

Enige facetten van het werkgebied in het totaal van de geestelijke gezondheidszorg

door E. DE HAAN, leider-psychiater van de sociaal-psychiatrische dienst in Friesland

Het specifieke werkterrein van de sociaal-psychiatrische dienst (in het vervolg van dit betoog afgekort tot SPD), dat zich zo goed als geheel onttrekt aan de invloedssfeer van de Psychiatrische Inrichting en ook buiten het bereik ligt van de praktiserende zenuwartsen, laat zich vrij scherp omgrenzen; door de vooruitgeschoven post in het maatschappelijk vlak een gehele regio bestrijkend, door de infiltratieve opstelling en door de grote mobiliteit is het voor de SPD mogelijk alomtegenwoordig te zijn en dienst en advies te verlenen.

Zo moet de SPD zich in het maatschappelijk strijdgewoel gemakkelijk bereikbaar maken op die punten waar bij voorkeur maatschappelijke klemsituaties zich kunnen voordoen, en er dienen a.h.w. psychiatrische 'EHBO' posten te worden ingericht in de buurt van het justitieel gebeuren (waaronder begrepen politie, Raad voor de Kinderbescherming). Oplossingen vooral in justitieel verband ten behoeve van delinquent-patiënten dienen vaak gezamenlijk (justitie en sociale psychiatrie) te worden gezocht. Voor zover 'psychiatrische' gedragsstoornissen zich aandienen als mede-oorzaak of als gevolg van klemsituaties is het aangewezen dat ze met deskundigheid en onderscheidingsvermogen worden tegemoetgetreden. Aan de SPD de taak de psychiatrie uit te zeven, eventueel door te verwijzen naar behandelingscentra, adequate opvang te propageren en datgene tot normale proporties terug te brengen, wat zich op het eerste gezicht misschien als 'psychiatrie' liet aanzien.

Zo kunnen sociale diensten en beschuttende werkplaatsen (om nog een paar voorbeelden te noemen) het meestentijds niet stellen zonder een sociaal-psychiatrische visie in hun werk met maatschappelijke probleemgevallen. Vandaar dan ook dat één van de belangrijkste dienstverlenende taken van de SPD is: ten dienste staan van alle mogelijke personen en instanties die met gedragsanomalieën in het maatschappelijk leven te maken hebben. Dit houdt in dat de SPD zich, waar nodig, geruisloos invoegt in team-

verbanden, daarbij zorgvuldig vermijdend de eerste viool te spelen, doch steeds pogend als gelijkberechtigd partner zijn deskundigheid in te brengen en mee te helpen tot multidisciplinaire oordeelsvorming. In deze wisselwerkingen met de gemeenschap moet niet alleen worden getracht de horror voor psychiatrie en psychiater weg te nemen maar ook de illusie te bestrijden als zou de psychiater in allerlei onoverzichtelijke situaties de 'deus ex machina' kunnen zijn.

En dit alles ten behoeve van geestelijk kwetsbaren, voor wie de SPD in het maatschappelijk verband optreedt als bemiddelaar, woordvoerder en pleitbezorger, teneinde het aan- en inpassingsproces te bevorderen, voorzieningen aan te bevelen voor een optimale leefsituatie in de samenleving met de tendentie psychiatrische 'grensgangers' zoveel mogelijk in het areaal der gezonden te handhaven. Waar nodig treedt de SPD stimulerend en superviserend op bij het creëren van kollektieve voorzieningen zoals het oprichten van pensiontehuizen voor geestelijk gehandicapten en sluisinternaten, waarin intensieve communicatie met de maatschappij verzekerd is, dus bij voorkeur losstaande van psychiatrische inrichtingen (eveneens denkbaar zijn sluisinternaten die op de terreinen van psychiatrische inrichtingen verrijzen of onder supervisie van een moederinrichting worden geëxploiteerd, dienstbaar voor het testen van ontslagpogingen).

Illustratief zijn de sociaal-psychiatrische dienstverleningen ten gerieve van in het kader van de geestelijke volksgezondheid verhoogd kwetsbare groepen als bejaarden en zwakzinnigen, die gemakkelijk kunnen desintegreren.

Immers hoe vaak komt het niet voor dat de gemeenschap geneigd is bepaalde gedragsafwijkingen bij deze groepen direkt te verwijzen naar de 'psychiatrie'; het is dan aan de SPD om hierop een zekere tegendruk uit te oefenen door duidelijk te maken dat er vaak geen sprake is van psychiatrische stoornissen maar van een reactie op pathogene milieufactoren of zoals bij bejaarden op nog niet ontdekt lichamelijk ongerief.

Deze 'repressie' van de psychiatrie door de SPD, het zuiveren van psychiatrische blaam van psychisch kwetsbaren die niet direkt psychiatrische hulp van node hebben maar reeds gebaat zijn met een milieukorrektie of een beter begrip bij het publiek voor hun mentale zwakheden, behoort tot de wel zeer specifieke kerntaak van de SPD. Velen kunnen aldus voor rechtstreekse psychiatrische bemoeienis worden gevrijwaard.

Van de dienstverlenende taak der SPD zijn ook sprekende voorbeelden aan te voeren in de wisselwerking met de psychiatrische klinieken en inrichtingen. Vele inrichtingen voelen de behoefte

bij het heersende bedden- of verpleegsterstekort de distributie van de beschikbare plaatsruimte over te laten aan de SPD, die de rangorde der urgentie bepaalt. De mogelijkheid moet blijven bestaan dat ook buiten de SPD om, rechtstreeks in de psychiatrische inrichting kan worden opgenomen. Een dirigerende functie van de SPD bij de intake is aanvechtbaar en kan de goede verstandhouding tussen de SPD en huis- en zenuwartsen benadelen.

Eveneens behoort wat de nazorg betreft van een zuivere dienstverlening in het belang van de patiënten te worden uitgegaan. Kompetentiekwesties over de vraag wie nazorg zal uitoefenen, behoeven er in wezen niet te zijn, wanneer het mobiele apparaat van de SPD zich beschikbaar stelt voor de eigen nazorgdiensten van de psychiatrische inrichtingen. Het ligt in de rede dat de in het kader van de psychiatrische inrichtingen werkende nazorgarts of -zuster vanzelfsprekend het 'vehiculum' van de SPD zal willen gebruiken wanneer zij hun patiënten in het maatschappelijke vlak nog een eindweegs willen begeleiden. De alomtegenwoordigheid in de betreffende regio, de mobiliteit met de rijke ervaring bij het bedienen van de vele 'dashboardknoppen' van sociale kontakten (zoals huisartsen, burgemeesters, directeuren van sociale diensten, arbeidsbureaus, werkplaatsen, bedrijven enz.) die de SPD zich in de loop der jaren heeft verworven kan bij de nazorg, rechtstreeks uitgaande van de psychiatrische inrichtingen, niet gemist worden.

Wanneer een psychiatrische inrichting desondanks de nazorg zou willen behartigen zonder inschakeling van de SPD in de desbetreffende regio, zal men zich 'sans rancune' hierbij moeten neerleggen.

Evenals in de nazorgbeslommingen de SPD onmisbaar is voor de psychiatrische inrichting, zo ook is de psychiatrische inrichting onmisbaar voor de SPD.

Herhaaldelijk komt de SPD in de sociale problematiek in de omstandigheid dat er behoefte bestaat in wisselwerking te geraken met de praktiserende zenuwartsen of psychiatrische inrichtingen voor nadere observatie of behandeling van probleemgevallen die bijvoorbeeld worden aangeboden vanuit de forensische sektor.

Tevens komt de behoefte om terug te vallen op de psychiatrische inrichting of de praktiserende zenuwarts tot uiting in de controle op de medicatieve therapie van nazorgpatiënten. Hier moet de SPD zich incompetent weten, vooral wat betreft de niet meer te overziene berg van psychofarmaca.

Ook de verhouding met de praktiserende zenuwartsen blijft zui-

ver wanneer de SPD zich onthoudt van medicatieve behandelingen. Natuurlijk blijft buiten beschouwing het geven van een eenvoudig medicatie-advies aan een huisarts voor een patiënt in een wachtperiode voor opname of in een 'aangebrande' situatie. Naast zijn hulpverlenende, adviserende, signalerende en stimulerende taak moet de SPD het als zijn opdracht zien als coördinatie-orgaan te fungeren tussen al die personen en instanties (met name ook de zenuwartsen) die zich in het sociale vlak met de geestelijke gezondheidszorg in psychiatrische zin bezighouden.

SUMMARY

Description of some aspects of the specific workarea of a social centered psychiatric aid service independent of a mental hospital or -clinic, with a regional radius of action, rendering assistance in the first place at mentally infirm and vulnerable people in the society (f.i. aged en feeble minded persons).

Social psychiatric first aid must infiltrate especially on those points of social conflict situations taking place for instance in the neighbourhood of justice, police or the council of child protection a.s.o.

The interaction with mental hospitals, psychiatrists and other institutions and persons working in the field of mental health are described.

DISCUSSIE

Voorzitter van de Vereniging van Psychiaters in Dienstverband (P.I.D.), Collega Bakker:

Dames en Heren,

Ik heropen hierbij de vergadering; wij gaan nu dus over tot de discussie. Met het oog op het plaatsnemen van deze discussie in de Voordrachtenreeks, is er een bandrecorder opgesteld en daarmee hangt samen het verzoek van degenen, die aan de discussie deelnemen of vragen stellen, om naar voren te willen komen en datgene wat zij te zeggen hebben voor de microfoon te berde te brengen.

Dan geef ik nu gaarne de leiding van de discussie over aan Prof. Bastiaans.

Prof. Bastiaans: Dank u wel, mijnheer de voorzitter. Ik mag — voordat ik met de opening van de discussie begin — U wel zeggen, dat ik zeer erkentelijk ben voor het feit, dat U mij hebt uitgenodigd om deze discussie te leiden. Het is weliswaar een discussie op een gebied, waarop ik nog niet erg deskundig ben, maar U weet, dat ik interesse heb voor alles wat zich in groepen gaat afspelen; bovendien hebt U eigenlijk al aangegeven, dat ik hier aanwezig ben als vertegenwoordiger van een universitair centrum, uiteraard met een kleine „c”, daarnaast als vertegenwoordiger van het Hoofdbestuur, waarvan U weet, dat het de communicatie tussen de verschillende sectoren van activiteiten op het gebied van de geestelijke volksgezondheid gaarne bevordert. Tegen deze achtergrond wil ik gaarne mijn aandeel leveren en ik zou U willen voorstellen, dat wij eerst en direkt overgaan tot een vrije discussie met de zaal, waarbij wij ons misschien kunnen vasthouden aan twee hoofdlijnen, die naar mijn mening door alle voortreffelijke voordrachten van dokter

Diercks, dokter De Haan en dokter De Smet heenlopen, namelijk als eerste, dat wij gekonfronteerd zijn met de organisatie-structuren van ons werkterrein, met het opbouwen misschien van spelregels, welke spelregels het duidelijkst doorschemerden in de voordracht van collega Diercks en als tweede lijn: hoe wij eigenlijk met die spelregels van onze organisatie-structuren omgaan.

Wij leven in een buitengewoon interessante tijd, waarin wij ons eigenlijk voortdurend meer bewust worden van wat de informatie-theorie ons kan leren, van wat eigenlijk organisatie en van wat het begrip structuur inhoudt. Wij hebben daar vroeger als het ware automatisch mee gemanipuleerd, zonder ons werkelijk af te vragen, hoe een en ander nu eigenlijk in elkaar zat, en juist ten aanzien van deze 'basic securities of life' vragen wij ons veel meer af: hoe zit het eigenlijk? Tegen deze achtergrond zou ik de discussie een zekere richting willen geven, maar afwijken van deze lijnen is natuurlijk in alle opzichten toegestaan.

Wie mag ik dan als eerste, als individueel spreker naar voren komend of als vertegenwoordiger van een bepaalde groep, het woord geven?

Collega Dercksen: Mijnheer de voorzitter; het is altijd moeilijk om als eerste te beginnen. Het lijkt onbescheiden, maar na Uw inleiding — waaraan ik mij graag zou willen houden — meen ik dat het beter is dat ik juist als eerste discussiant nog even iets zeg over wat daar buiten valt. Ik heb de inleidingen bijzonder gewaardeerd als duidelijk, helder en bescheiden.

Er is echter één element, mij wezenlijk lijkend, dat ik gemist heb; uit de voordracht van collega De Haan is niet duidelijk naar voren gekomen wat de samenwerking inhoudelijk is van de zenuwarts, de inrichting en de sociaal psychiatrische dienst; mijns inziens, omdat hij al te bescheiden is geweest en, naar mijn gevoel, niet duidelijk genoeg naar voren heeft gebracht dat de S.P.D. een team is van minstens een verpleegster voor sociaal psychiatrische arbeid en een psychiater.

Collega Diercks heeft gesteld: de Dienst mag best, als men dit beter vindt, een opneming weigeren, als wij er maar bericht van krijgen. Hij sprak in dit verband van controle op de aanvraag tot opneming. Ik geloof dat het woord controle hier niet gelukkig is. Ik heb het nooit opgevat als controleren van een collega alsof hij zijn indicatie fout zou hebben gesteld, maar ik beschouw zijn aanvraag meer als een alarmsignaal. Ik zou het waarderen — en dit blijkt in de praktijk ook telkens wel te gebeuren — als de collega van de polikliniek toe zou staan een onderzoek in te stellen naar de sociale factoren door de daarvoor specifiek aangewezen deskundigen: de verpleegster voor sociaal-psychiatrische arbeid „in teamverband” met de sociaal-psychiater, welk team het resultaat van dit onderzoek terug dient te rapporteren naar de collega van de polikliniek. Ik weet, dat veel poliklinici — ik spreek nu ook vanuit de Amsterdamse situatie — het te druk hebben om een bespreking over een bepaald geval bij te wonen, maar gelukkig hebben we toch aangename ervaringen, ook op dit punt, en wel dat een collega, natuurlijk in bijzondere gevallen, bereid was om naar ons toe te komen en het geval na onderzoek te bespreken. Dan is het vaak mogelijk via de behandeling van de pathogene factoren in het milieu, samen met de poliklinische therapie van de „patiënt”, de behandeling in de maatschappij tot een goed einde te brengen. Patiënt zou ik graag tussen aanhalingstekens willen zetten, in aansluiting op hetgeen collega De Haan dan wel gezegd heeft, omdat zo vaak zijn gedrag, dat aanleiding geeft om de zenuwarts te bezoeken, een resultante is van zijn „zo-zijn”, in karakter, ontwikkeling of wat dan ook én de pathogene factoren in het milieu. Dat is een samenhang, dat is een

inter-actie, waar wij steeds meer oog voor krijgen en waarvoor op het ogenblik — in Amerika vooral — nieuwe technieken ontwikkeld worden, waar wij ook mee experimenteren, namelijk de gezinsbehandeling: een behandeling die gericht is op de groep als geheel.

Discussie-leider: Dank U, collega Dercksen. Wil een van de leden van het panel hier iets op zeggen? Collega de Haan, wilt U hier zelf op inspringen?

Collega de Haan: De ontmoeting met de zenuwarts wordt door ons zelf bevorderd, op gezette tijden, waarin de praktizerende zenuwartsen opgave doen van diegenen, die naar hun idee beter kunnen worden behandeld in een psychiatrische inrichting. Beladen met gegevens, trachten wij bemiddeling te verlenen bij die plaatsingen. Wij hebben dus als dienst in toto: maatschappelijk werker, sociaal-psychiatrisch verpleegster en sociaal-psychiater, ontmoetingen met de zenuwarts en wij behandelen bij die ontmoetingen de patiënten die hetzij moeten worden opgenomen, hetzij in nazorg moeten worden genomen. Dit wilde ik ter aanvulling meedelen.

Collega de Smet: Ik verneem dus van collega de Haan, dat hij wel het grote nut inziet van overleg tussen de Sociaal Psychiatrische Dienst en de vrijgevestigde zenuwarts, als het gaat om eventuele opname van een patiënt voor klinische behandeling, maar ik zou toch wel willen attenderen op het feit, dat de indicatie voor opname, gezien vanuit de vrijgevestigde zenuwarts zowel als vanuit de Sociaal Psychiatrische Dienst niet altijd parallel loopt met de visie, welke men vanuit de kliniek heeft, met name ten aanzien van de indicatie voor klinische behandeling. Ik zou er dus een pleidooi voor willen houden, dat juist ook ten aanzien van deze indicatiestelling niet alleen regelmatig overleg plaats vindt tussen vrijgevestigde zenuwartsen — eventuele samenwerking dus — maar dat er ook vanuit de kliniek aan dat overleg en die samenwerking wordt deelgenomen. Ik geloof, dat we dan pas de zaak allround bekijken en kunnen komen tot het vinden van de juiste indicatie, hetzij voor de ene behandeling, hetzij voor een andere.

Discussie-leider: Ik denk, dat er zeker meerderen zijn, die op dit thema willen doorgaan. Wie mag ik het woord geven?

Collega Diercks: Ik zou willen volstaan met collega Dercksen te danken voor deze aanvulling van de werkwijze van de samenwerking, die er kan bestaan tussen de sociaal-psychiater en de vrijgevestigde psychiater; het is eigenlijk precies in de lijn, zoals ik dit in mijn vraag naar voren hoopte te brengen, alleen zou ik er toch wel de aandacht op willen vestigen — mede ook naar aanleiding van de voordracht van collega De Haan — dat een ideaal huwelijk wel nodig heeft een huwelijkskontraat, ook al is het een ideaal huwelijk, omdat het kontraat aan de orde komt, als het huwelijk niet meer zo ideaal is. Ook in dit opzicht moeten wij steeds voor ogen houden, dat — indien wij het belang van de patiënt bij ons werk laten prevaleren — wij van dit standpunt uit natuurlijk vanuit alle drie richtingen in één richting verder marcheren. De moeilijkheid komt als één van de drie een andere mening koestert omtrent de te nemen maatregelen in het belang van de patiënt. In dit opzicht is het misschien toch — hoewel het even mijn gezichtskring als vrij gevestigde zenuwarts ontgaat, van groot belang wat collega de Smet naar voren brengt, om dan ook al bij het bepalen van de indicatie tot opname zo ruim mogelijk alle factoren, die daarin kunnen meespelen, in beschouwing te nemen.

Discussie-leider: Dank U.

Collega Regensburg: Mijnheer de voorzitter; als we terugzien op hetgeen de vorige sprekers hebben gezegd, dan worden we getroffen door de soberheid, waarmee de gehele kwestie is uiteengezet. Men vraagt zich af: „waar zit hier eigenlijk de knoop?”. De knoop ligt mijns inziens hierin, dat men in wezen geen begrip heeft van de aard van elkaars werkzaamheden. Ik heb vaak van de kant van de Sociaal Psychiatrische Dienst en ook wel eens van de kant van inrichtings-collega's opmerkingen gehoord omtrent de aard van de werkzaamheden van de zelfstandig werkende zenuwarts. Dan vraag ik mij toch af of men wel goed geïnformeerd is over de wijze waarop hij praktiseert. Tientallen patiënten, die de zelfstandig werkende zenuwarts bezoeken, komen zelden of nooit in contact met de S.P.D. of met een inrichting. Dit is veelal ook niet nodig, omdat voor het merendeel het accent op het medisch aspect ligt. Zodra het sociale aspect centraal komt te staan, hangt het van de ontwikkeling van het ziektegeval af in hoeverre de patiënt in de inrichting moet worden opgenomen, dan wel of S.P.D. moet worden ingeschakeld. Ik kan wel zeggen, dat ik in Rotterdam, wat de Jeugd-Psychiatrische Dienst betreft, altijd de grootste en meest elegante medewerking heb ondervonden. Ik krijg vaak op mijn polikliniek kinderen, bij wie ik uit de aard der zaak het gemis voel van een behoorlijk sociaal rapport. Ik stuur deze kinderen dan nogal eens — omdat de huisarts mij over deze dingen ook niet kan inlichten — en ook hun ouders, naar de Jeugd-Psychiatrische-afdeling van de S.P.D. Ik krijg dan een zeer uitgebreid en goed gedetailleerd rapport. In onderling overleg meestal wordt daarna bepaald of het geval verder door mij kan worden behandeld, dan wel door de S.P.D. verder moet worden begeleid. Ik meen, dat al deze problemen niet zo moeilijk liggen als men wel denkt. Als we werkelijk op de hoogte zijn van de aard van elkaars werkzaamheden, kunnen we niet alleen tot een gezamenlijk overleg, maar ook tot een gemeenschappelijke samenwerking komen. Er is één punt, dat misschien een beetje buiten dit kader valt, maar het is toch wel van belang om hieraan aandacht te besteden, zeker wat het sociale facet betreft. U zult weten, dat op 1-1-1968, tenzij President de Gaulle roet in het eten gooit, de over-en-weer vestiging van artsen van de 6 E.E.G.-landen mogelijk is. Zo kunnen Nederlanders zich in Frankrijk en Italië vestigen, zo kunnen Duitsers en Belgen zich hier in Nederland vestigen. Taal-barrières zullen nu niet direkt de zaak zo snel uit de hand laten lopen, maar zeker is, dat — en dat weet men nú al — een surplus van Italiaanse artsen zich in Frankrijk zal vestigen, er zullen zich Duitsers vestigen in de Elzas. Ook in een deel van Oost-Nederland, alsmede van Zuid-Nederland, beïnvloed door de Duitse televisie, mogen Duitse artsen worden verwacht. Het zal U misschien bekend zijn, dat farmaceutische industrieën, terwille van hun industrie, er buitengewoon voor geporteerd zijn om hier N.V.'s te stichten met eigen klinieken en daarbij een eigen staf naar Nederland sturen. Het is dus niet uitgesloten dat dergelijke artsen van Duitse en Belgische origine zich ook hier in het land zullen vestigen. Ik meen er toch wel goed aan te doen hierop te wijzen, omdat dit een kwestie van 22 maanden is, dat we met de opzet van de Geestelijke Volksgezondheid met deze buitenlanders en met hun vestigingen, rekening moeten houden, zodat we niet alleen een samenwerking opstellen voor Nederlandse artsen, maar dat we dus ook iets opstellen, passend in de gewijzigde Europese structuur.

Discussie-leider: Dank U wel.

Collega Jacobs: Dames en Heren; ik wil enkele korte opmerkingen maken naar aanleiding van de verschillende voordrachten, die ik — overigens met

bijzonder veel belangstelling — heb aangehoord. U zult wel begrijpen, dat ik het met college de Smet in veel dingen eens ben, echter op één punt niet. Ik ben n.l. van mening, dat het psychiatrisch ziekenhuis zeer zeker ook aan vóór-behandeling moet doen. De polikliniek moet niet alleen zijn voor nazorg-patiënten, maar ook voor voorzorg-patiënten. Er is immers een bepaalde categorie patiënten, welke een zodanige aanpak nodig heeft, dat de gehele outillage van het psychiatrisch ziekenhuis daar misschien bij ingeschakeld moet worden, ook al vóór deze patiënten opgenomen zijn — dit punt moet natuurlijk nog verder uitgewerkt worden. Verder meen ik dat één van de aspecten, die de Nederlandse geneeskunde toch wel bijzonder aangaan, niet voldoende naar voren is gekomen, n.l. de plaats van de huisarts. Wij praten allemaal over organisaties, over ziekenhuizen en over allerlei dingen, maar de huisarts, die de eerste voorpost is, is eigenlijk nauwelijks genoemd. Er wordt gezegd: „een opneming: de zenuwarts overlegt met de G.G. & G.D.”, maar dit is eigenlijk helemaal niet juist; de huisarts moet bepalen — moet méde-bepalen, omdat hij beter de omstandigheden kent dan de zenuwarts — waar iemand wordt opgenomen. Ik ben dan ook een bijzonder fel tegenstander van elk orgaan, dat zich tussen mijn psychiatrisch centrum — als ik het zo mag zeggen — en de huisarts gaat plaatsen. Ik geloof dat, wanneer wij elkaar willen begrijpen, de huisartsen en de psychiatrische centra veel nauwer moeten samenwerken. U zult dan ook begrijpen, dat een controle op een opneming — ik hoorde dit van collega Diercks — misschien heeft hij het niet zo bedoeld — door hetzelfde orgaan, dat eventueel de voor- en nazorg op zich neemt, m.i. onjuist is. Ik dacht, dat dit een onafhankelijk orgaan moet zijn in de zin, zoals dit bij de ziekwet het geval is.

Collega de Smet heeft naar mijn mening onvoldoende aangestipt, dat er toch wel een nauwe relatie moet blijven tussen de S.P.D. — ik spreek liever van een Stichting voor de Geestelijke Volksgezondheid, hetgeen veel meer inhoudt — en de klinische centra in het betreffende gebied; dat kan natuurlijk een persoonlijke relatie zijn, maar ik geloof, dat het ook bijzonder nuttig is, dat men zich gezamenlijk beraadt over de voorzieningen, welke getroffen moeten worden. Tenslotte is er gesproken door collega de Smet over het sociaal-psychiatrisch werk, het maatschappelijk werk in de inrichting. Het is heel merkwaardig, dat wij, in onze psychiatrische inrichtingen, nu pas tot de ontdekking zijn gekomen, dat we maatschappelijk werk nodig hebben, terwijl kinder-inrichtingen, opvoedings-inrichtingen, ons in dezen al lang zijn voorgedaan. Men heeft daar ervaren, dat eigen maatschappelijk werk in de eigen situatie van het kind, dat opgenomen is en behandeld wordt, bijzonder vruchtbaar en nodig kan zijn. Ik heb het gevoel, dat met de buitenwereld natuurlijk zeer nauw moet worden samengewerkt, maar dat vooral ten behoeve van patiënten, die langduriger zijn opgenomen, de eigen inbreng van, zo men wil, het maatschappelijk werk — ik zou hiervoor liever een heel aparte term gebruiken; in de kindbescherming spreekt men van sociaal werk in verband met de behandeling van de ouders, sociale kontakten of zoiets, dat kan bij ons natuurlijk niet allemaal — de aanvulling kan leveren op datgene wat de S.P.D.'s al doen. Dank U wel.

Discussie-leider: Dank U wel, collega Jacobs, het is bijzonder nuttig, dat U nog eens wijst op de taak en de plaats van de huisarts. Wij psychiaters hebben in de laatste jaren vele huisartsen geleerd, hoe zij met hun patiënten moeten omgaan en ook met elkaar en het werd dringend tijd dat wij die ervaringen ook op het eigen terrein terugbrengen. Het is niet helemaal verwonderlijk, dat de huisarts in eerste instantie niet genoemd wordt, want zijn

taak lijkt in vele opzichten ook weer op de onze. De huisartsen worden óók voor coördinatie-problemen geplaatst en voor informatie-verwerkingsproblemen, welke niet gering zijn.

Collega van Wermeskerken: Mijnheer de Voorzitter; ik heb erg veel belangrijke dingen gehoord over de sociale psychiatrie, op welk gebied ik eigenlijk niet werkzaam ben. Ik heb gehoord hoe een patiënt optimaal psychiatrische hulp moet krijgen, hoe de revalidatie moet zijn, maar ik heb erg weinig, eigenlijk nauwelijks iets gehoord over het belang van het kind. Men praatte over revalidatie in het arbeidsproces, men praatte over revalidatie in het sociale vlak, maar men praatte eigenlijk niet over de revalidatie als vader of moeder van het kind, dat na het ontslag weer in het gezin gevonden wordt. Collega de Haan heeft het woord Raad voor de Kinderbescherming laten vallen en collega de Smet heeft het M.O.B. genoemd, maar verder ook niet. Wel heeft collega de Smet even iets gezegd over een sociale werker, maar ik kreeg een beetje de indruk, dat die sociale werker alleen maar moest kijken hoe het milieu was, moest kijken hoe het werk en hoe een bepaalde persoon hierin teruggeplaatst kon worden terwijl die aandacht niet zo direkt afgestemd was op de persoonlijke ontwikkeling van het kind, dat zijn vader of moeder weer terugkrijgt. Collega Sunier en coll. Meijers hebben destijds een onderzoek ingesteld naar de ontwikkeling van het kind van een gestoorde ouder. Zij kwamen tot de ontdekking, dat de persoonlijkheidsontwikkeling van het kind, van wie één ouder gestoord was en de ander betrekkelijk gezond, eigenlijk niet zo'n gevaar liep. Maar heel vaak wordt toch gezien, dat de gestoorde ouder gehuwd is met een gestoorde partner, die dan niet in een inrichting wordt opgenomen. Als zo'n gestoorde partner, niet opgenomen, dan zijn ontslagen partner thuis krijgt, dan zullen deze mensen vaak falen in het opvangen van elkaar en als vader of moeder. We zien dan het gevaar, dat het kind 'het kind van de rekening' wordt, en in de toekomst de nieuwe psychiatrische patiënt. Ik weet niet hoe dit allemaal uit te bouwen en op te vangen is. Als M.O.B.-artsen zien wij wel eens kinderen uit gestoorde milieu's, uit zieke milieu's, maar te weinig en meestal, zo niet altijd, veel te laat. De Raad voor de Kinderbescherming ervaart dit precies zo. *Of* de gewenste voorziening moet ondergebracht worden in de S.P.D., alwaar mensen opgeleid zouden moeten worden, die vooral deze kant bestuderen, *of* het moet de sociale werker uit de Inrichting zijn *of* nog iemand anders, ik weet het niet, maar het is wel een punt dat bij de verdere ontwikkeling van de samenwerking Inrichting-S.P.D.-particulier zenuwarts niet over het hoofd mag worden gezien.

Discussie-leider: Dank U wel. Er zijn nog vele sprkers.

Collega Kraft: Mijnheer de Voorzitter; ik vind het prettig om hier even het woord te mogen hebben, omdat ikzelf vrij nauw betrokken ben bij deze materie: ik heb — misschien is het een gelukkige omstandigheid — alle drie specialismen bedreven. De laatste ontwikkeling is, dat ik me onder de vrijgevestigde psychiaters kan rangschikken. Daarvóór heb ik een S.P.D. helpen opbouwen. Nu is bij de gevestigde psychiaters de funktie genoemd van de psychiater, die een belangrijke klinische taak heeft, klinisch werk; dit is dus bij mij ook het geval: ik heb een vrij grote klinische afdeling te leiden in een algemeen ziekenhuis.

Ik wil toch iets zeggen over de samenwerking, zoals ik zelf zie hoe deze moet zijn tussen de vrijgevestigde psychiater en de S.P.D., omdat ik op het ogenblik dus met mijn oude dienst samenwerk; het is erg curieus en ook wel nuttig. Ik wil even inhaken op een opmerking van een spreker op het kon-

gres, dat vorig jaar in Amsterdam is gehouden over de geestelijke volksgezondheid. Deze spreker had het erover, dat het beroep van vrijgevestigd zenuw-arts eigenlijk een beetje obsoleet aan het worden was. Daar schrok ik natuurlijk aan de ene kant wel van, aan de andere kant heb ik me afgevraagd: 'hoe komt hij daar zo bij'. Ik vermoed dat het zó is, dat men bang is dat de vrij gevestigde psychiater eigenlijk nog een aparte figuur blijft temidden van alle teams en team-verbanden, een figuur, die nog steeds individueel aan het werk is. Als zodanig zou hij dan een figuur zijn, die op een gegeven moment moeilijk te handhaven is. Ik geloof, dat dit nu niet zo is, maar dat we wel, als vrij gevestigde psychiaters steeds meer — tenminste zo is het bij mij het geval — de indruk krijgen niet meer alleen met een individuele patiënt te maken te hebben, maar wel degelijk met de patiënt in zijn huiselijk milieu en in zijn werk-milieu, vaak ook nog in zijn vrije-tijds milieu, en dat we toch voortdurend de patiënt tegen die achtergronden moeten zien. Ik dacht, dat dit standpunt meer gehuldigd gaat worden, en dan hebben we de S.P.D. absoluut nodig, al was het alleen om op een gegeven moment georiënteerd te raken over het huiselijk milieu, maar ook wel — ik ben blij, dat collega Dercksen zulks eveneens opmerkte — over het werk-milieu, omdat er toch heel vaak bezwaren bij de patiënt komen, waarbij wij ons afvragen: 'ja, zit dat nu wel goed op dat werk'. Zo heb ik regelmatig besprekingen met de vertegenwoordigers van de S.P.D. om over diverse patiënten van gedachten te wisselen, en natuurlijk ook — als hoofd van die klinische afdeling — om ontslag voor te bereiden, op dezelfde wijze als bij de psychiatrische inrichtingen. Het loopt, dacht ik, bij ons in het oosten wat dit betreft wel goed. Wij kunnen zo heel goed het terrein afbakenen, waarbij telkens weer blijkt — en dit vind ik vermeldenswaard — hoe je eigen relatie ten opzichte van de patiënt en zijn gezin in de regel een persoonlijke relatie is, terwijl de dienst iets meer, ik zou zeggen, de sociale zienswijze vertegenwoordigt, als zodanig dan ook maatregelen kan nemen, met name ook maatregelen, waar collega van Wermeskerken enigszins mee zit, dus ten opzichte van de kinderen in het gezin etc. Wij kunnen dan in de meeste gevallen meer de advocatenrol hebben t.o.v. de patiënt, die ons heeft gekonsultueerd. Nog even een ander ding en dat wil ik collega de Smet nog speciaal zeggen; deze heeft gesproken over de geringe belangstelling van de vrij gevestigde psychiater voor sociaal-psychiatrische instituten enz. Wij hebben in de buurt van Arnhem een dag-ziekenhuis. Het is het streven geweest van de directeur van 'Wolfheze' hieraan vrij gevestigde zenuwartsen te verbinden, juist om meer tot samenwerking te komen en ook om de zo noodzakelijke continuïteit in de behandeling te bereiken; ik ben nu, sinds enige maanden, aan dat dag-ziekenhuis verbonden, waarbij ik in staat ben om klinische patiënten van mijn eigen ziekenhuis aldaar in dag-behandeling na te behandelen. Ik vind het wel prettig om dit hier even te vermelden; het is beslist een aardig experiment, het is nog niet verder dan een experiment, we weten ook niet welke proporties dit gaat aannemen met zo'n dag-ziekenhuis. Ik meen wel, dat hierin, ook voor de vrij gevestigde zenuwartsen, mogelijkheden zitten. Als de dag-behandeling beëindigd is, kunnen we de patiënten weer gewoon op het spreekuur ontvangen.

Discussie-leider: Dank U zeer, collega Kraft. Ik begrijp uit Uw woorden, dat het toch een bijzonder groot voordeel is als men de gelegenheid heeft gehad in de verschillende sectoren werkzaam te zijn. Ik geloof, dat dit aansluit op datgene wat collega Regensburg wilde aanduiden toen hij zei, dat eigenlijk de beeldvorming met betrekking tot elkaars activiteiten vaak zo onvoldoende

is. Voor U gold dit bezwaar niet en van daaruit moet het U in een aantal opzichten mogelijk zijn om meer efficiënt en misschien ook meer ontspannen te functioneren.

Collega v. d. Burg: Ik ben bijzonder blij, dat collega Jacobs de huisarts genoemd heeft. Toen ik uit het Noorden naar hier reisde per trein, zat ik toevallig samen met een huisarts, die naar een ander kongres ging, en wij bespraken onze wederzijdse bijeenkomsten. Toen dacht ik bij mezelf: 'ja, het is eigenlijk verkeerd, dat wij de belangrijke taak, die de huisarts heeft bij de geestelijke volksgezondheid, zo onderwaarden, dat noch achter noch voor de tafel huisartsen aanwezig zijn om ook hún bijdrage te leveren aan deze totale benadering van de geestelijke volksgezondheid'. Dat was het eerste. In de tweede plaats zou ik willen opmerken, dat weliswaar 3 disciplines genoemd zijn: de inrichtings-psychiaters, al dan niet met polikliniek, de psychiaters van de S.P.D. en de zelfstandig werkende psychiaters, er is echter een 4e discipline — die misschien wel onder de inrichtingen te scharen is — de psychiatrische universiteitsklinieken, waarmee ook de samenwerking, als althans de persoonlijke banden niet groot zijn, wel eens moeilijkheden kan geven, waarbij ik speciaal doel op opname met onmiddellijk daarna een automatische verdwijning van de betreffende patiënt, die de zelfstandige zenuwarts al jaren kent, in de richting van de universiteitspolikliniek na ontslag. Dit is een probleem op zichzelf, dat heel vaak alleen maar van organisatorische aard is, want het is mij verschillende malen overkomen, dat ik in de kliniek contact houdend met de opgenomen patiënt en de behandelend geneesheer, waarbij mondeling overeengekomen was, dat de nabehandeling door de zelfstandig gevestigde zenuwarts, die de patiënt had ingestuurd, zou plaatsvinden, toch in de ontslag-brief de automatische vermelding vond: 'voor verdere controle wordt de patiënt verwezen naar onze polikliniek'. Hieruit blijkt wel, dat het niet alleen gaat om wat collega Diercks genoemd heeft: het huwelijk, maar dat het ook wel eens gaat om het huwelijkskontraat, n.l. de spelregels, die moeten worden gehanteerd. Het gaat in de allereerste plaats om het belang van de patiënt, zodat — als het beter is voor de patiënt dat hij hetzij door de S.P.D. verder wordt gecontroleerd, al is hij ingezonden door de zelfstandig werkende zenuwarts, hetzij dat het beter is dat hij de polikliniek van de psychiatrische inrichting of de polikliniek van de universiteitskliniek bezoekt — het zaak is, dat zulks vóór het ontslag besproken wordt en dat het dan natuurlijk elegant is, dat de patiënt éerst wordt terugverwezen naar de zelfstandige zenuwarts, die hem de motieven uitlegt, waarom het beter is, dat hij na ontslag wordt gecontroleerd door de S.P.D., de universiteitspolikliniek of door de polikliniek van de betreffende inrichting. Ik was heel verheugd te horen, dat de inleiders de integrale geneeskunde, waarbij ook de psychiatrie als discipline behoort, accentueren. Wij moeten ons natuurlijk goed realiseren, dat in de opbouw van medische centra, vooral regionaal, er niet alleen team-work moet zijn in de richting van de S.P.D. en de poliklinieken der inrichtingen, maar dat er ook een zeer nadrukkelijk team-work moet zijn met de andere specialismen, die in de betreffende medische centra werken. Ik acht het belangrijk, dat ook déze kant van de zaak nog eens nadrukkelijk wordt belicht. Dit geldt natuurlijk wel zeer in het bijzonder, als het gaat om psychiatrische afdelingen. Ik ben blij, dat men voor de psychiatrische afdeling in het regionale ziekenhuis ook hier gepleit heeft. Nu kom ik op een iets moeilijker punt. Ik meen, dat wij als zelfstandig gevestigde zenuwartsen het met de betogen van collega de Haan, collega de Smet en collega Diercks volledig ééns kunnen zijn, maar ik geloof, dat een aantal van de konfliktpunten een beetje onder de tafel zijn gewerkt, want er

zijn andere meningen bij S.P.D.'s, er zijn andere meningen bij inrichtingspsychiaters, want er zijn uiteindelijk problemen rond de poliklinieken van de psychiatrische inrichtingen. Er zijn problemen betreffende de samenwerking tussen de zelfstandig werkende zenuwartsen en de S.P.D. Het ligt niet allemaal zó ideaal. Nu weet ik wel, dat het in de praktijk als de verhoudingen goed zijn — en die zijn gelukkig in onze streek goed — allemaal nogal meevalt, maar primair — toen ik mij in Meppel vestigde — en ik op een bepaald moment bij een bepaalde patiënt sociaal-psychiatrische moeilijkheden onderkende en ik aan de S.P.D. vroeg: 'wilt U eens kijken hoe dat ligt daar'; „Wilt U misschien de sociaal-psychiatrische begeleiding op U nemen', kreeg ik grote papieren toegestuurd, waarin het standpunt verdedigd werd, dat het volkomen onmogelijk was zonder dat de patiënt ter behandeling werd overgedragen. En dit aspect van de zaak heb ik hier helemaal niet gehoord. Zulks is een beetje onder de tafel gewerkt. Ik geloof, dat het uitermate belangrijk is, dat we op deze open vergadering ook deze kant van de zaak bespreken.

Het laatste punt is — en ik was verheugd dit te vernemen — dat door één van de sprekers is aangeroerd, dat de zelfstandig werkende zenuwartsen eigenlijk altijd op hun tenen moeten lopen, omdat zij zwaar over-bezet zijn; ik was blij dat juist een inrichtingspsychiater de leefbaarheid van de zelfstandig gevestigde zenuwarts in het geding heeft gebracht. Willen wij, als zelfstandig werkende psychiaters, ons werk goed doen, willen wij ons voegen in de verschillende teams, wat wij bijzonder graag willen, dan moeten wij daarvoor inderdaad de tijd, maar ook de honoreringsmogelijkheden hebben. Dit hangt allemaal met elkaar samen, want de geringe belangstelling, die er voor de zelfstandige vestiging op dit moment is, houdt verband met de geringe tijd, die men tot zijn beschikking heeft en de geringe sociale zekerheden, die de zelfstandig gevestigde psychiater heeft. Daardoor worden de vestigingskansen verminderd en daardoor neemt de leefbaarheid van de zelfstandig gevestigde psychiater en daardoor automatisch ook de kwaliteit van zijn werk aanmerkelijk af. Men zou veel meer willen doen, maar men kan niet zoveel doen, want men heeft zulke grote poliklinieken en zulke enorme wachtlijsten voor opname etc. Ik vond het bijzonder plezierig, dat collega de Smet ook deze kant van de zaak belicht heeft.

Discussie-leider: Dank U wel, collega v. d. Burg. Mag ik vragen of een van de inleiders hierover zelf iets wil zeggen? Collega de Smet misschien? Of wilt U nog even wachten? (bevestiging). Dokter van Praag?

Collega van Praag: Een heel korte opmerking, mijnheer de Voorzitter, van puur informatieve aard en aansluitend op hetgeen collega v. d. Burg zei: collega de Haan heeft in zijn voordracht een, laat ons zeggen, bescheiden gebleven beeld gegeven van de taak van de sociale psychiater. Dokter de Smet gaf een inspirerend beeld van wat een psychiatrisch centrum is of in ieder geval kan zijn, een beeld, dat naar ik meen niet vrij is van een zekere expansiviteit. Ik vroeg me af — als hij het terrein van voor- en nazorg, van voor- en achterveld, ook binnen het arbeidsveld van het psychiatrisch centrum trekt — wat dan nog de taak is van de sociaal-psychiater en van de S.P.D. en hoe de grenslijn ligt. Ik ben sinds enkele weken met dit probleem geconfronteerd. Ik kom uit een stad, waar de taken van kliniek en S.P.D. vrij sterk gescheiden zijn, waar de hele voor- en nazorg in handen is van de S.P.D. Ik werk nu in een stad, waar dit in mindere mate het geval is. Ik kom in aanraking met het probleem: wat is de competentie van wie; hoever strekt de zorg zich uit van de psychiatrische inrichting, van de kliniek, van het psychiatrisch centrum, en waar, op welke punten, grijpt de S.P.D. in? Dit was de vraag, die ik wilde stellen.

Discussie-leider: Prof. Poslavsky wil hier graag even bij aansluiten. Dank U wel, dokter van Praag.

Prof. Poslavsky: Ja, mijnheer de Voorzitter, ik zou even een woord van erkentelijkheid willen spreken aan het adres van de inleiders, voor de zorg, waarmee zij hun inleidingen hebben samengesteld. Ik heb — als ik dokter de Smet goed begrepen heb — toch wel bezwaar tegen een punt door hem genoemd en dat hier, geloof ik, bij aansluit. Hij heeft n.l. gezegd: wat op het voor-veld ligt, de preventieve taak, dat moet een taak van de gemeenschap zelf zijn en die moet niet door het psychiatrisch centrum (met een kleine 'c') worden geannexeerd. Nu heb ik hierlegen in zoverre bezwaar, dat ik zou willen stellen dat het psychiatrisch centrum zelf opgave van de gemeenschap moet zijn. Ik zou dus 2 zaken duidelijk uit elkaar willen houden: de taakstelling voor de gemeenschap, die het totale terrein moet omvatten — de gemeenschap moet ten nauwste betrokken zijn bij het werk van het psychiatrisch centrum, ik meen b.v. dat het van groot belang is om zo iets te hebben als een ouder-vereniging van de opgenomen kinderen; anderzijds de medische organisatie van dat veld. Ik wil dus niet gezegd hebben, dat ik mij niet kan verenigen met de opvatting van dokter de Smet, dat het voor-veld beter aan anderen dan aan het psychiatrisch centrum kan worden toegewezen. Ik geloof, dat het belangrijke punt inderdaad is, dat het psychiatrisch centrum meedoet aan de opnameprocedure, we moeten evolueren van een min of meer nog steeds administratieve opname naar een werkelijk medische intake van de patiënt in het klinisch centrum voor zover dit nodig is.

Discussie-leider: Dank U voor Uw aanvulling, collega Poslavsky.

Collega Lumey: Mijnheer de voorzitter, ik wilde graag ingaan op Uw uitnodiging ons voornamelijk te richten op structuur-aspekten. Vandaag is ter sprake gekomen de mogelijkheid van een allround, alles omvattende structuur, die uitgaat van een psychiatrisch ziekenhuis, waarbij de gehele geestelijke gezondheidszorg in één structuur gevat wordt. Er is ook wel eens — dit is op deze vergadering niet zo duidelijk tot uiting gekomen — naar voren gebracht de mogelijkheid van een allround structuur, die gevestigd is in de maatschappij, in de zin dan van extra-muraal, in de gemeenschap, zoals collega de Smet zegt, waarbij de klinische behandeling wordt aangepast in een structuur die dus haar accent heeft buiten de psychiatrische kliniek. Ik dacht, dat we het er allemaal wel over eens zijn, althans de meesten van ons, dat beide mogelijkheden moeilijk te realiseren zijn en dat we moeten streven naar een structuur, die op 2 pijlers rust. Ik vraag me echter wel af, of het nodig is, dat we een structuur hebben die op 3 pijlers rust, zoals dit op het ogenblik het geval is, n.l. de psychiatrische inrichtingen, de S.P.D.'s of de Geestelijke Gezondheidszorg in het algemeen en de vrij gevestigde zenuwartsen, zoals ook tot uiting gekomen is in de voordrachten van de 3 sprekers van vandaag. Ik spreek daarbij uit eigen ervaring. In zekere zin mag ik zelfs zeggen: baas boven baas t.o.v. collega Kraft, die eerst sociaal-psychiater was en later vrij gevestigd zenuwarts. Ik ben n.l. 9 jaar lang zowel poli-kliniekhoudend vrij gevestigd zenuwarts als hoofd van een S.P.D. geweest, maar dat was dan in verschillende steden. Ik heb mij als vrij gevestigd zenuwarts sociaal-psychiatrisch altijd erg onthand gevoeld en als sociaal-psychiater heb ik mij medisch altijd onthand gevoeld. Ik zou eigenlijk aan collega Diercks, die gesproken heeft voor de vrij gevestigde zenuwartsen, en die ons vele vragen voorgelegd heeft, een wedervraag willen stellen n.l.: Vindt hij het wel zo wenselijk, dat hij voor het verrichten van sociaal-psychiatrisch onderzoek en voor sociaal-psychiatrische behandeling, een beroep moet doen

op een S.P.D.? Als we uitgaan van de stelling, die door collega de Smet naar voren gebracht is én die tot uiting komt in de gezondheidsnota, n.l. dat we ons opnieuw moeten bezinnen op de gerichtheid op de patiënt en hieraan onze structuren moeten aanpassen, dan rijst voor mij de vraag: zou collega Diercks niet véél liever zelf dat sociaal-psychiatrisch onderzoek doen, zou hij niet liever zelf een sociaal-psychiatrisch verpleegster op zijn spreekuur hebben, die hij, zeker niet voor alle patiënten — ik dacht zelfs voor een minderheid van patiënten — zou kunnen inschakelen? Zou hij niet veel liever zelf op zijn tijd ook een huisbezoek doen, de sociale omstandigheden ter plaatse opnemen, om dan dus een allround extra-murale service onder één hoofd te kunnen brengen?

Dit sluit ook aan op hetgeen collega v. d. Burg naar voren gebracht heeft over de moeilijkheid in de samenwerking. Ik vind het inderdaad een moeilijk punt, wanneer vrij gevestigde zenuwartsen een sociaal-psychiatrisch rapport vragen. Op zichzelf zou dit niet zo bezwaarlijk zijn, als het alleen ging om een sociaal-psychiatrische diagnose. Dan zou men kunnen zeggen: ik verleen service, ik rapporteer aan de zenuwarts, en hij werkt het verder af. Maar daarmee is het niet klaar. Naast een sociaal-psychiatrische diagnose is er dan een behandeling nodig — ik gebruik met opzet het woord behandeling —, een sociaal-psychiatrische behandeling, d.w.z. dat er dus gewerkt moet worden vanuit de S.P.D. met de omgeving van de patiënt, hetzij meer in het persoonlijke, hetzij meer in het zakelijke vlak. Er kan een intensieve bemoeienis uit voortvloeien, waar de patiënt in sterke mate bij betrokken is. Ik vind het persoonlijk heel erg moeilijk als een en ander samengespeeld moet worden door twee instanties, die qua opzet zo verschillend zijn als een S.P.D. enerzijds en een vrij gevestigd zenuwarts anderzijds. Er zijn teveel patiënten die hiervan de dupe worden, doordat deze instanties noodzakelijkerwijze te weinig op elkaar afgestemd zijn, tenzij de vrij gevestigde zenuwarts in staat zou zijn om inderdaad in het team — maar dan met een eigen inbreng — van de S.P.D. betrokken te worden. Ik wil, ter voorkoming van misverstand naar voren brengen, dat het echt niet mijn opzet is hier te pleiten voor het verdwijnen van de vrij gevestigde zenuwarts; het zou net zo goed andersom mogelijk zijn n.l. dat de vrijgevestigde zenuwarts zijn werkgebied gaat uitbreiden. Ik zou alleen graag willen pleiten voor een veel nader tot elkaar komen van deze beide vormen van extra-murale arbeid.

Discussie-leider: Dank U zeer voor deze structuur-verheldering, collega Lumey. Het is nuttig dat U dit brengt omdat we een tijdlang eigenlijk het gevoel hadden, dat er zo weinig conflict-stof was; collega v. d. Burg heeft er al op gewezen, dat er nog wel wat onder de tafel aanwezig was en dat hebt U op een bijzonder elegante wijze hier geponcerd. Er zijn nog vele sprekers.

Collega van den Bosch: Mijnheer de Voorzitter: ik geloof dat de gezondheidsnota, zoals die door collega de Smet is genoemd, niet alleen bijzonder belangrijk is omdat nu ook op ministerieel niveau erkend is, dat de organisatie en de faciliteiten van een gezondheidszorg gecentreerd moeten worden rond de individuele nood van de patiënt, maar ook omdat dit gezichtspunt aan ons een uitdaging inhoudt. Wij zullen ook in onze organisatie en samenwerking primair moeten stellen de individuele nood en behoefte van de patiënt. Het is mijn indruk dat deze vergadering al een heel eind aan die opgave tegemoet komt, omdat deze opgave onder andere van ons vraagt, enigszins uit ons eigen huisje te komen en ons eigen huisje voor de ander open te stellen, m.a.w. om elkaar inzicht te geven in elkaars werk.

De zeer intensieve wijze, waarop deze vergadering dit probleem benaderd heeft, lijkt mij veelbelovend, waarbij met name het kwalitatieve aspect om deze zorg zo vloeiend mogelijk en aan de patiënt zo natuurlijk mogelijk aangepast te doen verlopen, naar voren kwam.

Wij staan echter niet alleen voor een kwalitatief, maar ook voor een kwantitatief probleem. Want als ik over 'onze huisjes' spreek, dan staan die huisjes op een bodem. En welke bodem is dat? Dat zijn 12 miljoen Nederlanders. Wat gaat daarin om aan psychiatrische morbiditeit? Wie kan ons dat zeggen? Wij hebben alleen een indruk van datgene, wat boven water komt. Hiervan kunnen wij heel duidelijk spreken — en dat is in diverse statistische studies als criterium aangenomen — wanneer iemand de drempel van een psychiatrische inrichting heeft overschreden. Deze zeer wel omschreven populatie had in Nederland al lang een onderwerp kunnen zijn voor statistische studies. De realiteit is echter dat er over deze populatie niets met enige betrouwbaarheid is te zeggen.

Als de psychiatrische ziekenhuizen er naar streven het centrum te worden, dan geloof ik dat zij daarbij hun taak in deze modernere organisatie goed aanvoelen. Ik geloof zelfs verder te kunnen gaan en te mogen stellen dat de psychiatrische inrichtingen in bepaalde opzichten een forum van de psychiatrie kunnen zijn.

Collega de Smet heeft wetenschappelijk werk genoemd. Doch ik geloof, dat daarover nog niet veel te zeggen valt. Het lijkt zo te zijn, dat het werk in het psychiatrisch ziekenhuis al zoveel eist dat, wat dit betreft, door gebrek aan tijd, wellicht ook door gebrek aan organisatie, nog weinig gerealiseerd is. Dat er veel te realiseren is, geloof ik zeker en met name een goed overzicht en een bewerkbaar overzicht van wat in de inrichting 'boven water' komt.

Wat komt er echter naar boven in de bevolking? En nu spreek ik als sociaal-psychiater. Naarmate men langer in een zelfde distrikt werkt, worden meer gevallen aangemeld, terwijl de aanmeldingen zeker niet minder adequaat zijn. Mijn ervaring is dus dat het aanwezig-zijn in de buurt van de nood bijzonder belangrijk is. En ik heb de indruk dat dit niet vervangen kan worden door hulpstations op verre afstand.

Hoewel ook in de sociale psychiatrie de hulpverlening voorop staat, kan men de voorzieningen niet up to date maken, wanneer men geen kwantitatieve inzichten heeft. Het lijkt mij dan ook een gezamenlijke taak om, behalve op de beste interdisciplinaire samenwerking bij individuele hulpverlening, ons ook te bezinnen op die maatregelen welke noodzakelijk zullen blijken om dit probleem in zijn hele omvang en massaliteit bevredigend op te lossen.

Ik zou dan ook een pleidooi willen houden voor een goede intra-disciplinaire documentatie, die zich leent voor kwantitatieve bewerking, om daarna te komen tot een inter-disciplinaire uitwisseling van deze gegevens, die ongetwijfeld de groei van de samenwerking, die er duidelijk is, mede zou kunnen richten in banen, die tot een efficiënte 'patient centered' gezondheidszorg zou kunnen leiden.

Discussie-leider: Dank U wel. Dit is zeker juist. Er is ook allerwegen behoefte aan een goed epidemiologisch onderzoek, niet alleen in de zin van een statistisch vaststellen van hoeveel ziekten en in welke mate die voorkomen, maar ook in dié zin, dat men zich gaat realiseren, welke invloed bepaalde ziekten hebben op de organisatie-vormen. Daarop komen we straks misschien nog wel even terug. Collega Diercks wil even naar voren komen voor het maken van een opmerking.

Collega Diercks: Een korte opmerking naar aanleiding van het gesprokene door collega Lumey. Hij heeft zich in zijn woorden vragenderwijs tot mij gericht. Als ik hem echter goed begrepen heb, gaf hij een uitbreiding van het aantal vragen, door mij aan U voorgelegd. Het is dus eigenlijk meer een vraag, door hém voorgelegd aan de sociaal-psychiater; in hoeverre is bij de uitbreiding en de aanvulling van het werk van de vrij gevestigde zenuwarts op sociaal-psychiatisch gebied een vruchtbare samenwerking mogelijk met een S.P.D. — of moet de zenuwarts dit sociaal-psychiatrische werk in eigen hand nemen? Indien dit laatste principieel wordt bevestigd, zijn de mogelijkheden tot samenwerking, die wij allen wensen, *niet* aanwezig.

Discussie-leider: Nu graag collega van Hiele.

Collega van Hiele: Mijnheer de Voorzitter; U dankt het aan coll. Lumey, dat ik kort kan zijn, een deel van het gras is reeds gemaaid.

Als sociaal-psychiater van Zuidwest-Drenthe, voel ik me genoodzaakt terug te komen op het betoog van coll. de Haan, waar hij zegt dat een sociaal-psychiater de psychofarmaca onvoldoende zou kunnen hanteren.

Dit nu is ten enenmale onjuist; ik beschouw de psychofarmaca in het sociaal-psychiatrisch werk — met vreugde hoorde ik de term sociaal-psychiatrische *behandeling* noemen — als een onmisbaar onderdeel, dat we zeker op verantwoorde wijze moeten kunnen hanteren.

Niet alleen in Drente is hiervoor het bewijs reeds geleverd.

In de tweede plaats de opmerking van coll. de Haan over de mensen die door medicatie tot robot-mensen kunnen worden.

Hier ligt m.i. juist een belangrijke taak voor de sociaal-psychiater, namelijk deze patiënten na hun ontslag verder te behandelen, een taak die ervaring vereist met patiënten in het gewone dagelijkse leven.

De 'ontslagmedicatie' kan namelijk meestal niet berekend zijn op het verblijf in de maatschappij.

Inderdaad krijgen we soms patiënten onder sociaal-psychiatrische behandeling, die bij ontslag iets van dit robotachtige hebben, maar in het overgrote deel van de gevallen gelukt het de medicatie zodanig te wijzigen (verhogen, verlagen, of toepassing van andere psychofarmaca) dat de patiënt in zijn milieu's zo volwaardig-menselijk als mogelijk is, gaat functioneren.

Dit is m.i. alleen te verwerkelijken indien sociaal-psychiatrische teambehandeling wordt toegepast, waarbij de zuster regelmatig contact heeft met het woon-, werk- en vrijetijdsmilieu van de patiënt en dit ten gunste kan beïnvloeden, naast het verschaffen van onmisbare informatie voor de sociaal-psychiater, die, mede op grond van deze gegevens zijn behandeling bepaalt. Dat de somatische toestand alle aandacht vereist (contact met huisarts en somatische specialisten), spreekt vanzelf; trouwens medicamenteuze behandeling impliceert m.i. op zichzelf al een frequente controle.

Als sociaal-psychiater ben ik voor allerlei vormen van samenwerking, maar ook voor enige afbakening van de terreinen. Misschien wat simplistisch, maar ik zou het zo willen stellen: iedere patiënt in de maatschappij die de genoemde teambehandeling (en soms de hulp van de psycholoog) nodig heeft, hoort 'in toto' thuis bij de sociaal-psychiater. Als blijkt dat de patiënt alleen de hulp van de sociaal-psychiater nodig heeft, en niet van het team, dan dient deze te worden doorverwezen naar de vrij-gevestigde zenuwarts of een polikliniek.

Centraal moet staan het belang van de patiënt, en wel op deze wijze: geen patiënt in behandeling nemen of houden als men eigenlijk wel vermoeden kan, dat hij op andere wijze beter kan worden geholpen.

Discussie-leider: Dank U wel.

Collega Limpens: In de gehele discussie vanochtend heb ik iets gemist, dat ik in het kort naar voren wil brengen. Hier zijn vandaag bij elkaar zenuwartsen die, op drie nogal sterk van elkaar verschillende terreinen, psychiatrie beoefenen.

Uit het feit dat ze allen in de psychiatrie een medische discipline daadwerkelijk vertegenwoordigen, vloeit voort — en dit is een gulden regel in de geneeskunde — dat, alvorens er van enige vorm van therapie sprake kan zijn er eerst diagnostiek gepleegd moet worden, en dat, wil deze therapie juist geïndiceerd kunnen worden, dit een polydimensionele diagnostiek zal moeten zijn. Een diagnostiek, waarbij naast somatisch-biologische aspecten, de psychologisch-psychiatrische aspecten en de maatschappelijk-sociale aspecten naar voren kunnen komen. Ik geloof dan ook, dat als men de 3 disciplines, die hier vandaag bij elkaar zijn, met elkaar vergelijkt, het de sociaal-psychiater alleen niet mogelijk zal zijn polydimensionele diagnostiek te plegen. Ik geloof ook, dat de meeste vrij gevestigde zenuwartsen, zeker zij die niet aan een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis verbonden zijn, niet in staat zijn een dergelijke veelzijdige diagnostiek te plegen. Vooropgesteld dat wordt gestreefd naar een optimale medische hulpverlening in een rayon, zal het brandpunt van deze diagnostiek moeten liggen in het regionale psychiatrische centrum. Na een polydimensionele diagnostiek volgt echter vanzelf een indicatie tot behandeling, waarbij meestal gekozen zal moeten worden tussen een poliklinische controle en behandeling, een psychotherapeutische behandeling, of een milieu-begeleiding en behandeling. Als blijkt dat de milieu-factoren in het ontstaan van het ziektebeeld of als repercussies van het ziektebeeld zó primair liggen dat deze het beste sociaal-psychiatrisch benaderd kunnen worden, dan meen ik dat ook de gehele verantwoordelijkheid van de behandeling bij de sociaal-psychiater moet liggen, omdat — en dat is evenzeer een algemene medische stelling, die echter in de psychiatrische praktijk nog een extra accent krijgt — gedeelde verantwoordelijkheid t.o.v. een patiënt meestal leidt tot nadelige gevolgen voor de patiënt zelf. De verantwoordelijkheid bij een behandeling moet bij één persoon liggen, hetgeen echter soms slechts mogelijk is, als deze persoon de andere disciplines soepel, maar dan consultatief, kan inschakelen.

Vanuit de gedachtengang van een zo veel mogelijk polydimensionele diagnostiek waaruit een indicatie tot een meer specifieke vorm van behandeling kan volgen, lijken een groot aantal problemen, vooralsnog misschien alleen nog maar theoretisch, gemakkelijker op te lossen.

Discussie-leider: Dank U wel. Wij kunnen tot ongeveer kwart over één doorgaan met de discussie, om half twee moet deze zaal verlaten zijn.

Collega Visser: Mijnheer de Voorzitter, dames en heren; ik wil gaarne de sprekers dankzeggen voor de bijzonder boeiende wijze, waarop zij vanmorgen hun voordrachten hebben gehouden. Met collega de Haan ben ik het eigenlijk helemaal eens; wij hebben ook in het Noorden dacht ik een goede en prettige samenwerking. Bijzonder was ik getroffen door het betoog van collega de Smet; ik zou hier eigenlijk gaarne nog eens willen onderstrepen van inrichtingszijde datgene, wat Prof. Poslavsky heeft gezegd. Ik meen, dat dit volledig juist is, ik sta er helemaal achter, ook al omdat het klinische en poliklinische werk, plaatsvindend vanuit het psychiatrisch centrum, naar mijn mening het beste in team-verband kan geschieden. Er is vooral van de zijde van de S.P.D. en van de kant van de vrij gevestigde zenuwartsen het punt team-work naar voren gebracht, maar ik dacht, dat dit ook van de zijde van het klinisch centrum nog eens duidelijk moet worden gesteld. Dit is een onmiskenbaar iets; wij hebben dus als een tussenschakel bij opnemingen en ver-

wijzingen van patiënten vaak de S.P.D., wij missen dan dikwijls een behoorlijke informatie, er is dan een informatie die naar ons gevoel veelal te summier is, te oppervlakkig is; de afstand, de dimensie is te groot. Ik dacht, dat dit zich ook heel duidelijk uit in de werkwijze van de S.P.D. De sociale psychiatrie is voortgekomen uit de maatschappij, de massa. Het wordt ook als zodanig gesubsidieerd, terwijl voor de patiënt individueel wordt betaald. Ik dacht, dat de maatschappij dit heel duidelijk heeft aangevoeld; men ziet de sociale psychiatrie zich hoe langer hoe meer ontwikkelen in maatschappelijke richtingen en in een maatschappelijk arbeidsveld, terwijl het directe behandelingsaspect veel meer verricht moet worden door de vrijevestigde zenuwarts en door de behandelingsinstituten, als polikliniek, universiteitspoliklinieken en klinische centra. Ik dacht, dat dit ook aansluit op de vraag van collega Lumey.

Een ander punt zou ik nog gaarne naar voren willen brengen — aangesneden door collega van Hiele — over de medicamenteuze behandeling vanuit de sociale psychiatrie. Ik meen, dat dit niét kan en wel dáárom niet, omdat de patiënt somatisch-psychisch-sociaal een eenheid is en dat het somatisch onderzoek in zijn breedste vorm door de sociale psychiatrie niet plaats kan vinden, en dat ergo het voorschrijven en kontroleren van medicatie door de S.P.D.'s eenvoudigweg onmogelijk is; zij missen hiervoor het apparaat. Dit waren enkele opmerkingen, mijnheer de Voorzitter.

Discussie-leider: Dank U wel, collega Visser. Nu collega Waage.

Collega Waage: Mijnheer de Voorzitter, ik wil graag een korte opmerking maken naar aanleiding van wat door een aantal sprekers naar mijn mening impliciet is gezegd en door collega de Smet het meest expliciet. Ik sluit mij daarom aan bij twee opmerkingen, die hij gemaakt heeft en die mij uit het hart gegrepen zijn. Dat was in de eerste plaats zijn beschouwing over de foutieve 'therapeutische' instelling, die er bestaan heeft en ten dele nog bestaat ten aanzien van de psychiatrische patiënt. Wanneer ik hem goed begrepen heb, doelt hij hier op het probleem van de hospitalisatie. In de tweede plaats: waar hij stimuleert, dat zijn medewerkers ook buiten het ziekenhuis werkzaam zijn, raakt hij naar mijn gevoel ook daar aan het probleem van de hospitalisatie, maar dan van de psychiater in de inrichting. Ik zou in dit verband één van de stellingen bij de dissertatie van collega N. W. de Smit willen aanhalen, en hij wil mij wel vergeven, als ik niet verbatim citeer: het handhaven van fulltime functies van wat men dan ook nog steeds 'gestichtspsychiaters' noemt, houdt een gevaar in zich voor de geestelijke volksgezondheid. Dit alleen al omdat het de samenwerking, waaraan onze vergadering van hedenochtend is gewijd, niet bevordert.

Discussie-leider: Hierna nog één spreker uit de zaal, daarna de leden van het panel.

Collega Hohberger: Mijnheer de Voorzitter, ik zal het trachten kort te maken, gezien de tijd. Wanneer wij ons bezinnen op de structuren van het psychiatrisch werk en ik ga hier in op de richtlijnen die de discussie-leider gegeven heeft voor de discussie, dan geloof ik, dat we wat oneerbiedig mogen zeggen, dat in Nederland ook de psychiatrie verzuild is, dat die 3 zuilen bestaan en dat wij er heel reëel van moeten uitgaan, dat alle wensen tot samenwerking een nobel streven vertegenwoordigen, maar dat de realiteit zal gebieden te onderkennen, dat die zuilen als zodanig bestaan en er een samenwerkingsprobleem ontstaat en door die samenwerking een konflikt-probleem. Die zuilen zijn dus de S.P.D., de psychiatrische inrichting en psychiatrische centra, de vrij gevestigde zenuwartsen en psychiaters (die hoe langer hoe meer,

ook binnen de ontwikkeling van de algemene ziekenhuizen tot gesloten ziekenhuizen, zullen worden: leiders van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, waardoor de nuance ietwat anders wordt). Ik heb persoonlijk, naar analogie van collega Kraft, een ietwat minder geprononceerde, maar soortgelijke ontwikkelingsgang gehad. Ik ben korte tijd directeur van een psychiatrische inrichting geweest en thans werkend als vrij gevestigd zenuwarts en toekomstig leider van een psychiatrische afdeling in Arnhem. Er moeten mij twee dingen van het hart: enerzijds wil ik gaarne onderstrepen wat collega Regensburg heeft gesteld; het is mij n.l. bijzonder opgevallen hoe weinig men van elkaars werkzaamheden afweet en hoe weinig men eigenlijk van elkander weet, wat de behoeften en noden zijn; dit brengt al bijzonder veel konfliktstof met zich mee. Van de andere kant: wij hebben allemaal, menselijkerwijs gesproken, een zekere neiging tot expansiviteit, dat hebben we helemaal niet in de gaten en ik geloof, dat dit de achtergrond is, waarom de huisarts door ons niet eens geciteerd is. Iedereen denkt vanuit zijn eigen relaties, ik geloof, dat dit heel spontaan gebeurt. Als zodanig denkt iedereen al gauw vanuit zijn eigen expansies, zijn eigen dienst, zijn eigen structuren. Daar heb ik mij ook wel aan bezondigd en ik vind het grappig als je na verloop van tijd vanuit een andere visie, vanuit andere behoeften, vanuit andere noden het probleem ziet. Iedereen streeft n.l. naar een team. De S.P.D. heeft een team, wil gaarne misschien medicijnen geven, de psychiatrische inrichting expandeert — als ik het oneerbiedig mag zeggen — maar ook de perifeer gevestigde zenuwarts, zoals ondergetekende, tracht te expanderen in de zin van een team met psycholoog, maatschappelijk werker enz. Dan komt dus in de praktijk de afbakening van de terreinen; het komt er op aan dat men elkander voornamelijk in de praktische werkzaamheden leert vinden. De problemen van de samenwerking met de S.P.D. hebben we in Arnhem ook gekend; wij begonnen met regelmatige contacten, maar ik kwam persoonlijk ook voor het probleem, dat ik voor een enkel geval gaarne onderzoek wilde door de psycholoog van de S.P.D., waarbij de vraag aan de orde kwam: moet dan de patiënt die verwezen wordt geheel door de Dienst overgenomen worden? In een ander geval deed zich de vraag voor: zou een sociale begeleiding door de gespecialiseerd maatschappelijk werkster van de S.P.D. hier niet mogelijk zijn? — waarbij de patiënt niet in zijn totaliteit door de dienst wordt overgenomen. Ik meen, dat wij op deze punten veel raakvlakken hebben — wij zullen hiervoor in de praktische ontmoeting een oplossing moeten vinden.

Tenslotte wil ik stellen, dat collega Jacobs met precies dezelfde gevoelens als de perifeer werkende zenuwarts over onze patiënt — met een grote 'O' en een heel kleine 'p' spreekt; dat ken ik van mijzelf ook. Ergens worden wij geïrriteerd als in onze relatie met de patiënt een andere faktor gaat meespelen. Ik vraag mij af, als een patiënt via de huisarts — want zo krijgen wij onze patiënten merendeels — komt bij een perifere zenuwarts, die tracht na verloop van tijd — na eventuele opname in eigen paviljoen — elders een opname te realiseren, of het dan niet normaal is, dat de perifere zenuwarts op precies dezelfde wijze zal zeggen: 'ja maar verlies ik mijn patiënt niet, heb ik alle informaties?' Ik geloof, dat dit spanningsveld bij alle drie diensten aanwezig is, waarbij ik mijzelf zeker niet wil uitsluiten. Dit is eigenlijk, wat ik naar voren wilde brengen.

Discussie-leider: Er was nog één spreker achter in de zaal. Wilt U nog even komen?

Collega Smilde: Mag ik nog één korte opmerking maken?

Het is eigenlijk jammer, dacht ik, dat we vandaag — afgezien van rand-

gebieden — het zo erg met elkaar eens zijn. Ik heb het gevoel, dat we hier zitten met de gedachte: 'Hoe kunnen we elkaar toch vinden en hoe kunnen we de anderen uitleggen wat de moeilijkheden op ons eigen terrein zijn, om daarna hier begrip voor te vragen en dan te cumuleren naar de gedachte dat wij gezamenlijk weer verder kunnen'.

Ik heb toch ook nog een ander gevoel, n.l. dat er zeker ook veel dingen zijn, die af en toe wel een beetje boven de tafel zijn gekomen, maar er dan toch weer onder geschoven zijn. We hebben b.v. even genoemd 'het katholieke rapport'. We hebben iets anders niet genoemd, n.l. dat wat collega de Haan hier gezegd heeft, waarschijnlijk de volledige instemming zal hebben van vele zelfstandig gevestigde zenuwartsen. Op de wijze van werken zoals hij die naar voren heeft gebracht, zeggen wij volledig 'ja'. Er zijn, dacht ik, ook andere stromingen in de sociale psychiatrie. Daarom vind ik het persoonlijk jammer, dat op een dag als vandaag, waarop wij elkaar ontmoeten, mogelijke tegenstellingen eigenlijk niet naar voren zijn gekomen.

In Overijssel b.v. hebben de zelfstandig gevestigde zenuwartsen een voortreffelijke samenwerking met de Dienst Geestelijke Volksgezondheid, dat is een lust — dacht ik — voor beide partijen. Toch is er ook in Overijssel een rapport verschenen over de toekomst van de geestelijke volksgezondheid, waarin de S.P.D., in casu speciaal collega Ferguson, een zeer belangrijk aandeel heeft gehad. Persoonlijk had ik graag gewild, dat in plaats van collega De Haan, die eigenlijk een medestander van mij is en van mijn ideeën, collega Ferguson had gesproken, die toch geheel nieuwe ideeën heeft, die misschien uitstekend zijn maar nader dienen te worden uitgewerkt.

Ik ben hier naar toe gegaan in de verwachting, dat deze nieuwe opzet die ook in het 'katholieke rapport' naar voren komt, deze ideeën betreffende een nieuwe bundeling van de geestelijke volksgezondheid met de daaraan verbonden bezwaren misschien, dat die vandaag ter sprake zouden zijn gekomen.

Het was eigenlijk zo, dat — toen ik collega de Haan gehoord had — ik het gevoel kreeg: nu is ons de divergentie-stof ontnomen, wij krijgen nu alleen maar convergentie-stof.

Zoals gezegd, dit vind ik jammer.

Discussie-leider: Ik denk, dat collega Ferguson nog graag iets zegt.

Collega Ferguson: Ja, als ik één minuut mag spreken, dan ga ik in deze korte tijd niet in op datgene, wat collega Smilde heeft gezegd, want U vergunt me, dat ik daar langere tijd voor nodig heb. Als men over een plan gaat spreken zoals dit ontvouwd is voor Overijssel, dan moet men bij het bespreken van een dergelijk plan er mee rekenen — daarvoor ken ik collega Smilde te goed, we hebben er ook al eens over gesproken — dat dit plan controversen kan oproepen, wat niet de bedoeling is van het plan. Het is maar een proeve. De bedoeling is — deze proeve ligt nu op tafel — om door gezamenlijke inspanning tot een werkelijke organisatie te komen. Ik zal deze discussie graag voortzetten, maar dan in het Overijsselse vlak, en als we elkaar daar hebben gevonden, is er wellicht nog wel eens gelegenheid — dit voor een groter forum te brengen.

Nu ik toch het woord heb, nog één ding wat hier even buiten staat en ik eigenlijk aan het einde had willen zeggen. Naar collega de Smet heb ik met groot genoegen geluisterd en met heel veel waardering aangehoord wat hij heeft gezegd — er is echter één punt waar ik tegenop moet komen — hij heeft n.l. collega Speijer nogal fel aangevallen en het is jammer dat collega Speijer hier niet is, want dan zou hij er zeker tegenop gekomen zijn. Ik heb in een vergadering, die enige jaren geleden heeft plaats gevonden, deze

beroemde uitlatingen van Speijer gehoord en er is nogal wat over te doen geweest; wij — als sociaal psychiaters, hebben dit ook met hem besproken. Speijer heeft daar op de van hem betreurde wijze gezegd, dat de psychiatrische inrichting ten dode opgeschreven is. Na alles, wat ik van collega de Smet heb gehoord, zeg ik: 'ja, inderdaad', want collega de Smet zegt ook: die inrichting is ten dode opgeschreven. Het is nu psychiatrisch centrum geworden en dat is eigenlijk héél iets anders dan die psychiatrische inrichting. *Discussie-leider*: Dit is in één minuut heel knap samengevat. Ja, nu collega Frets.

Collega Frets: Ja, mijnheer de Voorzitter, ik wil twee korte opmerkingen maken, uitsluitend in mijn kwaliteit als lid van de voorbereidingskommissie van deze bijeenkomst. Ten eerste m.b.t. de opmerking over de afwezigheid van de huisartsen. Bij onze voorbereidingen hebben wij wel nadrukkelijk aan de huisartsen gedacht, maar wij hebben gemeend, dat het technisch beter zou zijn, als we eerst in onze éigen kring ons over deze samenwerkingspatronen zouden beraden en dan in een volgende fase de huisartsen daar mede in zouden betrekken, aan hen onze overwegingen zouden voorleggen enz. Op analoge wijze is er iets te zeggen t.a.v. de regionalisatie-rapporten waarover collega Smilde het heeft gehad; wij meenden, eerst te moeten beginnen met de 'driehoek' zoals hier aanwezig en dan pas in een volgende fase tot de regionalisatie-vraagstukken over te gaan, waaraan, zoals U allen weet, nog vele andere zaken vastzitten, los van deze 'driehoek' in engere zin.

Discussie-leider: Dokter v. d. Burg; zeer kort, voor een laatste woord.

Collega v. d. Burg: De laatste woorden zijn mij uit het hart gegrepen. Ik wil alleen nog even t.a.v. die voorbereiding van de plannen betreffende de geestelijke volksgezondheid stellen, dat ik het zo bijzonder jammer gevonden heb, dat b.v. bij dat plan in Overijssel, en dit geldt ook voor andere plannen, de zelfstandig werkende zenuwartsen een concept gekregen, zonder dat zij een eigen inbreng in de voorbereiding van het rapport hebben gehad. Ik geloof n.l. dat het veel beter gedaan had kunnen worden vanuit deze sektor, waarbij de drie disciplines, gezamenlijk betrokken bij de geestelijke volksgezondheid, mét de huisartsen daarbij ingeschakeld — zowel op landelijk als regionaal terrein — een concept-proeve opstellen. Begint men vanuit een raam-rapport, dan is het al bijzonder moeilijk om anders dan antithetisch over dat rapport te spreken. Het schept konfliktstof bij voorbaat, hetgeen m.i. niet nodig zou zijn geweest, omdat men onmiddellijk — dat hebt U ook in de woorden van collega Diercks gehoord — een rapport zoals boven genoemd beoordeelt vanuit de negatieve sfeer, omdat men er zelf geen inbreng in gehad heeft. Verder zou ik nog even kort willen zeggen: wij kunnen ons misschien — hoewel het op een héél ander vlak ligt — met de organisatie van de begeleiding van de patiënt enigermate spiegelen aan de problematiek, die er gedurende de laatste 20-25 jaar geweest is rond de t.b.c.-patiënten. Ook daar zijn er grote wijvingen geweest tussen de poliklinieken van de sanatoria, konsultatiebureaus en de vrij gevestigde longartsen; op dit ogenblik heeft men — na de aanvankelijk vrij grote konflikt-situatie — elkaars werkteerrein afgebakend, er zijn samenwerkingsmogelijkheden: een zelfstandig werkende longarts kan een patiënt maatschappelijk laten begeleiden door de organisatie waaraan hij zelf in teamverband deelneemt; dit behoeft niet noodzakelijkerwijze te leiden tot overdracht van de patiënt aan het konsultatiebureau voor tuberculose.

Als allerlaatste opmerking, nog even inhakend op de problemen van de sociaal-psychiater en de medicinale begeleiding: ik kan het gedeeltelijk wel met

collega van Hiele eens zijn, dat in bepaalde situaties de sociaal-psychiater de medicatie kan veranderen en een bepaalde medicatie kan instellen, maar ik geloof, dat zéér nadrukkelijk moet worden gesteld, dat er bepaalde grenzen moeten zijn, want uiteindelijk kunnen ontstemmingstoestanden net zo goed door stofwisselingsziekten veroorzaakt worden en dan is het uitermate gevaarlijk om medicamenteus als sociaal-psychiater, zonder klinische achtergrond, te gaan experimenteren. Dit geldt natuurlijk in het bijzonder voor de epilepsie; ik meen, dat het bij deze patiënten uitermate gevaarlijk kan zijn de medicatie te veranderen.

Discussie-leider: Dank U wel. Mag ik nu de inleiders nog het woord geven? Misschien eerst collega de Smet?

Collega de Smet: Mijnheer de discussie-leider; er is hier dermate veel discussie- stof naar voren gebracht, dat het eigenlijk onmogelijk is, geloof ik, voor de verschillende leden van het panel om op ieder van de punten, die hier op tafel zijn gekomen, nader in te gaan. Ik zal dus proberen mij heel sterk te beperken. Dan wil ik beginnen met eerst een misverstand uit de weg te ruimen, iets wat door collega Ferguson hier werd gesteld; deze meende n.l., dat ik in mijn inleiding collega Speijer was afgefallen. Het tegenovergestelde is waar. Het is althans mijn bedoeling geweest te stellen, dat het bijzonder betreuenswaardig was, dat het aan collega Speijer niet was toegestaan kritiek op de gang van zaken uit te oefenen; dat is eigenlijk de zin van mijn betoog geweest en ik denk ook wel, dat collega Ferguson dit hiermede als gecorrigeerd wil beschouwen. Wat betreft onze verdere gedachtengang meen ik, dat wij er van uit zijn gegaan, dat wij te maken hebben aan de ene kant met een stand van zaken, zoals die reël vandaag de dag bestaat in het gehele zorgen-terrein van de geestelijke gezondheid en aan de andere kant, dat wij proberen om naar een toekomst te werken, die een meer efficiënte zorg zou kunnen garanderen, waarbij vooral de aandacht zal worden geconcentreerd op een zorg-verlening, primair ingesteld op datgene wat de patiënt nodig heeft.

Willen wij echter zover komen, dan zullen wij noodzakelijk moeten samenwerken. Nu is het inderdaad bijzonder indrukwekkend aan de hand van wat vandaag hier gesteld is, hoe groot uit alle mogelijke richtingen de behoefte blijkt te zijn om juist tot een doelmatige samenwerking te komen. Waarmee ik toch ook niet voorbij wil gaan aan het feit, dat er door een van de laatste sprekers naar voren gebracht is, dat in wérkelijkheid er wel dégelijk ook nog grote spanningen bestaan, dat er niet alleen sprake is van gebrek aan kennis omtrent het veld waarop de ánder werkzaam is, maar dat er ook sprake is van gebrek aan vertrouwen, dat men elkander bepaald niet vertrouwt. Juist uitgaande van deze feiten, heb ik geprobeerd een zo duidelijk mogelijke taakomschrijving te geven, waarbij ik me uiteraard beperkt heb tot het psychiatrisch centrum, teneinde te voorkomen dat die spanningen zouden toenemen en eventueel een weg te banen waardoor die spanningen kunnen afnemen. Wil men dát bereiken dan ben ik ervan overtuigd, dat juist die táák-omschrijving een essentieel uitgangspunt zal moeten zijn voor verdere bezinning op wat in de toekomst zal moeten gebeuren. Ik heb geprobeerd het zó te stellen — en dat geldt niet alleen voor de psychiatrische inrichting, maar dat geldt ook voor andere instellingen op dit gebied — dat we hebben te maken met *primaire* taken, die behoren tot de instelling als zodanig en met *secundaire* of schakel-taken, die daarnaast behoren. Maar dan moet men goed begrijpen, dat voor de primaire taken de instelling de verantwoordelijkheid draagt, ook de organisatorische verantwoordelijkheid. Bij de secundaire taken gaat het om een ándere verantwoordelijkheid. Wanneer ik dus sprak over,

laat ik zeggen, activiteiten vanuit de psychiatrische centra in het voor-veld, dan meen ik, dat men zich daar niét meer bevindt op het terrein waar de primaire verantwoordelijkheid ligt van het psychiatrisch centrum, doch op het terrein van de dienstverlening. Dit is een van de argumenten geweest waarom ik gemeend heb juist het accent bij mijn inleiding te moeten leggen op die taakomschrijving. Ik geloof n.l., als wij ons daaraan zouden kunnen houden, dat daarmee een uitgangspunt kan worden gevonden om zo vruchtbaar mogelijk tot de noodzakelijke samenwerking te komen. We zijn ervan uitgegaan — we hebben dus niet de vraag aan de orde gesteld of wij of een ándere instelling nog wel recht van bestaan zouden hebben — dát de thans werkende disciplines recht van bestaan hebben. Wij zijn ervan uitgegaan, dat het er om gaat dat bestaansrecht voor ieder zo vruchtbaar mogelijk te maken ten behoeve van de patiënt, die aan onze zorg is toevertrouwd.

Discussie-leider: Dank U zeer, collega de Smet voor dit duidelijk overzicht. En dan nu collega de Haan. Wilt U ook Uw opmerkingen maken?

Collega de Haan: Ja, het gebrek aan wappengekleetter vanmorgen wil ik mijzelf wel aantrekken; as over mijn hoofd, dat ik te weinig provocatief geweest ben in mijn beschouwing. Toch meen ik, dat ik in dit gezelschap een gezicht moest laten zien van de sociale psychiatrie en ik heb deze klank hier laten horen, omdat ik in mijn 12½-jarige praktijk toch wel heb gemerkt, dat we in álle richtingen zeer veel raakvlakken hebben die gevoelig zijn, en ik dacht dat we de meeste resultaten bereiken als we ons voegzaam, voorzichtig en bescheiden gedragen. Daarom heb ik misschien niet bijgedragen tot een stevige, puntige discussie, maar ik heb wel propaganda gemaakt voor een in mijn ogen voornaam punt, een voorname trek van de sociaal-psychiatrische dienst. Dit wilde ik graag even stellen. Misschien heeft de geluidsinstallatie tijdens mijn betoog niet helemaal goed gefunctioneerd: ik heb in de aanvang duidelijk gesteld, dat wij als sociaal-psychiaters toch ook een eigen praktijk hebben van patiënten, grensgangers, die niet onder de aandacht van zenuwartsen noch van huisartsen noch van psychiatrische inrichtingen geraken, welke personen wij behoedzaam trachten in te passen in het dagelijks leven. Ik dacht, dat ik dit toch wel voor het voetlicht had gebracht. De tijd is te kort voor een verder ingaan op de punten. Ik wil graag de microfoon overhandigen aan mijn collega.

Discussie-leider: Hartelijk dank, collega de Haan. En nu collega Diercks.

Collega Diercks: Mijnheer de Voorzitter: enkele korte opmerkingen; in verband met het ver gevorderd uur gaan we niet meer op alles in. Enige discussie-opmerkingen hebben mij getroffen en een héél belangrijk punt daarin is die kwestie van de huisarts. Ik heb het niet naar voren gebracht, maar ja, als vrij gevestigd zenuwarts neem je wel eens als vanzelfsprekend aan — en dat dient dan ook wel als illustratie van de meningsverschillen en de verschillen in communicatie wederzijds — dat iedere zenuwarts begrijpt dat een vrij gevestigd zenuwarts de praktijk bouwt op de huisarts, die de mensen naar hem toe brengt, en met wie dus een bepaald contact bestaat; meestal is het een bepaalde groep huisartsen, waarmede de zenuwarts een soort werkgemeenschap vormt. Als nu collega Jacobs zegt, dat hij toch vanuit zijn inrichting het contact, direkt met de huisarts, wil handhaven, dan kan ik me dat wel voorstellen mits collega Jacobs zich realiseert, dat hij dan een bepaáld areaal in de praktijk van die huisarts bewerkt. Het gaat hier n.l. om de zwaargestoorde mensen, bij wie het op het randje ligt van wel of niet opnemen. Hij kan dan eventueel optreden naast een S.P.D., of zonder een S.P.D., maar hij moet goed beseffen, dat hij het grote areaal van vragen dat er is bij

de huisarts t.a.v. zijn patiënten, nooit beantwoorden kan.

Een tweede punt was van collega Lumey: het is zeker in de praktijk van de vrij gevestigde zenuwarts opgekomen om de praktijk-voering uit te breiden, maar niet alleen in de richting van de sociaal-psychiatrische kant, maar ook in de richting van de psychologische kant. Er zijn wel eens pogingen ondernomen in die richting, maar men moet zich goed voorstellen hoe moeilijk het is voor een stel zenuwartsen, die betrekkelijk los-vast met elkaar verbonden zijn, mensen in dienst te nemen, die voor hun werk, voor hun toekomst en voor hun pensioen, afhankelijk zijn van deze kleine groep zenuwartsen: 6, 7, misschien 10, welke groep in de loop der jaren misschien allerlei wisselingen ondergaat. Praktisch bekeken zal het toch beter zijn een dergelijk hulpverleningsapparaat in de sociale sektor te laten aanleunen tegen, mogelijk een onderdeel te laten zijn van een apparaat dat er al is, met alle bezwaren van dien, maar ik heb niet de indruk dat de bezwaren, die aan de samenwerking verbonden zijn, zó zwaar zouden wegen, dat zij de voordelen, die de samenwerking kan inhouden, overtreffen.

Tenslotte een opmerking, in aansluiting op hetgeen collega Smilde heeft gezegd: ja, natuurlijk, we hebben hier wel het vuurwerk gemist, misschien is dat goed, misschien is dat niet goed, dat zal moeten blijken uit dat, wat kristalliseert uit deze bijeenkomst.

Dan zou ik nog iets willen zeggen n.a.v. een opmerking van collega van Hiele, die zijn discussie besloot met een peroratie: niet een patiënt vasthouden, als men meent, dat hij elders beter behandeld kan worden. Dat is het probleem niet, dat zal niemand, dat zal geen van de collega's doen. Het probleem is, dat je op een gegeven moment een patiënt moet afstaan, terwijl je ervan overtuigd bent, dat hij bij jezelf het beste behandeld kan worden. Die overtuiging kan berusten op onvoldoende kennis van de mogelijkheden van een collega, werkzaam op een verbonden terrein. Hieraan zit vast, dat er dus zeer veel communicatie nodig is en dat er dus veel overtuigingskracht nodig zal zijn van verschillende kanten. En daaraan zit vast, dat er veel konfliktstof in deze materie schuilt, die men wegschuift als men zegt: 'we dienen allemaal het belang van de patiënt'. Het gaat er om, dat de een het belang van de patiënt in een andere richting ziet dan de ander; er is dan een vergelijk nodig tussen de verschillende opvattingen en verschillende mogelijkheden.

Discussie-leider: Dank U wel, collega Diercks.

Dames en Heren, voordat de Voorzitter, collega Bakker, de bijeenkomst gaat sluiten, zou ik nog een paar opmerkingen willen maken. Men heeft het gehad over het wapen-gekleetter en over het vuurwerk, maar dergelijke dingen heeft men meestal bij zeer bepaalde feestelijkheden. Wij zitten hier vandaag niet voor een gouden bruiloft van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie en de Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband; men zou aan een verlovingsfeest kunnen denken en bij een dergelijk verlovingsfeest pleegt het wapen-gekleetter tot een minimum beperkt te worden. Niettemin is er zoveel informatie gekomen, dat het ook op dit moment niet noodzakelijk is tot grote konflikten of konflikt-analyses te komen; dat kan beter — zoals er door een enkeling al werd gesuggereerd — eerst in kleine of eigen kring nog eens behandeld worden. Willen wij konflikten bij de diverse grens-schermselingsen oplossen, dan moeten we weten waar we over praten. Ik heb U gezegd bij de opening: wij analyseren als het ware de structuur van onze organisatie. Een goede organisatie werkt met positieve feedback en met negatieve feedback. Positief in de zin van een progressieve ontwikkeling, en dat loopt wel eens uit op infiltratie, op expansie, op een activiteit, die door anderen moet worden teruggedrongen. Met de negatieve feed-

back stabiliseren wij een bereikt niveau, werken we ook mee aan de verdere ontwikkeling. Wij willen ons dus, in bijeenkomsten als deze, werkelijk afvragen: hoe zit het nu met deze structuur en hoe komen we tot een zo positief mogelijk samengaan van die positieve en negatieve feedback-verwerking in onze organisatie. Als het om vaste structuren gaat zoals een behandeling in een welomlijnde inrichting of een behandeling in een psychotherapeutisch klimaat, goed gestructureerd, dan is het meestal niet zo moeilijk. Het moeilijkste is het, als de processen zich gaan voltrekken aan de grens-stations, aan de schakel-stations. Het zal U, met mij, opgevallen zijn vandaag, hoe vaak die woorden van schakelen en van grenzen naar voren zijn gekomen. Nu zouden we natuurlijk ook weer zeer goed kunnen gaan structureren: dit zijn de grenzen, in de 12 provinciën misschien verschillend, maar dit zijn de grenzen voor al onze psychiatrische patiënten. Nu wil de moeilijkheid — en hier staan wij voor een bijzonder grote taak — dat die patiënten, die vandaag nummer één zijn gesteld en aan wie wij een bepaald pakket diensten moeten verlenen, ons soms nog de baas zijn in die zin, dat zij ons voorschrijven, hoe de organisatie moet zijn. We weten, hoe bepaalde patiënten de psychiaters tegen elkaar uitspelen, ook de psychiaters van de inrichtingen en de psychiaters van de S.P.D.'s, alsmede de vrij gevestigde zenuwartsen. Ook met betrekking tot dat aspect moeten wij waakzaam zijn en de basis-structuren van de groeps-reakties van patiënten analyseren. Alcoholici beïnvloeden onze organisatie-vorm op een andere manier dan paranoïde mensen; zo zijn er tal van voorbeelden te noemen. Vandaag is al naar voren gebracht, hoe bejaarden en zwakzinnigen op een bepaalde manier van invloed zijn op de organisatie, ook dat moeten we weten en het deed me daarom genoeg dat ook het epidemiologisch aspect even werd aangestipt. De zuilen zijn er, en die kunnen tot bepaalde grens-geschillen aanleiding geven, maar die kunnen wij pas oplossen, als wij werkelijk voortgaan, niet alleen met bijeenkomsten zoals we die vandaag hebben gehad, waarbij wij elkaar veel voorlichting geven, veel informatie verschaffen, maar als wij daarmee doorgaan, ook in verschillende groepsdiscussies en team-besprekingen, waarvoor toch in feite ieder van ons, althans de vele deelnemers aan deze discussie en de inleiders hebben gepleit. Daar zou ik nog eens warm voor willen pleiten. Tenslotte wil ik mijn bewondering uitspreken voor het feit, dat het mogelijk is geworden in onze Nederlandse psychiatrische organisatie op een dergelijk manier, zoals we dit vandaag hebben gedaan, bij elkaar te komen. Ik geloof, dat het 10 jaar geleden nog niet mogelijk geweest zou zijn bijeen te komen met een werkelijke bereidheid om te bezien waar het om gaat. Daarmee behoeven de moeilijke zaken niet onder de tafel te verdwijnen, het was tenslotte niet een zaak van vandaag om alle moeilijkheden op te lossen. Er moet nog wat te vechten overblijven. Dan mag ik nu wel weer 'terugschakelen' over de grens, die mij scheidt van de Voorzitter, collega Bakker, voor sluiting van deze bijeenkomst.

Voorzitter:

Rest mij de plicht de vergadering te sluiten. De grote opkomst, de aandacht waarmee de sprekers zijn aangehoord en het niveau van de gedachtenwisseling maken deze plicht tot een bijzonder aangename. Gaarne wil ik de sprekers bijzonder hartelijk dankzeggen voor hun inleidingen, veel dank aan degenen, die aan de gedachten-wisseling hebben deelgenomen, dank aan Prof. Bastiaans voor de voortreffelijke wijze waarop hij de discussie heeft geleid, tenslotte dank nogmaals aan al degenen, die bij de voorbereiding voor deze vergadering betrokken zijn geweest.

Ik sluit hierbij de vergadering.