niemand kan overzien tot welke structuren deze uiteindelijk zal leiden. De huidige situatie hangt samen met een ontwikkelingsproblematiek. De S.P.D.'s streven naar een uitgebreidere institutionele zorg, een terrein, waarmee de inrichting zich tot nu toe bezighield. Bij laatstgenoemde instantie is echter een streven merkbaar om op grotere schaal patiënten te begeleiden en zich niet uitsluitend te beperken tot de behandeling van het zieke individu.

Poslavsky noemt in zijn referaat twee aspecten van waaruit het probleem van de samenwerking kan worden gezien nl. de patiënt en de te kiezen organisatievorm.

Voordat op deze beide punten nader wordt ingegaan nog een opmerking. Gezien de historische ontwikkeling is het weinig zinvol te achten om bij het nagaan der mogelijkheden ook die van een eigen nazorginstituut der inrichting te noemen. Het opname-areaal van de meeste psychiatrische ziekenhuizen is van een zodanige uitgebreidheid, dat het een onmogelijkheid zou zijn om een dergelijk groot gebied te bestrijken. Overigens zou het van een gebrek aan werkelijkheidszin getuigen om naast de uit-

stekende outillage der diensten nog een ander instituut te creëren. De verbrokkeling op geestelijk hygiënisch terrein is nu reeds groot genoeg, daarbij dan nog maar buiten beschouwing latend hoeveel mankracht en financiële inspanning een dergelijke onderneming zou gaan vergen. Er zal dus in het vervolg van dit betoog uitgegaan worden van de gedeelde verantwoordelijkheid. Gepoogd wordt om te bezien op welke wijze deze zo soepel mogelijk kan worden gehanteerd.

Allereerst is daar, aldus Poslavsky, de patiënt.

Opneming, verblijf en ontslag uit de inrichting zijn niet los van elkaar te denken. Geestesziekte, zo wordt wel eens gezegd, is een gevolg van een gestoorde verhouding tussen de mens en zijn omgeving. Het is een falen van het individu om zich te integreren op het niveau van zijn milieu, dat voortaan van hem verschilt en hem weldra vreemd zal zijn. Deze gestoorde verhouding wordt door de opneming lang niet altijd verbeterd. Allerlei problemen, welke in het milieu een rol speelden, begeleiden de zieke bij zijn entree in de inrichting.

Een scala van schuldgevoelens, negativiteit en agressie komen daarbij naar voren. De familie heeft een gelijksoortige problematiek, zij het in omgekeerde zin. Na de opneming maken milieu en patiënt een gescheiden historie mee. Beiden leven verder en het is dikwijls een grote vraag of zij elkaar weer kunnen ontmoeten zonder dat opnieuw dezelfde ziektebevorderende factoren aan de dag treden, welke zich ook voor de opname-periode manifesteerden. Zullen de gescheiden lijnen elkaar weer tegenkomen? Hoe zal deze ontmoeting dan verlopen?

Er is een aantal patiënten voor wie dit alles nauwelijks problemen oproept. De opneming is dan meestal van korte duur. Ondanks moeilijkheden die er geweest zijn, blijft de familie positief ingesteld. Een ontslag levert voor deze mensen weinig moeilijkheden op. Vaak behoeven niet eens sociale voorzieningen te worden getroffen en zowel in de praktische als ook in de affectieve sfeer is de patiënt weer spoedig ingebed in het patroon der onderlinge relaties van het milieu, waaruit hij of zij afkomstig was.

Talrijk echter zijn degenen, voor wie het ontslag een aantal persoonlijke en sociale problemen oproept. Voor deze categorie komt het vraagstuk van de samenwerking van S.P.D. en inrichting aan de orde. Zonder nu reeds in te gaan op een nadere differentiatie van deze groep, lijkt het eerst van belang de factoren te analyseren welke bij het ontslag van een patiënt een rol spelen.

De volgende kunnen worden genoemd: a. persoonlijkheidsstructuur, b. de ernst van de ziekte, c. de duur van de verpleeg-

periode, d. de relatie dokter-patiënt, e. de situatie die de patiënt na het ontslag ontmoet.

Naar aanleiding van deze punten enkele opmerkingen.

Ad. a. De moeilijkheden der persoonlijkheidsstructuur worden o.a. aangetroffen bij asthene figuren. Hun behoefte aan afhankelijkheid wordt in de psychiatrische inrichting volkomen bevredigd. Eigenlijk willen zij niet ontslagen worden, ook al zou dit medisch gesproken een verantwoorde aangelegenheid zijn. Dergelijke typen zijn zo wars van het aanvaarden van eigen verantwoordelijkheid, dat zij zich liever als ziek blijven gedragen dan dat zij zich laten stellen voor het probleem de stress te moeten accepteren welke de realiteit van de confrontatie met normale maatschappelijke verhoudingen nu eenmaal oproept. Er zijn ook anderen. Deze dringen voortdurend aan op ontslag alleen om een zekere aandacht te trekken en om na te gaan of de arts wel bereid is zich volledig voor hen in te zetten. Zodra hen te kennen wordt gegeven, dat hun verzoek kan worden ingewilligd, zijn zij tot ageren geneigd, of geven zij via een hernieuwde psychotische toestand blijk van hun angst voor liefdesverlies. Een sterke gebondenheid aan de moederfiguur, die in dit geval de inrichting met alle zorg en verzorging symboliseert, is aan een dergelijke houding geenszins vreemd. Neurotische figuren en hysterici vertonen veelal een dergelijk reactiepatroon.

Tenslotte zouden nog degenen te noemen zijn, die vanaf de eerste tot de laatste dag van hun verblijf aandringen op ontslag en geen enkel moment in staat zijn zich aan te passen. Het zijn de psychopaten die zich meestal op een dergelijke wijze gedragen.

Ad. b. De ernst van de ziekte. Uiteraard is deze van grote betekenis. Dank zij de moderne therapeutische middelen verlaten velen de inrichting. De term 'genoegzaam hersteld' wordt dan meestal gebezigd. De beoordeling van de graad der invaliditeit of defectuositeit is moeilijk. Toch zal op deze vraag een antwoord gegeven dienen te worden, wil men tot een juiste bepaling kunnen komen van de plaats die de betrokkene weer zal kunnen innemen.

De algemene stelregel, dat als iemand maar enigszins in staat is om het psychiatrisch ziekenhuis te verlaten, dit dient te geschieden, is zeker juist te noemen.

Om echter verantwoorde criteria te vinden voor de vraag waartoe een patiënt nog in staat is, blijft voorlopig meer een zaak van het subjectieve oordeel dan van objectieve maatstaven.

Vele uiterlijk te constateren symptomen, zoals traagheid, gebrek aan interesse, verlangzaming van het tempo en een matig af-

fectief contact, zijn dikwijls situatief bepaald en kunnen afhangen van de omstandigheden van het ogenblik.

De uitslag van het psychologisch onderzoek brengt lang niet altijd een bevredigende oplossing, al zijn de verkregen gegevens zeer waardevol.

Voorlopig kan ten aanzien van deze problematiek alleen nog maar gesteld worden, dat experiment en daarij opgedane ervaring langzamerhand wijs kunnen maken.

Ad. c. De duur der verpleegperiode. Hoe langer een patiënt is opgenomen, des te meer zal hij vervreemd raken van alle omstandigheden, waarmee hij buiten de inrichting te maken had. Hij is deze geheel of gedeeltelijk ontwend. Daarbij komt, dat de leefwijze in de inrichting een bepaald stempel op hem heeft gedrukt. Hij is er niet meer aan gewoon om zichzelf te verzorgen en het gevecht voor eigen bestaan te voeren. De adaptatie aan de normale samenleving zal diens gevolg veel van hem vergen. Ook hier speelt de graad van defectuositeit een belangrijke rol.

Ad. d. De relatie arts-patiënt. Dit is een interessant punt, waarover in het kader van dit onderwerp slechts een enkele opmerking. Allerlei mechanismen van overdracht en contra-overdracht komen hierbij naar voren. Onderlinge sympathie en antipathie zijn van invloed. Een oninteressante patiënt wordt spoediger ontslagen dan een interessante. Een moeilijk behandelbare en hanteerbare figuur zal sneller de inrichting verlaten dan de prettig en goed therapeutisch aanspreekbare. Vooral wanneer de arts veel patiënten heeft te behandelen, zal de gene die opvalt meer aandacht ontvangen dan hij die zonder opzien te baren zijn weg gaat. De klagers en de vragers zijn sneller aan ontslag toe dan de stille werkers op de achtergrond. Het behandelingsenthousiasme zakt naarmate de aanvankelijke therapeutische resultaten minder in het oog lopend zijn. De gebondenheid aan de therapeut kan ook na het ontslag tot uiting komen. Nu eens komt dit naar voren in een streven naar heropneming, dan weer in een regelmatig opbellen of een verzoek tot nabehandeling.

Ad. e. De situatie welke de patiënt na zijn ontslag ontmoet. In het voorafgaande werd reeds even gewezen op de houding van de familie. Het is voor de verwanten dikwijls moeilijk in te zien, dat de huiselijke omgeving op de één of andere wijze heeft bijgedragen tot de ziekte van de patiënt. Immers is het eenvoudiger om aan te nemen, dat in het ziekenhuis verbetering optrad doordat de betrokkene inzicht kreeg in zijn situatie en of de goede medicamenten ontving.

De patiënt wordt meermalen als de schuldige gezien van alle aanwezige gezinsmoeilijkheden. Niet zelden is hij inderdaad de hoofdoorzaak daarvan; toch blijkt vaak, dat het milieu een onvoldoende bereidheid bezit om de ziekte of invaliditeit van de patiënt te aanvaarden.

Zelfs na een jarenlange opnemings weten vele families zich nog haarfijn de moeilijkheden die ervaren werden te herinneren. Bij de S.P.D. is dit trouwens ook wel eens het geval, vooral wanneer het dossier van de betrokkene lijvig is.

De patiënt die de inrichting verlaat, vraagt zich met zorg af wat hem hier boven het hoofd hangt. Hoe zal de ontvangst door zijn familie wezen? Hoe moet hij antwoorden, wanneer men hem bij een sollicitatie vraagt, waarom hij korte of langere tijd niet heeft gewerkt? Zullen de mensen, met wie hij moet samenwerken, hem erop aankijken dat hij in een psychiatrische inrichting is geweest? Zal de ziekte niet meer terugkeren? Zal hij altijd invalide blijven? Waarom is het nodig dat hij medicamenten gebruikt, terwijl hij zich gezond voelt? Is de kamer goed, die men voor hem in een kosthuis heeft gezocht en hoe is de hospita? Hoe ziet het rusthuis eruit waar hij heen gaat en zal hij daar vrienden kunnen maken? Zo zouden nog vele vragen te noemen zijn. Dikwijls kan de afdelingsdokter daarop geen antwoord geven en kunnen alleen reeds daardoor de spanningen worden verhoogd.

Deze korte schets van de factoren die bij het ontslag een rol spelen moge voorlopig voldoende zijn. Zij werden opgesomd, omdat bij vele van onze bemoeiingen daarmee te weinig rekening wordt gehouden. Bovendien worden vaak de eigen vragen van de patiënt vergeten en wordt naar zijn oordeel wel eens te weinig geïnformeerd.

Keren wij nu terug naar ons eigenlijke onderwerp nl. de samenwerking tussen S.P.D. en inrichting, daarbij in zekere mate verdisconterend hetgeen over de ontslagsproblematiek in het algemeen werd opgemerkt.

Het schijnt mij toe, dat de patiënten voor wie het teruggaan naar de normale samenleving allerlei vragen oproept, in drie groepen uiteenvallen. In de eerste plaats zijn daar degenen voor wie de S.P.D. alle voorzieningen kan treffen. Zodra deze zijn gerealiseerd wordt het ontslag een feit. Verreweg de meesten zullen hiertoe behoren en vallen zodra zij de inrichting hebben verlaten onder de nazorg. Daarnaast kunnen de psychotherapeutische gevallen worden genoemd. Zij zullen, indien nodig nog een tijd lang in nabehandeling moeten kunnen blijven. De S.P.D. houde met hen, zolang de therapie nog gaande is, hoogstens een administratieve, doch geen daadwerkelijke bemoeienis. Tenslotte zij genoemd de groep van degenen voor wie een bege-

leide terugkeer naar de maatschappij noodzakelijk is. Hieronder vallen met name de langdurig verpleegden, doch ook degenen voor wie de sociale problematiek dermate ingewikkeld ligt, dat een uitvoerige behandeling van milieu en patiënt noodzakelijk is alvorens definitieve stappen tot ontslag kunnen worden genomen.

Over revalidatie vooral van chronische patiënten wordt tegenwoordig nogal wat geschreven. Speciale paviljoenen worden voor dit doel ingericht. In een vorig nummer van de 'Voordrachtenreeks' beschreef ik de werkwijze van een dergelijk instituut zoals men dat o.a. in 'Dennenoord' te Zuidlaren kan vinden.

Revalidatie vangt daar aan, waar de ziekte tot stilstand is gekomen en zich gestabiliseerd heeft tot een defecttoestand. Wat de praktische uitwerking aangaat, kunnen drie fasen worden onderscheiden:

1. De aanpassing aan het sociotherapeutische milieu binnen de inrichting,
2. De aanpassing aan de wisselwerking van sociotherapeutisch milieu en maatschappij,
3. De volledige terugkeer naar de maatschappij.

Voor de psychiatrische inrichting zijn vooral de punten 1 en 2 van belang. De patiënt moet leren zich in te stellen op het ontslag en de verplichtingen die dit voor hem meebrengt. Verder zal hij daadwerkelijk moeten kunnen adapteren.

Vooral voor lijdens aan defecttoestanden is dit een lange weg. Om het onder punt 2 genoemde goed te kunnen laten verlopen, is intensieve begeleiding een eerste vereiste. Het gaat hier om een stuk therapie dat de patiënt beslist niet kan missen en vanuit de inrichting moet gebeuren. Voor de realisering ervan is een aan het ziekenhuis verbonden psychiatrisch sociaal-werkster noodzakelijk.

Het vinden van een passende woon- en werksituatie buiten het psychiatrisch ziekenhuis vergt een goede kennis van de structuur van de patiënt. Laatstgenoemde moet bovendien de gevonden leef-mogelijkheden zelf kunnen bekijken en ermee geconfronteerd willen worden.

Vaak blijkt, dat hij tot veel meer in staat is, dan aanvankelijk werd gedacht. De ervaring leert, dat de aanlooptijd meestal lang is en de moed niet al te spoedig moet worden opgegeven, ook al vraagt de betrokkene om maar met alle pogingen op te houden. Bij al deze en dergelijke situaties kan de psychiatrisch sociale werkster niet worden gemist. Zij kan samen met de patiënt ergens gaan kijken. Ze kan werk voor hem aantrekken. Verder kan zij steun bieden bij de moeilijkheden in het leefmilieu. Zij kan de relatie helpen herstellen, vooral wanneer bv. de familie niet op bezoek wil komen of

het omgekeerd van belang is, dat de patiënt eens thuis gaat kijken.

Bij dit soort bemoeiingen is een nauwe samenwerking met de S.P.D. dringend gewenst. Deze treedt dan niet op als begeleidende instantie, maar is behulpzaam bij het leggen van de basiskontakten (bv. regelingen met sociale zaken). Geval voor geval zal bekeken moeten worden om na te gaan op welke wijze de taken het beste kunnen worden verdeeld. Ter intensivering van het gesprek is het mogelijk, dat de revalidatiepsychiater samen met de sociale werkster(s) het bureau van de dienst bezoeken. Omgekeerd is denkbaar, dat het gehele S.P.D.-team besprekingen in het revalidatiecentrum van de inrichting voert. Waarschijnlijk is de eerste gedachte eenvoudiger te realiseren dan de tweede *). Dit hangt echter geheel van plaatselijke situaties af. Is fase 3 bereikt, dan kan de S.P.D. langzamerhand de volledige zorg op zich nemen.

Als vanzelf zijn wij nu gekomen aan het tweede punt, dat door Poslavsky in zijn referaat werd genoemd, nl. dat van de te kiezen organisatievorm. Dit geldt dus vooral voor de patiënten, die niet vallen onder het hoofdstuk psychotherapie en revalidatie, zoals in het voorafgaande genoemd.

Ferguson merkt in zijn artikel op, 'dat er nog veel gebeuren moet, voor we onze psychiatrische patiënt al die zorg geven, waar hij recht op heeft en waarbij hij de beste kans heeft het snelst en het meest volledig te genezen.'

Het komt mij voor, dat één van de voornaamste rechten van de patiënt is om reeds tijdens zijn opnemings kennis te kunnen maken met de instantie die zich bemoeit met zijn persoonlijke belangen buiten het ziekenhuis. Hij moet zelf mee kunnen spreken. Een misschien wel bij herhaling noodzakelijk gesprek met een vertegenwoordiger van de S.P.D. zal hem ook beter doen begrijpen, waarom het soms zo lang moet duren voordat hij de inrichting kan verlaten. Zo blijft hij nauwkeuriger op de hoogte met de tegenslagen die werden ontmoet en de problemen die nog overwonnen moeten worden. Een onvoldoende bekend zijn met de gang van zaken en het onbegrepen langdurige verblijf kunnen spanningen geven, die leiden tot een hernieuwd ziek worden of een te sterk gebonden raken aan de inrichting. Het psychologisch juiste moment voor ontslag wordt gemist. Een ander facet is, dat wanneer de S.P.D.-vertegenwoordiger zelf tegenover de patiënt staat, hij t.a.v. hem of haar een betere verplichting gaat voelen. Dit kan de snelheid van werken ver-

*) In verschillende psychiatrische ziekenhuizen komen de S.P.D.-teams reeds tenminste ééns per maand met de voltallige staf bijeen om de onderhavige problematiek door te praten. Red.

groten. Doch niet alleen dat. Ook leert men de zieke beter kennen, hetgeen een juiste plaatsing bevordert.

Om tot een dergelijke gang van zaken te komen zijn twee dingen waarschijnlijk nodig. In de eerste plaats een verhoogde bezoeksfrequentie van de S.P.D.'s aan de inrichting. In de tweede plaats een officiële status voor het werk van de S.P.D.'s binnen het kader van het psychiatrisch ziekenhuis zelf.

Over de eerste mogelijkheid valt mijnerzijds niet veel te zeggen. Hierover zullen de nazorginstanties zelf een oordeel moeten vormen. Wat het tweede punt aangaat: dit komt mijns inziens hierop neer, dat de S.P.D.'s op het inrichtingsterrein een eigen pied à terre krijgen, waar zij op bepaalde tijden spreekuur houden en dan patiënten kunnen zien, en overleg plegen met de behandelende artsen. In hoeverre daar ook een aparte boekhouding zal zijn, zolang de patiënt is opgenomen, valt nader te bezien. Verdere regelingen van technische aard mogen hier achterwege blijven. Voorlopig gaat het alleen maar om het aangeven van een algemene lijn.

Bij het afsluiten van dit verhaal drong zich nog even een aparte kwestie op. Vele patiënten moeten nog lange tijd medicamenten gebruiken. Freyhan in Amerika gaf daarvoor enige richtlijnen.

1. De patiënt met een chronische ziekte moet de voorgeschreven dosering tenminste tot één jaar na het ontslag blijven gebruiken.

2. Wanneer dan blijkt, dat de toestand zich heeft gestabiliseerd, kan men langzamerhand gaan minderen. Deze vermindering moet zeer voorzichtig plaats vinden en telkens over meerdere maanden worden uitgesmeerd. De familie dient zeer nauwkeurig op te letten en alarm te slaan, wanneer zich moeilijkheden voordoen.

3. Komt men eenmaal zover, dat de medicatie wordt gestaakt, dan is daarna nog tenminste één jaar controle noodzakelijk. De tijdsduur van één jaar voor het gebruik van de ontslagmedicatie wordt hier dus het meest zinvol geacht.

Men hoort wel eens de wens uiten, dat de ontslagen patiënt periodiek of althans incidenteel — bijvoorbeeld als de medicatie veranderd zou moeten worden — poliklinisch wordt gecontroleerd door de inrichtingsarts die de therapie heeft voorgeschreven. Ook uit het oogpunt van een gerichte research zouden aan een dergelijke gang van zaken voordelen verbonden kunnen zijn. Voorlopig moge deze vraag alleen als probleem worden gesteld. Ervaring zal hier de juiste wegen moeten wijzen.