

EXTRAMURALE AKTIVITEITEN VAN PSYCHIATRISCHE INRICHTINGEN EN ZIEKENHUIZEN IN HUN BETEKENIS VOOR DE EXTRAMURAAL WERKENDE PSYCHIATER

door F. W. FRETTS, zenuwarts

(hoofd van de Stichting Geestelijke Volksgezondheid Zuid-Holland)

Wil ik over dit onderwerp spreken dan ontkom ik er niet aan eerst kenbaar te maken hoe ik die extramurale psychiatrie en de daarin werkende psychiaters zie. Daarbij kan ik niet uitgaan van bestaande rapporten over de taak van de sociaal-psychiatrische voorzieningen, hoe systematisch deze ook zijn^{1,2} en praat ik in de titel niet over 'de sociaal psychiater', hoewel ik vanuit die sector gevraagd ben mijn inleiding te houden. Dit komt omdat ik met grote problemen zit over de rol van de sociaal-psychiater en de zelfstandig werkzame zenuwarts. Ik kan niet anders doen dan u enkele van deze vragen voorleggen.

In 1961 belichtte Lumey³ de ongelukkige situatie van het naast elkaar bestaan van psychiatrische poliklinieken en sociaal-psychiatrische diensten. Hij kon het weten: hij werkte in beide. Zijn argumenten: 50% van het patiëntenmateriaal van de sociaal-psychiatrische dienst en de poliklinieken zijn identiek, 'de differentiatie is in de praktijk zeer moeilijk, zo niet ondoenlijk. Wie zal a priori zeggen waar het accent (bedoeld is: op welke vorm van hulpverlening) ligt? En omdat de polikliniek zijn sociaal psychiatrische outillage mist en de sociaal-psychiatrische dienst zijn therapeutische mogelijkheden, komen deze patiënten tekort'.

Dat was 1961, dus nog vóór 'het groene rapport' over regionalisatie, al zijn al enkele preludes daarop in zijn voordracht te horen.

Het is teleurstellend dat deze regionalisatiebeschouwingen (1964)⁴ en de daarop volgende discussies tot en met het 'beige' rapport (1968)⁵ met betrekking tot de zelfstandig werkende zenuwarts slechts op het belang van een goede samenwerking wezen, zonder de relatieproblemen verder uit te werken. Waarmee ik mij niet schaar achter collega Lit als hij in een recent artikel⁶ met betrekking tot deze rapporten spreekt over 'het schrikbeeld van massale regionale instituten voor de geestelijke gezondheidszorg'; op zijn artikel kom ik nog terug.

Een aanzet tot verdere discussie was de eerste 'triovergadering' (Diercks, de Smet, de Haan 1966).⁷

Het door Lumey gestelde probleem van overlappingsen in de functies van zelfstandig werkende zenuwartsen en sociaal-psychiaters is mij sinds zijn artikel blijven bezig houden. Het werd levendig gehouden door onbevredigende veld-werksituaties, waar begeleiding in voor- of nazorg — om deze verouderde termen te gebruiken — zonder behandeling, zonder medicatie onvolledig is, waar je overtuigd bent dat de zelfstandig werkende zenuwarts dat deel van de behandeling ook beter kan doen,

mits hij maar de samenwerkingsmogelijkheid had in een sociaal psychiatrisch team ten behoeve van de menigvuldige functies naar de milieus toe. Liever zou je de patiënt naar de zelfstandig werkende zenuwarts verwijzen omdat je het gevoel hebt dat dan pas de medicamenteuze behandelingsmogelijkheden volledig worden benut daar deze collega de dagelijkse ervaring met oudere en nieuwe preparaten heeft; en ook omdat je hem anders een verwijskaart onthoudt, maar dat is nog het minste, want je weet dat de man het tóch al zo druk heeft.

En als ik dan mijn onvrede voorleg aan mijn teamgenote de districtsverpleegster, n.l. waarom ik nu deze patiënt moet zien, dan zegt zij: 'omdat dr. x (de zelfstandig werkende zenuwarts) geen tijd heeft om met de mensen te praten'. Waarlijk, een overzichtelijke situatie: een patiënt, ontslagen uit een psychiatrisch ziekenhuis wordt naar de s.p.d. verwezen, misschien zeer terecht — in de bestaande situatie — omdat de behandeling vrijwel is beëindigd en de hantering van zijn milieus vooropstaat; misschien ook zeer onterecht omdat het accent op nabehandeling in engere zin valt, maar weer de beste mogelijkheid geacht omdat wij zonodig wat meer tijd aan de patiënt kunnen besteden.

Nu is hier de kennis over medicaties van de sociaal-psychiater nog wel aan te vullen door overleg met de afdelingsgeneesheer en deze wijze van aanvulling heeft ook nog wat voordelen, want hij weet hoe hij de medicatie opbouwde en kan derhalve alsdan adviseren wat het beste kan worden toegevoegd of weggelaten. Moeilijker echter wordt het met patiënten, verwezen los van opname of opnameaanvraag maar 'omdat er thuis moeilijkheden zijn bij de psychogene hoofdpijnen'. De moeilijkheden thuis zijn er inderdaad en daar zal van allerlei moeten gebeuren, maar een (medicamenteuze) behandeling van de hoofdpijn kan daarbij niet worden gemist. Daarvoor dien ik patiënt naar de zenuwarts te verwijzen, maar dit heeft bezwaren vanwege de verdere contacten met de patiënt die vanuit ons team al gelegd zijn bij de eerste oriëntatie. Ik ga dus medicamenteus zelf wat adviseren, eventueel weer met zo'n consulent-vriendje in de achterhand, of verwijs in tweede instantie toch naar de zelfstandig werkende zenuwarts. Voor de patiënt en zijn omgeving een verbreking van een zich intensiverend teamcontact wat te eenzijdig blijkt. Voor de respectieve collegae: de zelfstandig werkende zenuwarts mag verder met de patiënt waarmee ik ben vastgelopen en zo doe ik hem aan wat wij anderen verwijten ten opzichte van ons: gebruikt worden als een 'psychiatrische vuilnisbak'.

Een ander treffend voorbeeld van de huidige complexe toestand is een meer dan eens optredende opnamesituatie: een patiënt wordt poliklinisch door een zelfstandigwerkend zenuwarts behandeld; op een ogenblik lukt dat niet meer en de huisarts krijgt het advies zich met de s.p.d. in verbinding te stellen, 'want het zal wel een opname worden'. Dit leidt dan vroeger of later tot een alarmsignaal en op een geboren of ongeborn uur wordt van de s.p.d. verwacht die opname zo spoedig mogelijk tot stand te brengen, 'want daar is de s.p.d. voor'. Met weinig of geen inlich-

tingen over de voorgeschiedenis valt men als nieuwkomers binnen in een beladen noodsituatie, waar de mensen er dan dus nog een contactprobleem bijkrijgen met een aantal figuren die blijkbaar een grote macht hebben (en die ze overigens waarschijnlijk niet meer zullen zien omdat de patiënt na het ontslag uit het ziekenhuis — terecht of onterecht wat betreft de indicatie — weer naar de zelfstandig werkend zenuwarts wordt terugverwezen). Over de terecht zo gewenste 'continuity of care' gesproken! En dan hanteer ik 'continuity of care' niet in de strakke zin van: 'aan één persoon gebonden' maar als 'een zinvolle voortzetting van de behandeling in de ruimste zin, in een vorm die in die bepaalde fase geïndiceerd is'. Dan laat ik zelfs het punt van 'binnen één organisatie' nog weg. Want wat gebeurt hier? De s.p.d., als de instantie die geacht wordt zich speciaal met de wisselwerking tussen patiënt en milieu bezig te houden, moet op het moment dat anderen de tijd gekomen achten, een opname regelen of afwenden.

Vraag 1 — Waarom dit gevraagd aan een instantie die nòch over de acute medicatie nòch over de acute bedden kan beschikken?

Vraag 2 — Was het interactieprobleem er niet al veel eerder en niet pas nu op dit acute moment, waar vaak alleen maar middels huzarenstukken — waarin o.a. prof. Speyer destijds in Den Haag een meester was — soms nog iets te doen is?

Er is dus de verwarrende toestand dat twee voorzieningen met verschillende outillage (a) werkzaam zijn voor patiëntengroepen die in belangrijke mate identiek lijken, (b) ingeschakeld worden op arbitraire gronden of (c) op indicaties die op traditionele overwegingen en niet op specifieke verschijnselen zijn gebaseerd.

Nu weet ik wel, dat ik hiermee de zaak wat zwart-wit stel. Met name daar waar een zeer intensieve samenwerking tussen de zelfstandig werkende zenuwartsen en s.p.d. bestaat met o.a. meer 'behandeling' door de s.p.d. en 'uitlening' van teamgenoten aan de zelfstandig werkende zenuwartsen, is de hulpverlening doelmatiger.

Toch wil ik niet bij die oplossingen blijven staan, omdat ook hier nog verwijzings- en andere problemen optreden, en omdat dit de formele huidige opstelling niet is en we juist moeten zien of we daarin niet verder kunnen komen.

Bij het zoeken naar inzicht en oplossingen leek mij het teruggaan naar de historische ontwikkeling bruikbaar. Oorspronkelijk was de enige extramurale psychiatrie de voor- en nazorgdienst, in een tijd van veel geringere behandelingsmogelijkheden (zowel qua aanwezige specialisten als qua behandelingspotentieel) en dus met een noodzaak om middels zo gunstig mogelijke, d.w.z. zo min mogelijk belastende omstandigheden gestichtsoptname af te wenden dan wel heropname te voorkomen. Bij het oprichten van die diensten speelde het economische motief mee namelijk om zogenaamde 'onnodige' opnamen te voorkomen, met een controle element dus.

Hiervan bleef in vele gebieden — waar de diensten veel later ontstonden — de inschakeling bij de opnameaanvraag over, maar nu met nog een ander doel: het vinden van een bed, terwijl er te weinig opname-mogelijkheden waren. Hier werd aan de diensten dus een nieuwe sociale taak op de schouders gelegd, waarvoor zij oorspronkelijk niet bedoeld waren en waarvoor zij niet de outillage hebben (heel enkele uitzonderingen daargelaten), namelijk 'bedden' of acute opvangmogelijkheden.

In deze historische ontwikkeling speelt waarschijnlijk onze volksaard ook een belangrijke rol, zoals uit de studie van de Amerikaanse socioloog Bell⁸ over de Amsterdamse situatie bleek.

Maar nog meer veranderingen deden zich voor: veel meer ambulante behandelingsmethoden, zowel rondom opnamen als los daarvan. Veel van de 'voorzorggevallen' worden thans naar de zelfstandig werkende zenuwarts verwezen, hetgeen Havermans⁹ destijds al een gelukkige oplossing vond. Dat is echter maar gedeeltelijk gelukkig want tegelijk met deze ontwikkeling ontstond de splitsing tussen het behandelings- en relationele aspect in de psychiatrische hulpverlening. Met de hulpverlening na ontslag ging het net andersom: van de inrichtingen uit ging de patiënt per traditie naar 'de nazorg' waarbij de verwijzingsmodus zich niet zo direkt aan de gewijzigde behandelingsmethoden en dito patiëntenmateriaal aanpaste en soms geschiedde op de wat rommelige wijze zoals beschreven, wanneer reeds eerder een zelfstandig werkend zenuwarts was ingeschakeld. Was daar dan ineens geen sociaal-psychiatrische hulpverlening nodig? Een van de somberste erfenissen van die vroegere situatie is het nog steeds voorkomende verschijnsel dat het niet aangewezen en zelfs kwetsend geacht wordt om niet-ziekenfondspatiënten naar de s.p.d. te verwijzen. Dit relict van de associatie van nazorg met armenzorg leidde en leidt er nog steeds toe, dat althans een aantal psychiatrische patiënten van dringend nodige hulp verstoken blijft. Zeker speelt hier ook de weerstand tegen psychiatrische hulp een rol, door Querido zo treffend gekarakteriseerd als 'het bamboegordijn van het fatsoen'.

Deze ontwikkeling los van elkaar, van enerzijds de extramurale 'behandelaar' in zijn spreekkamer en van anderzijds de mobiele, de interactie van patiënt en zijn milieus beziende en modulerende s.p.d.-teams werd nog in de hand gewerkt door de ontwikkeling in beider werelden, wat beider bestaansrecht accentueerde. Want niet alleen de farmacotherapeutische ontwikkelingen zijn groot. De bijdragen uit de sociale wetenschappen aan het inzicht in interactiepatronen is minstens even imponerend! Deze bijdrage was essentieel voor de psychiatrie, waar zij o.a. leidde tot toenemende kennis over reacties van psychiatrische patiënten op verschillende soorten omgeving, zoals o.a. in de angelsaksische literatuur is terug te vinden.^{10 11 12 13 14}

Het is overigens juist de grote ontwikkeling van elk dezer gebieden die de betekenis van beiden voor de psychiatrie accentueert en de bezwaren tegen deze ongelukkige splitsing sterker maakt. Hoe ongelukkig deze splitsing is, trof mij weer bij het lezen van een bekende verhandeling over

de verhouding tussen sociale psychiatrie en klinische psychiatrie.¹⁵ Ik citeer daaruit: 'Ons beperkende tot de psychiatrie moeten we derhalve zeggen, dat de kennis van de ene pool: de mens met zijn constitutie, zijn ontwikkeling (lichamelijk en psychisch), zijn lichamelijk en psychisch functioneren, zijn beleven onvoldoende te verwerven is als men geen kennis neemt van de andere pool: zijn milieu en de van deze omgeving in verleden en heden uitgaande invloeden, bovendien (en vooral) van de interactie tussen deze twee polen vroeger en nu'.

Ik kan hier hoogstens 2 aspecten van één hulpverlening in zien, zo nauw verweven met elkaar dat ze argumenten aandragen voor het herstellen van één extramurale psychiatrie; van patiënt tot patiënt is het slechts een verlegging van zwaartepunten.

De consequentie van deze zienswijze is de stelling: 'één team voor de hulpverlening aan volwassen psychiatrische patiënten'. Daarmee ben ik bij het desbetreffende artikel van Lit (1968) aangekomen waarin hij pleit voor de zelfstandig werkende zenuwarts met de sociaal-psychiatrische verpleegster als de enige behandelingsunit extramuraal, zulks terwille van de overzichtelijkheid en de communicatie. Dit artikel was voor mij de stoot die mijn reeds lang bestaande gedachten op dit punt actualiseerden en tot een stellingname leidden. Ik kom in principe tot dezelfde conclusies als Lit, maar van een andere kant, n.l. dat het voor de patiënt en zijn omgeving van voordeel is om met één polyvalent psychiatrisch team te maken te hebben, dat uitgaat van het principe: 'behandeling en begeleiding in directe samenhang met het krachtenveld van de milieus'. De door Lit beoogde vereenvoudigingen neem ik bijzonder gaarne als consequentie mee, al ligt de huidige situatie niet zó chaotisch als hij hem laat en niet zo systematisch in het beeld wat hij voorstaat. Tevens is het nog de vraag of de psychiater in dat geheel zonder meer 'de zelfstandig werkende zenuwarts van heden' zijn kan, maar het lijkt mij zeker dat het wel een functie gaat worden die zowel voor de huidige zelfstandig werkende zenuwarts als voor de sociaal-psychiater aantrekkelijke kanten heeft.

De langere psychotherapieën even buiten beschouwing latende stel ik mij voor een mobiel team zoals de sociale psychiatrie dat kent, dat zowel poliklinisch op een spreekuur als ook bij de patiënt thuis, behandelend en begeleidend kan optreden. Dit betekent niet dat steeds alle leden van het team actief in elk geval behoeven te worden gemengd. Te enerzijde zijn dan de typische polikliniek-gevallen, welke door de psychiater alleen kunnen worden behandeld, te anderzijde die gevallen waar — zeker vaak ook met de nodige medicamenteuze behandeling — tot enig soort milieuwijziging moet worden besloten. Daartussenin ligt de grote groep waar enig soort milieubegeleiding of zelfs milieubehandeling door een of meer teamleden nodig is. Het gaat dus om veel meer dan alleen 'sociale maatregelen', zoals Lit het noemt. De fundamentele eisen van mobiliteit en voldoende tijd-voor-contacten ook wat betreft de psychiater komen daarbij. Ik zie daarmee de sociaal-psychiatrische diensten, al of

niet binnen een stichting voor de geestelijke volksgezondheid, ook weer niet verdwijnen: Milieuwijzigingen voor patiënten vragen om mogelijkheden daartoe, zoals o.a. specifieke arbeidsmogelijkheden en beschermende omgevingen van allerlei aard en de begeleiding daarvan. Het analyseren van de op dit gebied bestaande wensen bij het regionale team en bij andere organen in een streek en het medewerken aan het realiseren van deze voorzieningen zijn enkele van de taken. Daarnaast is er o.a. het adviseren aan de teams met betrekking tot de milieuveranderingen in individuele gevallen en verder uitvoering van die werkzaamheden welke voor sociaal psychiatrische voorzieningen zijn opgesomd ² en welke niet door de teams (kunnen) worden verricht.

In de praktijk zullen er allerlei verschillende vormen en modellen mogelijk zijn: het team zoals ik het zie is niet gefixeerd in de samenstelling, ook intramuraal werkenden zullen als medewerkers in deze regionale teams b.v. in de buurt van een psychiatrisch ziekenhuis kunnen optreden. Verder zal ook b.v. een psychotherapeut of een op indicatie nabehandelende geneesheer van een psychiatrisch ziekenhuis ad hoc in het team kunnen treden. Wanneer zij allen van de meer gesynthetiseerde hantering van 'behandelings' en 'sociale' psychiatrie uitgaan zal dit veel verwijzingen van de ene psychiater naar de andere voorkómen. Op deze wijze zijn een aantal essentiële uitgangspunten van Jacobs ¹⁶ in te voegen. Dit geldt eveneens voor de andere disciplines. Dit komt de continuïteit van de behandeling ten goede.

Deze opvattingen bieden nog een aantal perspectieven:

(1) Een doelmatiger inschakeling in de psychiatrische hulpverlening van alle extramuraal psychiatrisch werkende zenuwartsen (en dit zijn er vrij wat). De duidelijke tendens — zie de zomervergadering van de afdeling psychiatrie van de Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie — om in de praktijk tot splitsing tussen de neurologie en psychiatrie te komen, is gunstig voor de hier geschetste ontwikkeling.

(2) De problemen betreffende interacties tussen patiënt en omgeving worden duidelijker in het psychiatrisch onderwijs geïntegreerd. Daarbij komt het mij voor, dat daardoor het verschijnsel dat de zelfstandig werkende zenuwarts 'geen oog voor de sociale kant heeft', zal verminderen. Wordt overigens dit verschijnsel niet tevens in de hand gewerkt door de situatie waarin hij momenteel door zijn werk- en honoreringsopstelling in de poliklinische en klinische sector wordt gedrongen?

(3) Naast het onderwijs de research. In de tevoren beschreven veldopstelling komt de sociaal-psychiater als directe hulpverlener in individuele gevallen, niet voor; veeleer is hij te velde o.a. een consultant voor sociaal psychiatrische aspecten.

Daarnaast is hij de research-man, die door de doelmatiger veldopstelling, met de praktijk op vruchtbaarder wijze contact kan onderhouden. Aldus krijgt sociaal-psychiatrisch werkzaam-zijn, zijn juiste inhoud (Bell ¹⁷).

(4) Doordat slechts één zenuwarts te velde optreedt, wordt het commu-

nicatienet eenvoudiger, het verantwoordelijkhedenpatroon overzichtelijker. In de kleinere rayons kan het contact met de huisartsen — wier medewerking ik essentieel acht, doch hier nog buiten beschouwing laat — hechter worden, wat de totstandkoming van consultatieve contacten bevordert. En wie is er beter tot consultatie in staat dan degenen die het hele behandelingspatroon hanteert? De geschetste samenhang tussen het team en de sociaal-psychiatrische adviseur maken consultatie in het kader van interpersoonlijke actie en van sociale actie goed mogelijk (Caplan¹⁸, Trimbos.¹⁹)

(5) Op deze wijze wordt ook een overzicht van aard en aantal van psychiatrische patiënten of om hier Kiessler's term 'psychiatric casualties'²⁰ te gebruiken groter. De dwingende noodzaak van het bestaan van dergelijke overzichten behoeft gelukkig anno 1968 (c.f. Wing²¹) niet meer afzonderlijk bepleit te worden, gezien o.a. de initiatieven door de Geneeskundige Hoofdingspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid genomen.

(6) De aansluiting van de psychiatrische behandelingssector aan de geestelijke gezondheidszorgsector wordt eenvoudiger; hier gaan Lit en ik voorlopig nog uiteen: regionale instituten voor de geestelijke gezondheidszorg zullen we ook in de geschetste structuur nodig hebben en ik zie ze dan ook niet als een schrikbeeld zoals hij. In ieder geval zal door het intensiever samengaan 'de taakstelling van de geestelijke gezondheidszorg vanuit een bepaalde samenlevingsconstellatie'²² beter kunnen worden opgesteld.

Nu tenslotte tegen deze achtergrond de *extramurale relaties*. Het probleem concentreert zich op de vraag, waar een adequate sluitende hulpverlening ('continuity of care') het best gelocaliseerd kan zijn. Het zijn wederom buitenlandse onderzoeken (Wing,²³ Freeman²⁴) — Nederlandse ontbreken nog — die op goede gronden aangeven, wat daarmee (en in Nederland zijn daarvoor in wezen de 'instrumenten' aanwezig) kan worden bereikt. Het komt mij voor dat dit het beste regionaal, zo dicht mogelijk bij de patiënt en zijn dagelijkse omgeving is.

Ik werd in deze mening gesteund door de conclusies van Goldberg²⁵ in een onderzoek van families van schizofrene patiënten in deze. Zij komt n.l. tot de volgende conclusies:

- a meer dan de helft van de patiënten die in een bepaalde periode onder de diagnose schizofrenie werden opgenomen waren heropnames. Zij zijn derhalve — althans in theorie — bij regionale voorzieningen bekend;
- b slechts 10—15% van de schizofrenen blijven hedentendage langer dan 2 jaar opgenomen;
- c 40—50% van de eerste opnamen blijken na 5 jaar nog belangrijke sociale handicaps te hebben. Voor heropnamen ligt dit getal duidelijk hoger. (Brown e.a.¹¹). D.w.z. het merendeel van nog gestoorde schizofrenen verblijft het langste deel van hun leven in de gemeenschap en

slechts betrekkelijk kort — hoewel herhaaldelijk — in de ziekenhuizen. Daarom behoeven zij een type van zorg dicht bij huis, makkelijk toegankelijk en continu bereikbaar. En dit zijn precies de punten van Querido ²⁶ in dezen.

Voor de niet-schizofrene patiënten ligt de verhouding opgenomen — niet opgenomen nog sterker verschoven naar het laatste.

Nu stelde Goldberg dit vanuit het sociaal werk; gezien mijn uiteenzettingen betrek ik dit op het gehele team. Zo concludeer ik en beperk mij hierbij wederom tot enkele uitgangspunten, uitwerkingen t.a.v. bepaalde groepen patiënten en subsidieregelingen achterwege latende:

- 1 extramurale activiteiten van de psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis vallen in mijn zienswijze automatisch binnen het regionale team, waar de betrokken zenuwarts immers ook lid van is;
- 2 extramurale activiteiten van psychiatrische ziekenhuizen vallen uiteen in poliklinisch werk en 'lange afstandswerk'.

Het laatste zou alleen op indicatie en dan met gebruikmaking van het regionale team moeten geschieden. Het eerste, maar dan ook uitsluitend in de zin van een dergelijk soort team en alleen dan, wanneer andere zinvolle regionale voorzieningen zoals b.v. onder 1 genoemd daardoor niet worden doorkruist.

Mijnheer de voorzitter, dames en heren, Dit zijn een aantal gedachten die mij bezig houden. Mogelijk had ik deze denkbeelden in deze schematische vorm hier nog niet moeten brengen. Ik stond echter voor deze spreekopdracht en kon met het oude stramien niet verder.

SUMMARY

Psychiatric hospitals and psychiatric wards in general hospitals both have extramural activities. Endeavor ours to integrate these activities in a model for 'community psychiatry', highlight the problems caused by the situation that clinical psychiatry and social psychiatry act as separate fieldactivities.

This situation in Holland, stems from the development in the past of aftercare organisations (Querido), apart from the (later) appearance of psychiatrists with out-patient clinics. Differences in financial organisations further complicate the matter.

Arguments are brought forward to promote a reunion between both types of fieldactivities in a multidisciplinary team in a given area. Continuity of care and easy accessibility are thus promoted. Although links with hospitals will exist, the provision is not primarily 'hospital-based' but localised in a region.

LITERATUUR

- 1 *Welke betekenis heeft een Sociaal-Psychiatrische Dienst in Provinciaal Verband*; Provinciale Raad voor Volksgezondheid in Zuid-Holland, 1965.
- 2 *Nota over de taak van de Sociaal Psychiatrische Dienst en de plaats van deze dienst binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg*, Centrum Katholieke Psychiatrische Voor- en Nazorgdiensten Utrecht, 1969.
- 3 Lumey, J. L. J., 'Het Werk van de Sociaal Psychiatrische Dienst'; *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 1961, nr. 6.
- 4 *Geestelijke Gezondheidszorg, structuur en organisatie*; Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg, 1964.

- 5 *Regionaal Instituut voor Geestelijke Gezondheidszorg*; Katholiek Nationaal Bureau voor geestelijke gezondheidszorg, augustus 1968.
- 6 Lit, A. C., 'Over de behandeling van volwassen psychiatrische patiënten'; *Voordrachtenreeks* nr 41, tiende jaargang, september 1968.
- 7 Trio-vergadering 1966; Diercks, A. L., Smet, J. P. de, Haan, E. de; *Voordrachtenreeks* nr 30, achtste jaargang, 1966.
- 8 Bell, N. W., 1966, 'Social and Cultural Elements in Community, Mental Health Programs', 1966, ongepubliceerd, via mij (Frets) verkrijgbaar.
- 9 Havermans, F. M. e.a., *Sociale Psychiatrie voor Maatschappelijk werkenden*, Romen Roermond, 1954.
- 10 Brown, G. W., e.a. (1962), 'The Influence of family life on the course of schizophrenic illness'; *Brit. J. Prev. Soc. Med.* 16, 55.
- 11 Brown, G. W. e.a., (1966), *Schizophrenia and Social Care: A comparative Follow-up Study of 339 Schizophrenic Patients*, London, O.U.P.
- 12 Brown, G. W. (1967); 'The Family of the Schizophrenic Patient', *Recent Developments in Schizophrenia*; Royal Medico-Psychological Association 1967.
- 13 Wing, J. K. and Freudenberg, R. K. (1961) 'The response of severely ill chronic schizophrenic patients to social stimulation', *Amer. J. Psychiat.* 118, 311.
- 14 Wing, J. K., (1967) 'The Modern Management of Schizophrenia'; *New Aspects of the Mental Health Services*, Pergamon Press, Oxford, 1967.
- 15 'Rapport van het Soc. Psychiatrisch Studiegezelschap voor de Opleidingscommissie van de Ned. Ver. v. Psychiatrie en Neurologie', *Mededelingenblad* nr. 7, 1967.
- 16 Jacobs, D., *Het Psychiatrisch Centrum*, De Tijdshoorn, Lochem, 1968.
- 17 Bell, N. W., 'Social Psychiatry'; *Archives of General Psychiatry*, April 1966, vol. 14, pp. 337—345.
- 18 Caplan, G., *Principles of Preventive Psychiatry*; Tavistock Publications Ltd 1964.
- 19 Trimboos, C. J. B. J., 'De Geestelijke Gezondheidszorg in Ontwikkeling', *Voordrachtenreeks* nr. 39, tiende jaargang, mei 1968.
- 20 Kiesler, F., 'Is this Psychiatry?'; *Concepts of community Psychiatry*, *Public Health Service Publication* nr. 1319, 1965. U.S. Government Printing Office, Washington, D.C.
- 21 Wing, L. (1968) e.a. 'Camberwell Cumulative Psychiatric Case Register', *Social Psychiatry* Vol. 3 nr. 3, 1968, p. 116.
- 22 Gennip—Horsten, Th. W. M. van, 'Geestelijke Gezondheidszorg ten Plattelande'; *Maandblad v. d. Geestelijke Volksgezondheid*, nr. juli, aug. 1967.
- 23 Wing, J. K. (1968), 'Patients with Psychiatric Disorders'; *Community Mental Health*, p. 237, Jossey—Bass Inc., San Francisco, 1968.
- 24 Freeman, H., 'The Structure of the local Authority and Hospital Service in Relation to Mental Health'; *the Treatment of Mental Disorders in the Community*, p. 34; Baillière, London 1968.
- 25 Goldberg, E. M., 'The Families of Schizophrenic Patients'; *New Aspects of Mental Health Services*, p. 29, Pergamon Press Ltd, Oxford 1967.
- 26 Querido, A., *Tijdschrift Sociale Geneeskunde*:
 16 november 1962, Mental Health Programmes in Public Health Planning I;
 30 november 1962 nr. 24 II;
 21 december 1962 nr. 25 III.

FRAGMENTEN UIT DE HIERNA GEVOLGDE DISCUSSIE

De discussieleider stelt n.a.v. mijn inleiding dat hierin sterk voorop stond het 'tussen de wal en het schip terecht komen' wat hem vooral een projectie van onlust van de sociale psychiatrie leek.

Ik bestrijd dit: de *patiënt* komt tussen de wal en het schip terecht en het is de verontrusting daarover die mij tot mijn opmerkingen heeft geleid.

Collega *de Heer* van de S.P.D. Eindhoven mist een 4e lezing n.l. over het gewone ziekenhuis. Ten aanzien van de S.P.D. stelt hij dat deze misschien wel de zwakste partij is en zijn vraag is ten aanzien van medicatie, het samen handelen: Moet de sociaal-psychiater, als hij een patiënt van derden toegespeeld krijgt, dit zelf doen of overlaten aan een collega? Wat blijft er dan over van de arts-patiëntrelatie?

Frets antwoordt dat dit juist een van de heel moeilijke kanten is waar het om gaat, n.l. dat naast de technische onoverzichtelijkheid ook de relatie lijdt.

Collega *Esser* vindt het geheel 'te veel van achter de schrijftafel geschreven'. De zelfstandig werkende zenuwarts en de S.P.D. kunnen volgens hem niet zomaar bij elkaar gaan zitten en hij mist dan ook de aansluiting op de praktijk van het heden.

Frets antwoordt dat het hier om veel wezenlijker dingen gaat dan alleen maar kleine modulaties van de bestaande situatie. Verder: intensieve communicatie tussen regionaal werkenden kan voorlopig wat oplossen en zal ook later essentieel zijn. Verder is systematische studie nodig, vergelijkend onderzoek van patiëntenmateriaal van zelfstandig werkende zenuwarts en S.P.D.

Dan komt er een twijfelpunt ten aanzien van mijn eigen aantekeningen:

Coll. *v. d. Burg* zou gezegd hebben: sociaal-psychiaters moeten wél meebehandelen, anders is een 24-uur dienst niet mogelijk. Maar ik twijfel toch of hij het zo bedoeld heeft. Zekerder is dat hij er op wees, dat ook de ziekenhuizen acute plaatsingen vlak vóór het weekend doen zulks als tegenhanger van acute opname tijdens weekends die zo moeilijk zouden zijn, zoals door de inleider gesignaleerd. *Frets* antwoordt dat hij juist naar voren heeft willen brengen welke rommeligheid er op het ogenblik bestaat. Hij voelt de opmerkingen van coll. *v. d. Burg* dan ook niet als een aanval op elkaar maar een situatie die wij gezamenlijk moeten aanvallen.

Coll. *Lit* merkt op dat de vraag of de zelfstandig werkende zenuwarts of de S.P.D. bepaalde dingen doet, dan wel wie het gaat betalen, methodisch op dit moment niet relevant is maar dat essentiële aspecten van de voorzieningen bestudeerd moeten worden. *Frets* is erkentelijk voor deze ondersteuning.

Coll. *Rozenburg* waarschuwt dat er te veel wordt uitgegaan van de bestaande instituten en van bestaande kaders. Daarmee zijn problemen niet opgelost zoals: veel instanties komen in één gezin of

kinderen en volwassenen worden in de voorzieningen zo gesplitst behandeld, is dat wel goed?

Haar conclusie is: er zijn nog andere disciplines die zich met hulpverlening bezighouden; primair dient te zijn de behoeftepeiling in de maatschappij en dienstverlening die daaraan wordt aangepast.

Frets is coll. *Rozenburg* zeer erkentelijk voor haar opmerking, die ook al weer wijst op de absolute noodzakelijkheid van een vrijmoedige bestudering van behoefte, daarin niet geremd door bestaande voorzieningen of betalingssystemen.

F. W. FRETS