

De zelfstandig werkende psychiater en de RIAGG

door A. J. Boom*

Nadat jarenlang over een regionale bundeling van poliklinische curatieve en preventieve zorg voor de psychiatrische noden in een bepaald gebied was gesproken op hoog ambtelijk niveau en meestal in even hoge ambtelijke taal en nadat daarna onze lagere ambtelijke colleges en de individuele ambtenaren ambtelijke missieven hadden ontvangen om deze met hun achterban door te spreken, verraste de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne ons in augustus 1974 met zijn Structuurnota Gezondheidszorg. Voor ieder zal in dit stuk wel iets van zijn gading geweest zijn; voor mij was het verfrissende element, dat voor het eerst de vrijgevestigde psychiater als medespeler op het toneel verscheen. Het woord 'vrijgevestigd' zou ik trouwens liever willen amenderen. Het legt het accent op een onwezenlijk aspect van zijn functioneren. Met het woord 'zelfstandig' wil ik aanduiden, dat deze medicus onafhankelijk werkt, niet is opgenomen in een team, verantwoording verschuldigd is in eerste instantie aan de patiënt die zich aan hem heeft toevertrouwd, in tweede instantie aan zijn ethiek en de intercollegiale toetsing daarvan en tenslotte eventueel aan het bestuur dat hem benoemt. Ad hoc kan deze z.w.p. andere verplichtingen aangaan in de vorm van werkafspraken, part-time functies, functies in een team, bestuur of werkgroep. Het al dan niet financieel onafhankelijk zijn van de z.w.p. is op grond van deze gedachtengang niet relevant. Een loondienstverhouding maakt dezelfde wijze van werken mogelijk. Wel zal hij zich moeten houden aan de mogelijkheden en beperkingen die het ziekenfondstarief hem oplegt. Ook in loondienst is hij afhankelijk van een goedkeuring van zijn werkgevers, als hij kostbare, niet gehonoreerde projecten wil opzetten zoals een intensief consultatiesysteem met de huisartsen of als hij door het ziekenfonds niet erkende therapieën zoals groepstherapieën wil toepassen. Hierbij moet trouwens worden aangetekend dat dit soort zaken door de z.w.p. in loondienst en door ambtelijke institutioneel werkende therapeuten alleen incidenteel en experimenteel, als een voorbereiding op een algemene invoering mogen worden

* Zenuwarts te Vlissingen.

uitgevoerd om rechtsongelijkheid van de patiënt te voorkomen. De vreugde over de nota van de staatssecretaris werd echter verstoord door een rondschrijven d.d. 5-12-1974 van de NVAGG. Deze vereniging voor ambulante Geestelijke Gezondheidszorg denkt merkwaardigerwijs alleen in de termen van institutionele Geestelijke Gezondheidszorg en als men zich dan ook nog beperkt tot het ambulante gedeelte blijft wel heel weinig over van een bundeling van het totale veld van de ambulante G.G. Immers: als een betrekkelijk grove en moeilijk te controleren schatting kunnen wij stellen, dat 90 tot 95% van de G.G. problematiek verwerkt wordt door de huisarts en zijn psychiatrisch consultant. Dit percentage kan afgeleid worden uit verschillende publicaties uit huisartsenpraktijken, waaruit blijkt dat 60 tot 85% van de aan hen aangeboden problematiek van psychiatrische of sociale aard is. De verwijzingscijfers naar de z.w.p. en de psychiatrische universiteitsklinieken zijn exact af te lezen uit ziekenfondsstatistieken en als deze gelegd worden naast de jaarverslagen van de verschillende vormen van institutionele hulpverlening in het tweede echelon van de G.G. kunnen wij tot enige getallen komen.

Het blijkt dan ook, dat afhankelijk van de regio de z.w.p. 50 tot 80% van het tweede echelon ambulante aanbod verwerkt. Het is daarom wat bevreemdend, dat het NVAGG zich in een extra bericht aan alle werkers in de G.G. richtend mededeelt, dat het betreffende bericht verspreid wordt via de instellingen.

Het is nu juist de kleine vreugde en mijns inziens ook de stille kracht van de z.w.p., dat hij nog geen instelling is. Hij moet dus maar zien te weten te komen wat de grote NVAGG beschikt en dat blijkt niet zo weinig te zijn. Er wordt nl. de volke kond gedaan, dat losse instellingen met één werksoort in de ambulante G.G. desnoods onder dwang moeten verdwijnen. Verder moet dan overal in het land het RIAGG tot stand komen en daarin zitten dan de vele functies, die nu nog door de 'losse instellingen' worden verzorgd. Ik miste echter de z.w.p., blijkbaar een zo losse figuur, dat de beoogde dwangmaatregelen nog falen. Negeren en uithongeren lijkt het aangewezen beleid. In de structuurnota Gezondheidszorg staat echter op pag. 49: 'De vrijgevestigde psychiaters nemen deel aan de ambulante dienstverlening waarbij hun werkzaamheden een zekere overlapping met o.a. de Sociale Psychiatrische Diensten vertonen, naast de complementaire functie die ze vaak ten opzichte van elkaar hebben.

Deze omstandigheden maken het doelmatig hen in de RIAGG's te integreren. Tevens pleit hiervoor dat zij evenals andere specialisten voor consultatie kunnen worden ingeschakeld, hetgeen ook een functie van de RIAGG's zal zijn. Ook voor de hieronder te noemen tweede doelstelling van de RIAGG's is een integratie met genoemde beroepsgroep onmisbaar'.

De staatssecretaris noemt als eerste doelstelling van de RIAGG's het toepassen van nieuwe werkwijzen, het benaderen van groepen en sociale systemen, het geven van voorlichting en van consultatie en het inschakelen van niet professionele medewerkers.

Als tweede doelstelling wordt gewezen op het belang, dat in een niet te groot gebied een bepaalde instelling de verantwoordelijkheid op zich neemt voor de gehele ambulante Geestelijke Gezondheidszorg.

Ik wil dan ook graag een lans breken voor het RIAGG en voor de rol van de z.w.p. in dit instituut. De conceptie die ik mij voorstel is echter wel een heel andere dan die van de NVAGG. Vanuit het gezichtspunt van de z.w.p. zal ik achtereenvolgens behandelen de organisatiestructuur van een RIAGG, de attitude van de z.w.p. die coöpereert in een RIAGG en de rol van de z.w.p. in een dergelijk werkverband.

De structuur van een RIAGG, toegepast op een niet-grootstedelijke regio

Definitie: Een RIAGG is een vrijwillig werkverband tussen verschillende werkvormen uit het tweede echelon van de Geestelijke Gezondheidszorg met een duidelijk adres en een nader te bepalen bestuurlijke begeleiding.

(1) *Vrijwillig* — De verschillende bestaande instituten, organisaties en personen, die door een massaal subsidiebeleid een enorme wildgroei hebben vertoond, en zowel voor de verwijzer als voor de client een doolhof zijn geworden, dienen een zó aantrekkelijke propositie te vinden in het RIAGG, dat zij tot enthousiaste medewerking zullen komen. Deze aantrekkingskracht moet niet komen uit een nog grotere geldstroom. Als na jaren efficiënt en harmonisch functioneren blijkt, dat sommigen zich afzijdig houden en als kan worden aangetoond, dat hun werk minder oplevert voor de client in verhouding tot de kosten die de samenleving eraan spendeert, kan de tijd komen dat geen gemeenschapsgelden meer voor deze restgroepen worden uitgetrokken.

(2) *Werkverband* — De vrijwillige samenwerking houdt reeds in, dat in eerste instantie iedere werksoort zelfstandig blijft, zelfs dat een bepaalde werksoort zich via meerdere organisaties in het RIAGG kan manifesteren. Op den duur zullen in de regio allerlei activiteiten gezamenlijk gebeuren. Of dit ertoe zal leiden, dat een in meerdere regio's werkende apparaat zich zal opheffen of verenigen met anderen is de vraag. B.v. een provinciaal C.B.A.D. heeft er belang bij dat het enerzijds zijn werkers in de regio kan onderbrengen in een multidisciplinaire werkgemeenschap, maar anderzijds is het voor het in stand houden van een optimale specialisatie nodig dat er een centraal apparaat blijft. Bovendien heeft het reclasseringsaspect van een C.B.A.D. teveel belang bij een relatie met justitie, hetgeen vanuit de regio's makkelijk zou kunnen gaan ontbreken.

(3) *Werksoorten* — Een vrijwillig werkverband garandeert een gezonde rivaliteit, maakt een kritische evaluatie van bepaalde activiteiten mogelijk en vermindert de kans op ongelimiteerd tijd en geld verspillen. Uiteraard zullen allerlei afspraken gemaakt worden. Het is b.v. voor de psychiater uitermate belangrijk, dat zijn

sprekuren samenvallen met de zittingstijden van een maatschappelijk werker en een psycholoog. Er zou een rooster gemaakt kunnen worden, waardoor iedere werksoort tenminste eenmaal per week gelijktijdig aanwezig is met iedere andere discipline. Aangezien in een niet dicht bevolkt gebied een regio soms niet meer dan 50.000 inwoners zal tellen, kan niet worden verwacht, dat iedere instelling zijn volledige staf inzet. Een L.G.V. vaardigt wellicht alleen een maatschappelijk werker voor de intake af en een therapeutisch getraind V.O.-er. Het psychologisch onderzoek gebeurt hetzij door de regionale psycholoog of als op dit punt specialisatie gewenst wordt door de centrale psycholoog van het bureau, waardoor de client dan een paar keer moet reizen. Als een RIAGG eenmaal goed functioneert kan het blijken, dat de inbreng van de verschillende werksoorten op een bepaald gebied tekort schiet omdat ieder voor zich te weinig empoloi heeft voor een verdere differentiatie. De structuur van het RIAGG moet dan zodanig zijn, dat het kan dienen als kapstok voor de aanstelling van b.v. een groepswerker of een andere specialist, die voor meerdere deelnemers in de RIAGG een aanvulling betekent.

(4) *2e Echelon* — Terecht zoeken we al lang naar een betere taakverdeling in de Gezondheidszorg. Onze enorme welvaart maakt het zo gemakkelijk om met kanonnen op kleine ongemakken te schieten of wel zwaarwichtige teams los te laten op een klein bedplassertje en zijn ouders, dat het zeer bevrijdend zou werken als er een goed toegankelijk, duidelijk herkenbaar 1e echelon groeit en als er een forse drempel naar het 2e echelon komt. Voor de z.w.p. is dit duidelijk. De huisarts is de enige verwijzer en juist in ons vak wordt hij steeds competenter om het basiswerk zelf te doen en specialistische problemen snel en scherp te herkennen. Het moet dus definitief zijn afgelopen dat cliënten uit zichzelf kunnen binnenlopen bij M.O.B., L.G.V., C.B.A.D., e.d. Niet alleen dat ze vaak verkeerd terecht komen, ze lopen ook het risico van een mutilerend onderzoek en behandeling, zoals ook in de geneeskunde gemakkelijk kan gebeuren als de patiënt zich op eigen houtje bij een subspecialist kan aanmelden. Ook moeten pastores, onderwijzend personeel, werkgevers e.d. uitgeschakeld worden als verwijzer. De pastor werkt samen met de algemeen maatschappelijk werker en de huisarts, de docent met de school-psychologische dienst, de werkgever met zijn bedrijfsarts of maatschappelijk werker en vanuit deze 1e echelon functionarissen kan dan indien dit werkelijk nodig is een verwijzing naar het RIAGG plaatsvinden. Van deze verwijzers kan men ook enige deskundigheid t.a.v. de verschillende mogelijkheden in het RIAGG verwachten, zodat dit instituut geen centrale intake hoeft te hebben. Zo nodig kan men de drempel verder verhogen door een financiële bijdrage naar draagkracht in te bouwen, hetgeen in de komende volksverzekering voor ziektekosten een goede plaats zou kunnen krijgen.

(5) *Geestelijke gezondheidszorg* — Terecht is 'geestelijk' hier een

bijvoeglijk naamwoord en het zelfstandig naamwoord is nog steeds de algemene zorg voor de gezondheid, zowel preventief als curatief. Het realiseren van RIAGG's kan leiden tot een verder gaande verwijdering van de andere takken van de volksgezondheidszorg, het kan ook een hereniging inluiden. Ik pleit voot het laatste.

(6) *Het adres* — Iedere potentiële verwijzer heeft nu allerlei aantekeningen en aankondigingen, die regelmatig veranderen van de adressen en toegangstijden van alle mogelijke hulp-, zorg- en adviesbureaus. Een RIAGG maakt hier één adres en één spreekuurlijstje van. Ik zou graag nog wat verder gaan. Het enige adres, dat iedereen kent naast dat van zijn huisarts, is het regionale ziekenhuis. Het is voor de Geestelijke Gezondheidszorg geen schande om daartegen aan te leunen. Het zou voor iedere client of patiënt een stuk gemakkelijker worden als hij weet dat naast zijn ziekenhuis ook zijn centrum voor hulp in het kader van de Geestelijke Gezondheidszorg problemen te vinden is. De betreffende gebouwen kunnen door het ziekenhuis worden geëxploiteerd en verhuurd, ze kunnen ook door de RIAGG zelf worden gefinancierd. Wenselijk is echter, dat er naast een geografische verbondenheid ook enigerlei functionele relatie bestaat.

(7) *Bestuurlijke begeleiding* — Wie de eindeloze kleinzieligheden en de volkomen verwarring van redelijke prioriteiten kent uit de talloze door niet deskundigen geleide besturen van de meeste van onze instellingen op het gebied van de G.G. zal nooit kiezen voor deze vorm. Mogelijk blijft een beraad van directeuren van de samenwerkende instellingen of een sectie uit het provinciaal of gemeentelijk bestuursapparaat van de betreffende regio. De taak van deze raad of dit bestuur is vrij gering en te vergelijken met die van de directie van een ziekenhuis. Zij biedt aan de diverse specialistische sectoren op het gebied van de G.G. een gebouw aan, waar optimale mogelijkheden zijn om tot een goede behandeling van de hulpvragers te komen. In principe verhuurt zij de localiteiten tegen kostprijs, maar enige extra subsidie, speciaal voor onkostenposten als een 24 uur telefoondienst, administratieve verfijningen, stafbesprekingen etc. zou wel gewenst zijn. Iedere functionaris wordt geacht te worden betaald door de afvaardigende instelling, de z.w.p. door zijn ziekenhuis of via het ziekenfondstarief. Voor de extra tijd die in de hoogstens wekelijkse stafvergaderingen moet worden gestoken dient echter een uur-honorarium uit een zo karig mogelijke subsidiepot te komen. Ook de functionaris in een kapstokfunctie moet uit speciale projectsubsidieposten via het bestuurlijk apparaat worden betaald.

De attitude van de z.w.p. die deelneemt aan het RIAGG in zijn praktijkgebied

Het arts zijn van de psychiater is in het laatste decennium erg in opspraak geweest. Merkwaardig echter is, dat in deze dis-

cussie de psychiater zelf niet zoveel van zich heeft laten horen op een groepje kritische collegae na. Toch functioneert de grote meerderheid van de psychiaters nog rustig in hun medisch kader en vindt een nog groter percentage patiënten bij hen genezing of hulpverlening. Blijkbaar denken deze artsen dat de storm wel weer voorbij zal gaan en stellen zij zich, zoals het establishment figuren betaamt, op als de zwijgende meerderheid. Toch zouden hun patiënten langzamerhand de dupe kunnen worden. De stromen geld die ten goede komen aan de zorg voor de minderheid van de psychiatrische patiënten, die in institutionele kaders worden opgevangen, zijn langzamerhand zoveel malen groter geworden dan de middelen beschikbaar voor de meerderheid van de patiënten die door de z.w.p. worden opgevangen, dat we ons af moeten vragen of de z.w.p. zijn patiënten wel optimaal kan blijven helpen in de nabije toekomst. Uiteraard geldt dat ook voor de intramurale zorg, maar wij beperken ons thans tot de ambulante zorg.

Een eerste voorwaarde die aan een z.w.p. gesteld moet worden als hij wil gaan meedoen aan een RIAGG is, dat hij om zijn patiënten mee te laten delen in alle beschikbare mogelijkheden bereid moet zijn om zich los te maken van de autonomie en de autarkie van zijn eigen kader, zelfs al zou hij van mening zijn dat binnen dit kader de meeste garanties voor de beste behandeling bestaan. Hij krijgt nl. momenteel niet de middelen die voor deze behandeling nodig zijn en het ziet er niet naar uit dat dit binnen afzienbare tijd zal veranderen.

Een ander aspect die de attitude van de z.w.p. bepaalt is zijn specialisatie, meestal gebaseerd op karakterologische gegevens. Een typisch klinisch psychiater zal evenmin als de doorsnee internist erg geïnteresseerd zijn in sociologische concepties en maatschappelijk werk technieken. Hij kent zijn biologische psychiatrie, de werkingsmechanismen van zijn psychofarmaca; hij heeft een goed oog voor neuro-psychiatrische aspecten in de ziektebeelden en hij bouwt een hechte samenwerking op met andere medische specialisten. Soms houdt hij gedeelten van de neurologie vast zoals de epilepsiebehandeling, hoofdpijnproblemen, lage rugpijn, e.d.; hij interesseert zich voor endocrinologie en geriatrie en hij is een gewaardeerd consulent op de diverse afdelingen in het algemeen ziekenhuis. Het merendeel van de hem aangeboden patiënten kan hij snel via zijn polikliniek of via korte opnamen op de onder zijn leiding staande PAAZ genezen. Bij enkele patiënten faalt hij echter en zijn PAAZ is niet altijd de meest gezellige en actieve afdeling van het ziekenhuis zoals het eigenlijk hoort.

Het is duidelijk dat de hier beschreven psychiater, uiteraard als een prototype getekend, zich in de praktijk wel meer of minder zal hebben aangepast aan locale noden. Toch zal hij nooit helemaal de figuur worden die optimaal toegerust is om buiten zijn medisch kader te stappen en samen te gaan functioneren met andere disciplines. Ik noem zijn tegenvoeter maar een 'sociolo-

gisch' psychiater, goed te onderscheiden van de sociaal psychiater: deze vertegenwoordigt als het goed is een apart vak. De sociologisch psychiater is een z.w.p., werkend vanuit zijn medische opleiding, maar door zijn belangstelling voor de grenzen van zijn vak verlangend naar communicatie met werkers uit het gebied van de mens- en maatschappijwetenschappen. Hij heeft deze belangstelling niet alleen door zijn wetenschappelijke honger, maar veel meer omdat hij zich gegrepen voelt door de psychiatrische patiënt met ziekten, afwijkingen en problemen, die hij met de medisch-biologische technieken niet kan genezen. Meestal is hij geen 100% psychotherapeut, hoewel hij enkele psychotherapeutische technieken beheerst. Hij is geïnteresseerd in de visie van anderen, hij kan goed samenwerken, taakverdelen, prioriteiten stellen, zonder iets af te doen van zijn opdracht om zelfstandig en zo nodig alleen te beslissen en te handelen. Hij is bereid zowel om aanvulling te vragen als om aanvulling te bieden. De ideale minimale bezetting van een psychiatrisch centrum rond een streekziekenhuis voor 100.000 inwoners is 1 neuroloog, 1 psycholoog, 1 klinisch psychiater en 1 sociologisch psychiater. Hierbij past een ziekenhuis van 500 bedden met een PAAZ van 50 bedden en een psychiatrische dagverplegingsafdeling voor 30 tot 50 patiënten. Een dergelijke regio heeft bij efficiënt gebruik van zijn PAAZ niet meer dan 50 plaatsen nodig in een psychiatrische inrichting. De klinisch psychiater heeft in het ziekenhuis een polikliniek met 1000 verwijzingen per jaar en dat kost hem de helft van zijn tijd. Ongeveer 30 bedden van de PAAZ worden door zijn patiënten gebruikt. Verder verzorgt hij de consulten op de andere afdelingen van het ziekenhuis. De sociologisch psychiater behandelt ongeveer 20 patiënten die opgenomen zijn op de PAAZ en verder samen met de psycholoog en andere therapeuten verzorgt hij de patiënten van de dagbehandelingsafdeling. Tenslotte is hij de aangewezen man om te participeren in de RIAGG. Hij heeft hiervoor ongeveer de helft van zijn tijd over, zeg 1000 uur per jaar praktisch werk met de patiënten + 500 uur studie, congres en teamgesprekken.

De taak van de z.w.p in het RIAGG

Eindelijk kunnen we proberen de juiste man in de aangewezen rol te plaatsen. We gaan weer uit van een regio van 100.000 inwoners waar één van de z.w.p.'s zich opwerpt als 'sociologisch geïntereerd psychiater' en zich voor 4 uur per dag beschikbaar stelt voor poliklinisch werk met naar hem verwezen patiënten in het kader van een RIAGG. Voor kleinere regio's wordt het aantal uren in verhouding verminderd, bij grotere vee meerderd.

Terwijl de klinisch psychiater spreekuur houdt in het ziekenhuis gelijktijdig met collegae uit andere medische specialismen gaat de sociologisch psychiater spreekuur houden in het gebouw van het RIAGG gelijktijdig met andere vormen van gespecialiseerd werk in de Geestelijke Gezondheidszorg. In principe houdt hij

iedere werkdag spreekuur. Zo mogelijk zal minstens eenmaal per week zijn spreekuur gelijktijdig plaatsvinden met alle andere dienstverlenende activiteiten in het betreffende RIAGG. Zodoende kan steeds voor een bepaalde patiënt een afspraak gemaakt worden op een dag dat een bepaalde werkvorm die als consulent moet optreden gelijktijdig aanwezig is.

De z.w.p. kan in het RIAGG-verband collegae ontmoeten. In een grote RIAGG kunnen er meerdere z.w.p.'s medewerking verlenen. In het algemeen dient iedere z.w.p. spreekuur te kunnen houden in het RIAGG-gebouw, maar meestal zal van ieder psychiatrisch centrum rond een middelgroot ziekenhuis slechts 1 z.w.p. afgevaardigd worden. Verder mag verwacht worden dat de sociaal psychiater zitting houdt in iedere RIAGG. Ook de andere instellingen zullen hun psychiatrisch medewerker of consulent in het RIAGG laten meewerken. Waar het de specialisatie niet schaadt zal echter de z.w.p. als consulent voor een aantal diensten kunnen functioneren, b.v. voor reclasseringsinstellingen, C.B.A.D. en soms voor L.G.V. of M.O.B. Meestal zal de z.w.p. een taak in het I.M.P. claimen.

De z.w.p. heeft een vrij kleine, gezellig ingerichte spreekkamer nodig. Voor het lichamelijk onderzoek kan beter een afspraak in een ziekenhuisruimte worden gemaakt. Wel moet de kamer goed geluiddicht zijn, er moeten drie personen in ontvangen kunnen worden. Voor groepstherapie en grote familiebesprekingen dienen voor algemeen gebruik andere ruimten in het gebouw beschikbaar te zijn. Nuttig is als de kamer van de z.w.p. direct grenst aan een kamer voor de secretaresse plus lopend archief en een ontvangkamer voor de maatschappelijk werker waarmee de z.w.p. op die dag samenwerkt.

De beperkingen van de mogelijkheden van de z.w.p. worden voornamelijk gevonden in de grenzen van het ziekenfondspakket en zijn dus:

1 — Voor iedere behandeling, consult, bezoek aan huis of consultatie is een verwijzing, resp. toestemming van de huisarts nodig. Iets dergelijks hoort mijns inziens ook voor de andere 2e echelon voorzieningen ingesteld te worden.

2 — De gemiddelde tijd die de z.w.p. per patiënt per maand ter beschikking krijgt is 10 minuten; per jaar drie kwartier. In deze tijd moeten ook de eventuele contacten met familieleden, maatschappelijk werker en andere relaties plaatsvinden. Administratie, en rapportage aan de huisarts moet echter in andere tijd gebeuren. Uiteraard zijn deze verstrekkingen gering, zo niet ontoereikend. Het zal echter lang duren voordat alle patiënten in de Geestelijke Gezondheidszorg gelijke rechten krijgen. Het in één hand komen van de financiering kan dit natuurlijk wel bevorderen, maar ik zie nog niet dat de voorzieningen voor patiënten van de z.w.p. worden vertienvoudigd of dat de institutionele psychiatrie zijn machinerie tot een tiende zou moeten terugschroeven met dezelfde productie. En pas dan zou er sprake zijn van voorzieningen, resp. beloningen van gelijke orde in de verschillende

sectoren van de ambulante G.G.

3 — De z.w.p. kan voor geselecteerde patiënten bij het ziekenfonds een verzoek indienen voor een psychotherapeutische behandeling van max. 45 zittingen 1 of 2 maal per week. Ook hier weer een opvallende rechtsongelijkheid t.a.v. patiënten die zich tot een I.M.P. wenden. Het lijkt vanzelfsprekend dat de beoordeling en evaluatie van de psychotherapie straks voor alle patiënten via 1 deskundig lichaam loopt en dat de verschillende erkende psychotherapeuten in welk verband ze ook werken alleen beoordeeld worden naar hun objectieve kwalificatie.

Na de tekening van wensen en beperkingen kan de functie van de z.w.p. in het RIAGG worden geanalyseerd. Hoewel hij als eenling op het toneel verschijnt is het duidelijk, dat zijn komst in een RIAGG betekent, dat hij interactie en communicatie zoekt met andere werkers en dat hij voor zijn patiënten een solistische behandeling niet optimaal vindt. Het feit dat hij voor zijn patiënten medebehandeling door een psycholoog, een groepstherapeut, een sociaal psychiatrisch werker of een sociaal psychiater ambieert, dat hij bereid is tot consultatie, tot stafoverleg en coördinatie van activiteiten betekent niet dat hij een man is om opgenomen te worden in een team. Het is mijn indruk, dat door de ontwikkeling in de praktijk het begrip team voor een z.w.p. een negatief geladen, bijna pornografisch woord is geworden. Om dit te illustreren een klein voorval: Onlangs vertelde een oudere maatschappelijk werker mij met een duidelijke trots in zijn stem dat hij nu al twee dagen per week volledig gevuld had met teambesprekingen. Als men daarbij voegt de normale administratieve en organisatorische verplichtingen, de telefoontjes, de vergaderingen en de koffieuurtjes, wordt het onwaarschijnlijk dat hij meer dan 8 uur per week met zijn cliënten bezig is.

In de ogen van een z.w.p. gaat er iets mis als men minder dan 50% van zijn tijd of zo men wil van de tijd waarvoor men betaald wordt bezig is met de patiënt. Daarbij kan dan 25% stafcontact en 25% organisatie en rapportage komen. Studie en vergaderingen horen in de vrije tijd plaats te vinden. De uitwassen van de teamdwang hebben geleid tot een chronische sensitivity training met hier en daar morbide gevolgen. Het enorme tijdsverlies kan moeilijk meer als in het belang van de cliënt worden gewaardeerd. Bovendien blijft het voor mij een moeilijk aanvaardbare zaak, dat het uitbenen van een cliënt buiten zijn aanwezigheid plaats vindt. Al zou het beroepsgeheim door ieder teamlid naar buiten worden gehandhaafd, dan nog is er sprake van een indiscretie die heel wat ingrijpender is dan de toch vaak aangetochten demonstratie van een patiënt in een collegezaal.

We zullen de rol van de z.w.p. in een RIAGG bezien in drie onderscheiden functies:

- 1 zijn relatie met de patiënt,
- 2 zijn rol in de verhouding met de andere werkers,
- 3 zijn taak bij de organisatie.

Ad 1. *De relatie van de z.w.p. ten opzichte van de patiënt* — De z.w.p. onderzoekt de door de huisarts naar hem verwezen patiënt. Hij stelt, vaak in samenwerking met een andere medewerker van het RIAGG een behandelingsplan op en rapporteert hierover naar het 1e echelon. Als het behandelingsplan een verwijzing inhoudt is hiermee zijn taak afgelopen. Wordt een opname geadviseerd, dan zal dat meestal in eerste instantie gebeuren in het psychiatrisch centrum ter plaatse, dus op de PAAZ waar de z.w.p. zelf de behandeling uitvoert. Verder kan de patiënt door de z.w.p. al dan niet samen met andere RIAGG-werkers worden behandeld. Te weinig wordt gedacht aan de laatste mogelijkheid: Terugverwijzing naar het 1e echelon met een helder behandelingsadvies en mogelijk een sporadische poliklinische begeleiding of consultatie.

In zijn poliklinische behandeling of begeleiding van de patiënt kan de z.w.p. talloze medische, psychiatrische, psychotherapeutische en gewoon menselijke hulpvormen bieden, die wellicht net zo goed door andere medewerkers kunnen worden verricht. Ik wil echter alleen ingaan op de taken waarvoor hij de meest aangewezen persoon is:

(a) *De selectie*. Als goedkoopste, snelst werkende en minst gespecialiseerde medewerker is de z.w.p. de meest geschikte persoon voor de screening en de selectie van de via een arts verwezen patiënt. Om inspraak op zijn beleid mogelijk te maken, om eenzijdigheid en verstarde routine te voorkomen en om directe maatschappelijk werk inbreng te garanderen moet het worden aanbevolen, dat bij iedere nieuwe patiënt de sociaal psychiatrisch werker wordt ingeschakeld. Indien bij het behandelingsplan geen overeenstemming zou worden bereikt, kan worden afgesproken dat het betreffende probleem in een wekelijkse stafbespreking wordt gebracht. Indien bij een werker uit het 1e echelon enige twijfel bestaat door welk facet van het RIAGG een patiënt of cliënt het best geholpen kan worden, dan moet de hulpzoekende het eerst naar de z.w.p. worden verwezen. Daarmee zou de traditie 'eenmaal in ambtelijke handen altijd in ambtelijke handen' worden doorbroken. Terwijl de z.w.p. frequent verwijst naar diverse instellingen, komt het omgekeerde vrijwel niet voor: 'Het gesloten circuit van de institutionele psychiatrie.' Het is aan de ziekenfondsen om vast te stellen of een verwijzing naar de z.w.p. altijd door de huisarts moet worden gesanctioneerd.

(b) *De medicatie*. Hoewel mogelijk wat kritischer t.a.v. de mogelijkheden van de psychofarmacologische therapie dan de klinisch psychiater kan ook de sociologisch psychiater een specialist op het gebied van de psychotrope medicatie worden genoemd. Indien een RIAGG pretendeert op specialistisch niveau te behandelen zou men dit aspect van de therapie aan de z.w.p. moeten overlaten. Noch de sociaal psychiater, noch de medisch psychotherapeut hebben in dit opzicht meer ervaring dan de huisarts of ze moeten het nog hebben behouden uit een periode dat zij zelf als z.w.p. werkten.

(c) *Gezin- en familietherapie.* Vooral in middelgrote centra kent een z.w.p. na zo'n 10 jaar bijna alle families en lokale situaties waarin psychiatrische problemen voorkomen in zijn regio. Zodra huisarts en maatschappelijk werker in een situatie geen hulp meer kunnen bieden of een specialistisch advies willen, is de z.w.p. daarvoor de meest aangewezen persoon. Als gespecialiseerde technieken nodig blijken kan natuurlijk altijd een doorverwijzing naar I.M.P., L.G.V. of groepswerker plaatsvinden.

Ad 2. De rol van de z.w.p. tussen de andere medewerkers van het RIAGG — De relatiepatronen van de z.w.p. zijn gecompliceerd en vaak verwarrend en vermoeiend. Van oudsher heeft hij zijn hechte samenwerking met huisarts en specialistische staf van het ziekenhuis, in het bijzonder met neuroloog en klinisch psychiater. Later voegde zich daar de algemeen maatschappelijk werker bij, de sociaal psychiatrische dienst en de inrichtingspsychiaters. In het kader van het RIAGG komen echter nog andere, zeer intensieve werkrelaties naar voren. In de praktijk zullen veel lokaal en persoonlijk bepaalde situaties ontstaan. Voor de volgende aspecten moet echter steeds een goedsluitende afspraak komen:

(a) *De sociaal psychiatrisch werker en de z.w.p.* Om zijn patiënten werkelijk beter te kunnen helpen dan zonder RIAGG zal bij een verwijzingsaantal van 1000 patiënten per jaar een volledig sociaal psychiatrisch werker nodig zijn. Het beste is als deze medewerker onafhankelijk is van de z.w.p. en dus b.v. hiërarchisch is ingepast in de sociaal psychiatrische dienst.

De centrale aanvullingen die de sociaal psychiatrisch werker biedt zijn bij de selectie en het opstellen van het behandelingsplan, bij de voorbereiding voor een ontslag na een opname op de PAAZ en bij patiënten waar een analyse van de sociale relaties nodig is.

(b) *De psycholoog en de z.w.p.* Tot nu toe mist de patiënt van een z.w.p. de inbreng van een psycholoog bij de poliklinische behandeling. Vaak zal een advies, soms de gegevens van een test, soms de medebehandeling door een psycholoog essentieel zijn voor een optimale behandeling. Een voorwaarde zal zijn, dat afspraken zodanig gemaakt worden dat de z.w.p. in het RIAGG een psycholoog kan consulteren zonder dat hij zijn patiënt hierdoor in de muil van het voltallige team stort.

(c) *De z.w.p. als consulent voor iedere andere medewerker van het RIAGG.* De z.w.p. zal zich met enthousiasme moeten openstellen voor iedere vraag van andere medewerkers. In principe moet de betreffende cliënt hierbij aanwezig zijn. Men zal moeten aanvaarden dat na het onderzoek voor de uitwisseling van overwegingen niet meer dan 5 minuten mogen worden gebruikt.

(d) *De z.w.p. in de staf van de RIAGG.* Het heeft zin als alle medewerkers elkaar eenmaal per week ontmoeten. Voor een z.w.p. die dagelijks 3 uur spreekuur houdt en hierna nog 1 uur bezig is met de rapportage en administratie van zijn werk zal de

maximale tijd voor stafbesprekingen op 2 uur per week moeten worden gesteld. Daarbij heeft hij dan nog 2 uur per week tijd voor overleg met diverse individuele stafleden. Indien deze tijd wordt overschreden wordt de tijd voor de klinische patiënten te kort. Voor deze 'stafuren' zullen trouwens andere financieringsbronnen dan het ziekenfonds gezocht moeten worden.

(e) *De z.w.p. als consulent voor andere instellingen.* Afhankelijk van de lokale situatie en van ervaring en bekwaamheid van de z.w.p. kan het efficiënt zijn om hem uit te nodigen als vaste medewerker voor een bepaalde regio in het kader van het M.O.B., C.B.A.D. of L.G.V. Het specialistisch niveau mag hierdoor natuurlijk niet verminderen.

(f) *De z.w.p. als medewerker van het I.M.P.* Naast psychotherapieën voor zijn eigen patiënten zullen veel z.w.p.'s ambiëren om ingeschakeld te worden naar hun kwaliteiten bij psychotherapieën van het I.M.P.

Ad 3. *De organisatorische taak van de z.w.p.* — Slechts weinig z.w.p.'s zullen de talenten hebben om een belangrijke rol te vervullen bij de organisatie van het RIAGG. Wel zullen velen een bijdrage naar buiten kunnen leveren. Ik denk aan voorlichtings-taken, aan het leiden van gespreksgroepen, stimuleren van researchprogramma's, vertegenwoordigingen in besturen etc. In de huidige situatie kan de z.w.p. alleen in wetenschappelijke bladen zijn visie weergeven. De medische ethiek verbiedt hem zich in de lokale pers op de voorgrond te plaatsen. Deze regel op zichzelf is zeker juist, maar de maatschappelijke zijde van het vak maakt het voor de z.w.p. soms moeilijk om te zwijgen. Dit wordt een tantaluskwelling als de institutionele psychiatrie zich wekelijks uitbundig in de pers stort via interviews, jaarverslagen, openbare vergaderingen, persconferenties e.d. Niet alleen wordt hierdoor de indruk gewekt, dat deze ambtelijke activiteiten het leeuwendeel van de psychiatrische noden van een regio bestrijden, ook kunnen de meest omstrede zaken als wetenschappelijke waarheden worden geponeerd, zonder dat van repliek kan worden gediend. Dit zou het vertrouwen in de medische stand zozeer schaden, dat men beter achter de schermen kan proberen het kwaad te bestrijden. De integratie van de z.w.p. in het RIAGG maakt hem in de toekomst ook ten aanzien van de publiciteitsmedia mondig. Om hiervan nog een voorbeeld te geven: Rond de psychiatrische centra in de kleinere en middelgrote provinciesteden zouden de z.w.p.'s voor de gemeentelijke instanties de meest geschikte adviseurs zijn t.a.v. vragen op het gebied van de Geestelijke Gezondheidszorg. Natuurlijk blijft de provinciale overheid aangewezen op ambtelijke instanties met provinciaal werkende organen.

Ik wil dit overzicht niet beëindigen zonder erop te wijzen, dat de frustraties van de z.w.p., die uiteraard duidelijk uit het voorafgaande spreken, niet alleen door de oprichting van een RIAGG

zullen verdwijnen. Voor tekortkomingen in het werk ontstaan nl. door het veel te geringe aantal z.w.p.'s, gedeeltelijk door het enorme aanbod van werk, gedeeltelijk door de aantrekkingskracht van de rustige veiligheid van een ambtelijke baan op zowel oudere als jongere collegae. Toch ben ik overtuigd, dat het RIAGG de zorg voor de zich aan ons toevertrouwende patiënten aanzienlijk kan verbeteren. Ik hoop daarom dat uit de kring van de z.w.p.'s actieve medewerking zal komen bij het opbouwen van een netwerk van RIAGG's en dat men ons bij deze opbouw een eerlijke kans zal geven.

Samenvatting

In de structuurnota Gezondheidszorg van augustus 1974 werd o.a. het idee van het Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) verder uitgewerkt. Naast diverse institutionele vormen van Geestelijke Gezondheidszorg (G.G.) kreeg nu ook de zelfstandig werkende psychiater (z.w.p.) een plaats in dit instituut. Dit artikel wil een bijdrage leveren bij de discussie rond de conceptie van het RIAGG. Actieve medewerking bij de voorbereiding en realisatie door de z.w.p. wordt aanbevolen.

Het RIAGG wordt gedefinieerd als een vrijwillig werkverband tussen verschillende werkvormen uit het 2e echelon van de G.G. met een duidelijk adres en een nader te bepalen bestuurlijke begeleiding. De z.w.p. die medewerking verleent aan een RIAGG onderscheidt zich van de meer biologisch georiënteerde klinische psychiater: Hij aanvaardt zijn medische discipline als basis voor zijn handelen en hij blijft in zijn medisch functioneren zelfstandig, maar hij is speciaal gemotiveerd tot het helpen van patiënten die hij niet alleen kan behandelen. Hierdoor wordt zijn natuurlijke voorkeur voor een samenwerken met andere artsen veranderd in het zoeken naar gecoördineerde arbeid met werkers uit andere disciplines.

De mogelijkheden van de z.w.p. om zijn patiënten in het kader van een RIAGG te behandelen worden beperkt door de grenzen van het ziekenfondspakket. Het is gewenst dat de rechten van patiënten die hulp van werkers uit het 2e echelon van de G.G. nodig hebben meer gelijk getrokken worden. De z.w.p. in een RIAGG zal geen lid van een team worden maar verschillende samenwerkingsrelaties zoeken afhankelijk van de vraag die de individuele patiënt hem stelt. De z.w.p. moet als de aangewezen persoon worden beschouwd om voor de via medische kanalen verwezen patiënten het behandelingsplan op te stellen, samen met de sociaal psychiatrisch werker. Verder is hij gespecialiseerd in de farmacotherapie en de gezinsbehandelingen. In het RIAGG zal de z.w.p. werkafspraken maken met alle andere stafleden, maar voor zijn patiënten zoekt hij speciaal de sociaal psychiatrisch werker en de psycholoog. Verder is hij bereid om als consulent te functioneren voor iedere andere werker en voor instellingen die

geen eigen psychiatrisch consulent inbrengen. In het organisatorische vlak kan de z.w.p. voor enkele sectoren het RIAGG naar buiten vertegenwoordigen.