

PROBLEMEN OP HET GRENSVLAK VAN AMBULANTE EN KLINISCHE PSYCHIATRIE: SOCIAAL-PSYCHIATRISCHE ASPECTEN*

door J. VAN LONDEN te Den Haag**

INLEIDING

Als er één onderwerp is dat geesten en pennen van psychiaters bezighoudt, dan is het wel het onderwerp van vandaag: 'Problemen op het grensvlak van ambulante en klinische psychiatrie'.

Ik roep alleen maar in de herinnering de voordracht van Buis (1972) 'Wie en wat bepalen de toekomst van de psychiatrische inrichtingen?', gehouden tijdens de Najaarsconferentie van de Geneeskundige Vereniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen. In Buis' literatuurlijst staan de namen van Baan, Jacobs, Lit, Romme, De Smet, Speijer en Zijlstra. In 1966 en in 1968 werden zogenaamde trio-vergaderingen gehouden, georganiseerd door de afdeling Psychiatrie van de 'toenmalige' Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie en de Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband. In de tweede serie sprak o.a. FRETS (1969) over 'Extramurale activiteiten van psychiatrische inrichtingen en ziekenhuizen in hun betekenis voor de extramuraal werkende psychiater', een lezing, die op dit congres wederom in de roos zou zijn. MARLET (1972) publiceerde eind vorig jaar een artikel onder de titel: samenwerking tussen klinische en ambulatorische hulpverlening. Op de recente Provinciale Gezondheidsdag Zuid-Holland te Rotterdam verdedigden Cohen Stuart en Hustinx stellingen liggende op het gebied van ons onderwerp, onder voorzitterschap van Speijer.

Als ik deze opsomming hierbij laat, zullen straks, naar ik vermoed enigen uwer mij laten weten, dat ik hen en nog velen niet heb genoemd. Het is één van de kenmerken van de neurose, dat klachten eindeloos worden herhaald, dat problemen steeds worden geherformuleerd, en dat, zonder een doeltreffende therapie, hierin geen verandering komt. Ik vrees dus, dat wij extramuraal en intramuraal werkende psychiaters aan een gezamenlijke neurose lijden, wellicht een ernstige 'gezins'-pathologie vertonen, en dat wij onze therapeut nog niet hebben gevonden. Welnu, ik zal mij vandaag aan u eerder als neuroticus dan als therapeut vertonen.

* Voordracht gehouden op het congres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie i.o. op 6 en 7 april 1973 te Doorn.

** Hoofd afdeling geestelijke volksgezondheid van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst te Den Haag.

KLACHTEN

Reeds voel ik de verschijnselen angst en wanhoop in mij opstijgen: angst, dat ik in het mij toegestane half uur niet onder woorden zal kunnen brengen, wat ik precies wil zeggen, en dat wel weer op een andere manier dan al mijn voorgangers.

Wanhoop tengevolge van de zekerheid, dat vrijwel alle problemen op het grensvlak van ambulante en klinische psychiatrie reeds uitstekend geformuleerd zijn.

Maar ook hoop: hoop namelijk, dat u straks in de discussiegroepen zult willen teruggrijpen naar die vorige auteurs, opdat de standpunten van vandaag meer reliëf krijgen.

Om de discussie van vandaag aan te moedigen, wil ik proberen, vanuit de belevenis en ervaring van de stedelijk werkzame sociaal-psychiater, te tasten naar het waarom, naar de diepere lagen van onze gezamenlijke problemen.

DE PROBLEMEN

In eerste instantie wil ik de problematiek op het grensvlak van ambulante en klinische psychiatrie slechts vaag aanduiden: ik wil onderscheiden, problemen op het gebied van

- de communicatie,
- de harmonisatie en continuïteit van behandelingen en revalidatie,
- de verantwoordelijkheden voor wie, aan wie, en voor wat,
- de invloedssfeer waaraan de extramuralen en intramuralen blootstaan, en de doorwerking daarvan naar het grensvlak.

PROBLEMEN OP HET GEBIED VAN DE COMMUNICATIE

(a) *Taalproblemen* — De communicatie verloopt, hoe kan het in een wereldje van psycho-sociale hulpverleners ook anders, voornamelijk verbaal. We spreken elkaar op rapporten, stafvergaderingen, beleidsvergaderingen, en ook wel in het persoonlijk contact. We hanteren de telefoon, we schrijven elkaar brieven, rapporten, en we houden voordrachten en schrijven artikelen. Kortom we maken voornamelijk gebruik van taal. En in de aanwending van die taal zitten reeds communicatie barrières, omdat:

- a — in het individuele taalgebruik opvoeding, opleiding en de eigen psychologie doorwerken,
- b — in het vakjargon met dezelfde termen vaak andere zaken worden aangeduid (verschil in opleidingen!),
- c — termen na verloop van tijd een andere inhoud of gevoelswaarde krijgen.

(b) *Subcultuur of ingroup* — Naast de taalproblemen wordt het behoren

tot een kleine groep, met 'ingroup' kennis, zeden en gewoonten wel eens tot een communicatieprobleem. Soms worden zaken onder woorden gebracht, die verwijzen naar een voorkennis, die er ten aanzien van die zaken bestaat in de 'ingroup', maar die de buitenstaander ten enenmale ontgaat. Ik wijs op de vreemde sensatie, wanneer een goede kennis zijn goede kennis sprekend introduceert: 'Jan zegt altijd daarover...', terwijl hij zich niet realiseert, dat je helaas nooit van Jan hebt gehoord.

(c) *Normen* — Voor ons onderwerp acht ik echter van veel groter belang, dat wij psychiaters allerlei normen dooreen hanteren, zonder in ons betoog te vermelden over welke normen we het hebben. Ten onzent wees ZUTHOF (1963) reeds hierop. SASZ wijst er op, dat de psychiaters, niet alleen de normen verzuimen te vermelden, maar dat ze zich niet eens realiseren, over welke normen ze het hebben. Szasz beschuldigt ons er van, dat we er vanuit gaan, dat we met medisch ingrijpen mensen te lijf gaan, die gedragsafwijkingen vertonen, afwijkingen van de psychosociale, ethische en juridische normen, alsof het vanzelfsprekend is, dat deze mensen ziek zijn. Bijvoorbeeld de ethische normen: goed en slecht, zonder meer overbrengen, via de gedachtenschakel: geadapteerd—niet geadapteerd, naar: gezond—ziek.

Een bekend discussiepunt op ons grensvlak ambulant—klinisch ligt nu juist in dit veld. Ik doel op de zogenaamde acuut-psychiatrische patiënt, die zonder uitstel dient te worden opgenomen. In de literatuur zijn vele pogingen ondernomen, om het psychiatrische begrip 'emergency' te omschrijven. Naast de enkele uitzondering, waar inderdaad acuut-medisch-psychiatrisch ingrijpen over leven of dood kan beslissen, wordt het begrip acuut toch meestal geargumenteed met de mededeling, dat er gevaar dreigt voor de als patiënt aangemerkte, of diens omgeving. Nu zal ieder er wel mee instemmen, dat wat precies gevaar is, meestal niet aan medische normen getoetst kan worden.* Voor de aard of het wezen van een schizofreen proces maakt het immers niets uit, of betrokkene een katatoon beeld vertoont, of juist een agressieve psychotische uitbarsting heeft. Maar voor de omgeving van de betrokkene maakt dit alles uit.

Het discussiepunt op het grensvlak extramuraal intramuraal is: moet deze patiënt, omdat hij wordt aangeboden als gevaarlijk, in het psychiatrisch ziekenhuis worden opgenomen? Voor het bestrijden van gevaar: (een overtreding van een juridische norm) bestaan toch andere maatschappelijke instellingen? Roep de brandweer of de politie, of het maatschappelijk werk!

Toch acht ik de redenering onjuist. Want wat is gebeurd: in een milieu, dat betrokkene goed kent, wordt deze man als gevaarlijk beschouwd.

* In de somatiek ligt dat iets eenvoudiger. Men kan daar soms een bepaald gevaar, epidemiologisch of individueel signaleren, maar ook hier is voor medisch ingrijpen altijd autorisatie van patiënt of gemeenschap nodig.

Het gezin roept: a. de huisdokter, of b. de politie. Als in het gezin reeds het vermoeden bestaat, dat betrokkene ziek is, zal men op het moment, dat de last van deze ziekte de draagkracht te boven gaat, de dokter roepen. Als in het gezin het vermoeden of het gevoel bestaat, dat betrokkene helemaal niet ziek is, maar alleen boos, lastig of driftig, en dit gaat de draagkracht te boven, dan roept men de politie. Eventueel kan de politie, bij vermoeden te doen te hebben met iets zeer ongewoons, raad vragen aan de dokter, door deze te ontbieden.

In de eerste 'ronde' etiquetteert de familie. Dat gebeurt trouwens altijd: voordat een dokter ontboden wordt, overweegt de omgeving: een béét-je ziek: aanzien, of ernstig ziek: niet langer aanzien. Nu komt de huisarts, en later eventueel de extramurale psychiater (vrijgevestigd of s.p.d.) Deze beamen al of niet het criterium: ziek. Welke zijn de criteria van de groepen: het milieu, eventueel inclusief de politie, en de medici. Dat zijn twee normenstelsels:

1 — dit beeld, dit gedragspatroon dat ik zie en waarneem, interpreteer ik, op grond van de aan dat gedragspatroon te constateren symptomen, als herkenbaar, diagnostiseerbaar ziek,

2 — bij alles wat ik zie, neem ik òòk nog waar dat betrokkene gevaarlijke dingen doet.

Dit laatste oordeel is niet medisch, maar net zo als alle leken recht hebben op een lekenoordeel: een juridisch lekenoordeel.

Nu ga ik er in dit geval van uit, dat patiënt niet wil opgenomen worden, en dat hij tòch volgens inzicht van de consulterende arts behandeld moet worden. Het lekenoordeel, namelijk dat de juridische norm is overtreden, moet ter toetsing worden voorgelegd aan de ter zake deskundige: de rechter. Deze, en niemand anders maakt uit, of het gevaar, dat wordt omschreven, de juridische norm overtreedt. Bij bevestiging hiervan, ontstaat het dilemma: 1 — het gevaar bestrijden en verder niets, 2 — de patiënt behandelen. En in onze gemeenschap behoort het tot de goede zeden een gevaarlijke patiënt, in een door de gemeenschap adequaat geachte omgeving te behandelen, in casu het psychiatrisch ziekenhuis, en dat het psychiatrisch ziekenhuis derhalve geacht wordt, méde het gevaar te bestrijden. We zouden gevaarlijke patiënten natuurlijk best in een grote kuil buiten het dorp kunnen bewaren, totdat het gevaar bezworen is. In het verleden is dat ook meerdere malen gebeurd.

Nu komen we van de juridische norm in de ethische norm: in ons cultuurpatroon heerst de ethische norm, dat het goed is, een patiënt, die gevaar oplevert, recht te doen aan de noden van zijn ziekte; dat het slecht is de ziekte te laten bestaan of voortschrijven, omdat we het gevaar uit de weg gaan. Ik ga hier zo uitvoerig op in, omdat in deze grenssituaties, het tegenwoordig nogal eens voorkomt, dat de extramuraal werkende psychiater (vrijgevestigd, zowel als s.p.d.), er van beschuldigd wordt niet méér te zijn dan een verlengstuk van de ordehand-

havers: de politie; in het beste geval een soort gezondheidspolitie. Deze opvatting kom ik ook weleens tegen in de discussies met de intramuraal werkende collegae. Ik werkte een voorbeeld uit van een discussie waarin vanuit verschillende normen over een probleem wordt gesproken. Ik nam de acute patiënt. Ik had net zo goed een andere topic uit ons grensvlak kunnen nemen: de chronische patiënt. Ik vat samen: communicatiestoornissen ten aanzien van de belangen van patiënt kunnen ontstaan, doordat verschillende normenstelsels, in casu ethische, juridische, psycho-sociale en medische door de partners onuitgesproken worden gehanteerd. Men zendt als het ware uit op verschillende golflengtes. (d) *Waarden* — Ook verschillend geapprecieerde waarden kunnen aanleiding geven tot communicatiestoornissen. Moge ik dit verduidelijken aan de waarden, die aan de begrippen vrijheid, loyaliteit en solidariteit kunnen worden gehecht.

In een individualistisch georiënteerde maatschappij heeft het begrip individuele vrijheid een hoge waarde. De limieten van die vrijheid worden gevonden daar, waar de persoonlijk opgeëiste vrijheid, die van een ander individu (of individuen) al te zeer beperkt. Enige beperking is onontkoombaar, zeker als de bevolkingsdichtheid groot is. De gemeenschap gaat dan spelregels vaststellen: spelregels zijn binders: er ontstaat 'vrijheid in gebondenheid', maar nog steeds met een zwaar accent op vrijheid.

In een meer collectivistisch georiënteerde maatschappijvisie worden aan de begrippen loyaliteit en solidariteit hoge waarden toegekend. Soms zelfs zo hoog, als ik Wertheim (1973) tenminste goed heb begrepen in zijn afscheidscollege, (Intermediair) dat in het China van na de culturele revolutie solidariteits principes kunnen gaan boven individuele vrijheidsbeginselen. In onze Nederlandse gemeenschap bestaan naast elkaar, beleden vaak door dezelfde mensen, individualistische tendenties en collectivistische. De vrijheid van het individu, diens privacy staan in hoog aanzien. Maar tezelfder tijd wordt een zeer groot appèl gedaan op gemeenschapsgevoelens: denk aan premie voor sociale verzekering, belasting en dergelijke. Ons wereldbeeld schommelt heen en weer tussen de polen: individualisme en collectivisme. Dat kan natuurlijk ook best. Echter als we, wederom op ons grensvlak intramuraal-extramuraal, met elkaar communiceren, kan het zijn, dat we ons tussen de polen: individu-georiënteerd en gemeenschap-georiënteerd, op verschillende posities bevinden. Zo vraag ik mij af, of er in onze intra- en extramurale wereld soms cliché visies, 'images' op, respectievelijk van elkaar ontstaan zijn, die problemen in de communicatie opleveren.

Als stelling voor de discussie wil ik dit wel zwart-wit tekenen: de klinische psychiaters geven de indruk, dat zij de extramurale psychosociale zorg zien, als uiterst op de gemeenschap georiënteerd: dat de psychosociale zorg dus de normen van die gemeenschap overneemt en bewaakt. Met andere woorden, dat de psychosociale zorg in feite toch

meestal handelt volgens het adaptatie model.

Mijn *tweede* stelling wordt dan: de psychosociale zorg heeft van het psychiatrisch ziekenhuis de image van een eigen gemeenschap in de gemeenschap. In het psychiatrisch ziekenhuis is het gehele bedrijf op de zo groot mogelijke kwaliteit van de zorg voor de individuele patiënt gericht.

Het psychiatrisch ziekenhuis is zó individualistisch georiënteerd, dat de belangen van het individu in zorg uitgaan boven die van de gemeenschap, waarbij het gemeenschapsbelang dan geformuleerd wordt als grote opvangcapaciteit, sneller ontslag. Wel moet worden gezegd, dat in de zeer recente ontwikkeling de psychiatrische ziekenhuizen hebben bijgedragen tot oplossing van het probleem van acute opnames door middel van partiële regionalisatie.

PROBLEMEN OP HET GEBIED VAN DE HARMONISATIE EN CONTINUÏTEIT VAN BEHANDELING EN REVALIDATIE

Deze problemen zijn zeer actueel geworden ten gevolge van de laatste jaren op beleidsniveau regelmatig naar voren gebrachte basisfilosofie, namelijk de hulp en de hulpmiddelen zo dicht mogelijk brengen bij het milieu van de patiënt. Maar uiteraard opnemen in het ziekenhuis, als dit voor de toekomstige ontplooiing van de patiënt en zijn milieu, de beste maatregel is te achten. (Hospital services for the mentally ill, Department of Health and Social Security, 1971). Deze filosofie hangt nauw samen met de historische ontwikkeling van de psychiatrische diagnostiek, zoals KUILMAN (1971) beschreef, aan de hand van de verandering in de opvattingen over het begrip *endogeen*. Kuilman signaleert dat de wijze van psychiatrisch diagnostiseren en behandelen in de loop der tijd steeds nauw samenhang met de geest van de tijd. Hij illustreert dit ook.

Wij leven nu in een periode waarin het milieu, het macro- zowel als het micro-milieu in het centrum van de aandacht is gekomen. Het milieu, eventueel ook de maatschappij, is object van onderzoek geworden naar de mogelijkheden van het optreden daarin van welzijn-verstorende en ziekte-verwekkende factoren. De Club van Rome alarmeert de wereld: als wij ons milieu blijven verstoren, dan zal dat verstoorde milieu het voortbestaan van de mensheid bedreigen. Het behoeft geen verbazing te wekken dat ook in de psychiatrische wereld sterk de nadruk gelegd wordt op het milieu als bedreigend voor de geestelijke gezondheid. Zo wordt vanuit het sociale denkmodel tenslotte, via de ontwikkeling van een conflictmodel, zelfs een anti-psychiatrie ontworpen. Hier heerst de gedachte, dat de psychiater, zolang hij opereert op basis van het medische denkmodel, niet in staat moet worden geacht zich los te maken van de aanpassingsideologie. In die opvatting dient de psychiatrie, die aan de wezenlijke bedreigingen voorbij gaat, ja zelfs aperte foute beslissingen neemt, bestreden te worden. Hoe men ook staat tegenover deze radica-

liserende en conflicterende opvatting, niet ontkend kan worden, dat deze denkwijze grote invloed heeft gehad op de gezondheidszorg. Allereerste wordt de zin van de 1e echelons gezondheidszorg beargumenteerd door te wijzen op het feit dat men de patiënt nergens zo in zijn totaal functioneren kan observeren, als in zijn eigen milieu. Bovendien kan men de samenhang proberen op te zoeken tussen gezinsstructuur en de gedragsfenomenen van degenen, die als patiënt wordt aangewezen. Ook de behandelingsstrategie wordt hierdoor beïnvloed: denk aan de ontwikkeling van de gezinstherapie en 'mental health consultation'.

Het gevolg is, dat men dan ook zal trachten de patiënt zo lang mogelijk uit het ziekenhuis te houden, of zo lang mogelijk niet als patiënt te beschouwen. Nieuwe strategieën in de gezondheidszorg krijgen de wind mee, als zij blijken goedkoper te zijn. In feite hebben de s.p.d.'s hun ontwikkeling méér te danken aan het gevoel der overheden dat het goedkoper was een patiënt uit het ziekenhuis te houden of te halen, dan aan de ideologische kanten. Ook heden ten dage gelden de financiële argumenten. De s.p.d.'s werden onder de A.W.B.Z. gebracht in de verwachting, dat met ruimere middelen een betere 2e en 1e echelonszorg kan worden opgebouwd. Reeds van de aanvang af van de werkzaamheden van de adviescommissie van de Ziekenfondsraad, de commissie Muntendam, wordt verlangd dat de s.p.d.'s betere diensten zullen kunnen geven aan de psychiatrische ziekenhuizen en de vrijgevestigde zenuwartsen.

De problemen op het grensvlak van de ambulante en de klinische psychiatrie interesseren de Ziekenfondsraad hogelijk. Men verwacht van een betere financiering ook een afneming van die problematiek. Het punt is, dat de s.p.d.'s zodanig bemand en geoutilleerd moeten worden, dat zij een kwantitatieve en kwalitatieve opvang kunnen bieden op het revalidatieniveau van de ziekenhuizen in hun regio. Vaak wordt het ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis belemmerd, omdat de s.p.d. geen mogelijkheden heeft te bieden, die ook maar enigszins harmoniseren, met wat het psychiatrisch ziekenhuis de patiënt kan verschaffen. Ik doel op onvolwaardige pensiontehuizen, te lange wachtlijsten voor W.S.W.-plaatsing op de beschuttende werkplaats, of onvoldoende assistentiemogelijkheden voor de opvang in crisissituaties, waar opname in het psychiatrische ziekenhuis in feite nog niet nodig is. Nu de s.p.d.'s financieel die ruimte wel krijgen, zullen bepaalde problemen in het grensvlak wel minder worden of verdwijnen, maar we moeten nieuwe problemen verwachten en deze dus ook anticiperen. Veranderingen in capaciteit en veranderd beleid zullen hun gevolgen hebben voor de in de regio liggende psychiatrische ziekenhuizen. Derhalve dient ook het beleid geharmoniseerd te worden.

Harmonisering van beleid is zelfs een voorwaarde tot het slagen van harmonisatie van behandelings- en revalidatieniveau tussen ambulante en klinische psychiatrie. Het is niet goed mijns inziens, en het getuigt

ook van een verkeerd inzicht, als de psychiatrische ziekenhuizen op de verbeterde mogelijkheden van de s.p.d.'s zouden reageren met activiteiten die tot verdubbeling van functies leiden. Reciprook wantrouwen over elkaars beleidsdoeleinden komt voor, in het grensvlak van ambulante en klinische psychiatrie. Voor een goede, efficiënte en financieel verantwoorde zorg voor de psychiatrische patiënt is dit volmaakt deletair, en dient door regionaal overleg te worden vermeden.

Met voldoening wil ik wijzen op het goed functioneren van dergelijk regionaal overleg in de regio Den Haag. Dit regionaal overleg is voortgekomen uit het initiatief van Buis, destijds inspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid in Zuid-Holland en Zeeland, die op provinciaal niveau de directeurs van de psychiatrische ziekenhuizen en vertegenwoordigers der s.p.d.-en vrijgevestigde zenuwartsen bijeen riep, het zogenaamde Schakenbosch-overleg.

Overigens, ter afsluiting van deze gedachtengang: reeds nu leeft bij dezelfde overheid, die vond dat de s.p.d.'s moesten worden versterkt, als een begin van versterking van 2e en 1e echelon, de angst dat de s.p.d.'s te veel zullen gaan kosten. De ideologie zal het dit keer moeten winnen van de economie, anders zal het werkelijk nooit lukken te realiseren dat de patiënt zo lang mogelijk thuis zal worden behandeld en begeleid.

Ik vind dat de vertegenwoordigers der psychiatrische ziekenhuizen dit beleid dienen te ondersteunen, zoals MARLET (1972) deed, ook al zou dit soms moeten betekenen dat een bepaald ziekenhuis in een bepaalde regio zou moeten worden hergroepeerd.

PROBLEMEN OP HET GEBIED VAN DE RESPECTIEVELIJKE VERANTWOORDELIJKHEDEN

De problemen op het gebied van de respectievelijke verantwoordelijkheden zal ik slechts aanstippen. De zorg voor de individuele patiënt, de zorg voor de omgeving van de patiënt, en de zorg voor een goed lopend geestelijk-gezondheidszorg-systeem behoren in mijn opvatting tot de verantwoordelijkheid van de ambulante- en klinische psychiatrie tezamen. Om efficiency-redenen kan er een taakverdeling plaats vinden, maar het voorwaarden scheppen om die taken goed te doen vervullen behoort tot de verantwoordelijkheid van het gehele systeem. Ambulante psycho-sociale zorg en klinische zorg worden gerealiseerd in de gemeenschap en dóór de gemeenschap. Die gemeenschap heeft slechts taken en deelverantwoordelijkheden gedelegeerd aan de gespecialiseerde instituten.

Voortdurende verantwoording is derhalve verschuldigd aan die gemeenschap, en wel aan die organen, die de gemeenschap daarvoor in het leven heeft geroepen. Nu moet wel worden gezegd, dat in ons geval het lang niet altijd zo duidelijk is, aan welk orgaan we verantwoording verschuldigd zijn. De versnippering van de verantwoordelijk-

heden voor dienstverlening in de welzijns en gezondheidssector over diverse departementen schept verwarring: ter illustratie kan men denken aan de niet gecoördineerde sociale wetgeving en subsidie regelingen. In het grensvlak tussen ambulante en klinische psychiatrie kunnen diversiteiten van opgeëiste verantwoordelijkheden doorklinken. Willen we een omvattende, 'comprehensive', dat wil zeggen ook samenhangende zorg, waarin continuïteit van behandeling is gegarandeerd, realiseren, dan zullen we onzerzijds invloed moeten aanwenden, dat ook organen, waaraan we verantwoording schuldig zijn, waar beleidsdoelinden worden geformuleerd, en die verantwoordelijk zijn voor het scheppen van en doen functioneren van voorzieningen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, een samenhangend, 'comprehensive' beleid voeren. Ook dit is onze verantwoordelijkheid.

PROBLEMEN OP HET GEBIED VAN DE INVLOEDSSFEER

In het hierbovenstaande heb ik reeds een uitstapje genomen naar dit probleemveld. Ik wil nog signaleren dat er andere invloedssferen zijn dan locale, provinciale of nationale overheden. Ik doel, voor wat betreft de psychiatrische ziekenhuizen op bijvoorbeeld de Nationale Ziekenhuisraad, en vooral ook het C.O.Z., maar ook de Centrale Raad voor de Volksgezondheid.

De ambulante psychiatrie ondervindt veel invloed vanuit het Nationaal Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid, de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, de Ziekenfondsraad, maar ook van organisaties van het algemeen en gespecialiseerd maatschappelijk werk. Zelfs zoveel invloed, dat de vraag kan ontstaan vanuit de psychiatrische ziekenhuizen: hebben de s.p.d.-en wel voldoende aandacht voor de belangenbehartiging van onze patiënten? Dompe-len de s.p.d.'s zich niet te zeer onder in een welhaast oeverloos relatienetwerk van de geestelijke gezondheidszorg? De nota taak en plaats van de s.p.d. van ROMME en FROWIJN (1971) dient bij deze discussie gehanteerd te worden. De uitslag van de door de Ned. Ver. van Soc. Psych. Diensten georganiseerde enquête zal straks, naar we hopen, een verhelderend licht werpen op de wijze waarop de s.p.d.-en hun taak vervullen.

Mogen de irritaties over en weer over flirtations buiten het huwelijksverband van ambulante en klinische gezondheidszorg niet leiden tot het op stapel zetten van een nieuwe boedelscheiding; nu we net van de neurologen gescheiden zijn zouden we de smaak eens te pakken hebben kunnen krijgen, maar nu als neurotisch mechanisme. Het in stand houden van een huwelijk vereist meer inspanning en energie dan een echtscheiding.

SAMENVATTING

De opdracht aan de auteur luidde een schets te geven van de problemen op het grensvlak ambulante en klinische psychiatrie.

Afgezien werd van een inventarisatie van organisatorische problemen, omdat de recente literatuur hiervan reeds vol is.

Als probleemvelden werden aangeduid:

- communicatie-aspecten,
 - harmonisatie en continuïteit van behandeling en revalidatie,
 - de respectievelijke verantwoordelijkheden voor wie, voor wat en aan wie,
 - de invloedssferen waaraan de extra- en de intramurale psychiatrie blootstaan, en de doorwerking daarvan naar het grensvlak.
- Deze onderwerpen werden nader uitgewerkt.

SUMMARY

PROBLEMS EXISTING ON THE VERGE OF AMBULATORY AND CLINICAL PSYCHIATRY: SOCIAL-PSYCHIATRIC ASPECTS

The assignment given to the author was to draw in outline the problems existing on the verge of ambulatory and clinical psychiatry.

In this article is not given a summing up of the various problems in the field of organizing these activities, because of the many articles recently written about this subject.

As the spheres where problems can arise the author indicates:

- the aspects of communication;*
- the harmonization and continuity of treatment and rehabilitation;*
- the various responsibilities to whom, to what and to which;*
- the influences to which the extra- and intramural psychiatry is exposed and the effect these influences have in between.*

A detailed description of the various subjects is given.

LITERATUUR

- | | |
|--|--|
| Buis, C., | Wie en Wat bepalen de toekomst van de psychiatrische inrichtingen, <i>Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie</i> , 14e jaargang, blz 205, 1972. |
| Department of Health and Social security
United Kingdom,
Frets, F. W., | <i>Hospital Services for the mentally ill</i> , blz. 2, 1971. |
| Kuilman, M., | Extra murale activiteiten van psychiatrische inrichtingen en ziekenhuizen in hun betekenis voor de extramuraal werkende psychiater, <i>Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie</i> , 11e jaargang, blz. 133, 1969. |
| Marlet, J. J. C., | Veranderde inzichten in de psychiatrische diagnostiek. <i>Geloof en wetenschap</i> 69, 173 (1971). |
| Romme M. A. J. &
A. S. Frowijn, | Samenwerking tussen klinische en ambulatorische hulpverlening, <i>Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie</i> , 14e jaargang, blz. 409, 1972. |
| | Taak en plaats van de sociaal psychiatrische dienst, <i>Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid</i> , 1971. |

Szaz, Thomas S.,

Ideologie en Waanzin. Wat wil de psychiatrie? Ambo N.V., Bilthoven, 1972.

Zuithoff, D.,

Een terreinverkenning ten behoeve van de sociale psychiatrie, 1963, van Loghum Slaterus, Arnhem.