

De rol van de psychiater in de extramurale geestelijke gezondheidszorg

door R. Giel, G.H.M.M. ten Horn, L.M. Ram en S. Sytema

Samenvatting

Een cohort van 335 extramurale patiënten werd gedurende een half jaar met ons psychiatrische register vervolgd teneinde uit te vinden of we konden voorspellen wie vooral met een psychiater in contact kwam. Bij de APZ-polikliniek was dit eigenlijk iedere aangemelde patiënt. Bij zowel de APZ-polikliniek als de RIAGG waren rechtstreeks multidisciplinaire contacten van deze volwassen patiënten zeer zeldzaam. Bij de RIAGG zijn het vooral degenen die vroeger al eens met een andere discipline in contact waren, ongehuwden of niet meer gehuwden, en mensen met een psychose, een verslaving, of een andere diagnose dan een neurose of een persoonlijkheidsstoornis die niet direct bij de psychiater terechtkwamen. Aangezien de RIAGG-praktijk sterk aan verandering onderhevig is en tussen de ene en de andere RIAGG verschilt, is onderzoek van een groter en een prospectief cohort aan te bevelen.

Inleiding

In 1987 promoveerden Schwarz en v.d. Boom op de resultaten van een onderzoek naar psychiater en RIAGG. Zij baseerden zich op de opinies van de verschillende acteurs in en rond de RIAGG over de rol van de psychiater, en niet op de geregistreeerde werkelijkheid van alledag. De lezer van deze omvangrijke proefschriften blijft achter met een gevoel van verwarring over die rol. De psychiater weet het blijkens dit opinieonderzoek zelf evenmin. Deze crisis in het rolbesef van de psychiater vindt thans, halverwege 1988, nieuw voedsel in de plannen van de staatssecretaris om de hele sector psychiatrie onder de AWBZ te laten vallen, om daarna deze sector te laten opgaan in een als zodanig kennelijk niet-medische sector geestelijke gezondheidszorg. De Vereniging Nederlandse Psychiaters ziet dit als een verlies van de professionele autonomie, het op dan wel ten onder gaan in een niet-medische organisatiestructuur en als een verdere aantasting van het reeds lage specialistische inkomen. Deze kwestie van de professionele autonomie is eigenlijk allang aan de orde vanwege de multidisciplinaire aanpak die de GGZ reeds vele jaren in haar vaandel heeft staan (v.d. Grinten 1987; Van Ommen 1988; en Schnabel e.a. 1987).

In feite gaat het om een oude strijd van de psychiater, zoals blijkt uit het recente proefschrift van Van Ommen (1988). Zijn bedrijfssociologische en historische studie laat zien hoe de geneeskundigen in de tweede helft van de vorige eeuw met grote moeite een leidende rol veroverden op de bewakers en regenten die de psychiatrische instituten van ons land tot dan toe bemanden en bestuurden. Gedurende de eerste helft van deze eeuw versterkten de intussen tot psychiater gebombardeerde artsen hun positie nog aanzienlijk, niet alleen als behandelars maar ook als managers van de instituten. De laatste 20 jaar zijn echter allerlei andere disciplines naar voren gekomen, waaronder verpleegkundigen, psychologen, andragogen en verschillende soorten therapeuten, die de arts ten dele, en in sommige instellingen zelfs volledig als behandelaar of als leider hebben vervangen, bij voorbeeld in de RIAGG en het CAD.

Via een andere invalshoek, die van het epidemiologische onderzoek met een psychiatrisch register, dringt zich eveneens de vraag naar de rol van de psychiater op. Vergelijking van onze Nederlandse jaarprevalentie, dat is het aantal mensen per 1000 van de bevolking dat in een jaar ten minste een keer met de GGZ in contact komt, met die in Nottingham en in Verona leert ons dat de onze steeds aanzienlijk hoger ligt (Jones e.a 1988; Sytema e.a. 1988). Dit heeft zeker iets met ons rijkere aanbod van GGZ te maken, maar ook met de rol die de psychiater in zo'n register speelt. In Nottingham telt alleen het contact met een psychiater in de jaarprevalentie mee. Dat wil zeggen dat de inbreng van andere disciplines daar de omvang van de geregistreerde morbiditeit niet beïnvloedt, een in ons land ondenkbare situatie.

In dit artikel willen we aan de orde stellen wat de werkelijke inbreng van de psychiaters in de directe extramurale hulpverlening van de gehele GGZ is, niet alleen bij de RIAGG. Het CAD moeten we echter uitsluiten omdat daarbij in ons registergebied geen psychiaters werkzaam zijn. Van de RIAGG weten we dat de ideologie noch de financiering contact met een (assistent-)psychiater afdwingen bij alle patiënten. Bij diagnostische of andere (bij voorbeeld somatische) problemen zal hij wel rechtstreeks bij het geval betrokken worden. Ook draagt hij de verantwoordelijkheid voor adviezen voor medicatie. De polikliniek van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis die bij dit onderzoek met ons noordelijke register is betrokken, heeft als stelregel dat mede vanwege de opleiding tot psychiater en de financiering van het werk de intake door een psychiater of door een gesuperviseerde assistent-psychiater dient te geschieden, en in de psychiatrische polikliniek van het algemene ziekenhuis speelt traditioneel de psychiater de hoofdrol. Daarom gaan we ervan uit dat de verdeling van de zorg voor patiënten over de psychiaters en de andere disciplines voornamelijk bij de RIAGG plaats zal vinden.

Onze vraag, die we met gegevens uit ons noordelijke register zullen trachten te beantwoorden, luidt dus: 'Wat is de verdeling van de ambu-

lante contacten over de psychiaters en de overige disciplines in de GGZ, en hoe multidisciplinair is deze?' Onze veronderstelling is dat de psychiater misschien wel bij nieuwe patiënten een rol speelt als verdeler, zodat de andere disciplines in dit geval pas na het eerste contact aan bod komen.

Het onderzochte cohort extramurale patiënten uit de registergemeente

Het gaat om alle patiënten van 16 tot 65 jaar die in 1982 ten minste eenmaal contact hadden met de extramurale GGZ minus het CAD, terwijl zij tevoren gedurende minimaal een half jaar vrij waren gebleven van elk soort contact met de GGZ.

Dit betrof 335 patiënten, voor de helft vrouwen. Ze werden gedurende zes maanden na dit eerste contact in 1982 met behulp van het register in hun gang door de GGZ gevolgd. Gedurende dit halve jaar mocht er geen sprake zijn van een opname of van contact met een semimurale instelling, waar per definitie contact volgt met meer disciplines. In dit geval bleef de patiënt buiten het cohort.

Hun leeftijds- en diagnostische verdeling staan in de tabellen 1 en 2.

Tabel 3 laat zien hoe de patiënten over de instellingen verdeeld waren, inclusief de observatieperiode van zes maanden.

Allereerst blijkt het geformuleerde beleid van de APZ- en PAAZ-po-

Tabel 1: Leeftijd van het extramurale cohort

leeftijd	N	%
16-24	71	21
25-34	120	36
35-44	88	26
45-54	35	11
55-65	21	6
	335	100

Tabel 2: Diagnose van het extramurale cohort

diagnose	N	%
schizofrenie	3	1
affect. psychose	3	1
organ. psychose	2	1
andere psychose	10	3
verslaving	12	4
neurose	174	52
pers. stoornis	24	7
andere diagnose	117	32
totaal	335	100

Tabel 3: Extramurale cohort naar instelling van eerste contact en naar discipline waarmee contact bestond gedurende 6 maanden

Instelling	(ass.-) psychiater		andere discipline		combinatie		totaal N (=100%)
	N	%	N	%	N	%	
RIAGG	75	(46)	89	(54)	26	(14)	190
APZ-poli	77	(85)	5	(5)	9	(10)	91
PAAZ-poli	53	(98)	—	—	1	(2)	54
Totaal	205	(61)	94	(28)	36	(11)	335

liklinieken grotendeels ten uitvoer te worden gelegd, want bij de eerste wordt maar 5% uitsluitend door een andere discipline ontvangen en bij de laatste niemand. De vijf APZ-patiënten hadden in de zes maanden van het onderzoek weliswaar alleen maar contact met een andere discipline, maar ze bleken langer dan een half jaar tevoren toch ooit door een psychiater te zijn gezien. Vier van hen hadden al die tijd op hun psychotherapie moeten wachten en de vijfde bleek niet echt tot het cohort te horen vanwege tussentijdse contacten buiten het registergebied. Wat betreft de RIAGG duikt nu meer dan ooit de vraag op bij welke categorie patiënten de kans op contact met een psychiater (46%) het grootst is.

Verder wekt het verbazing dat de combinatie van contacten met de psychiatrische en de overige disciplines (de multidisciplinaire aanpak) slechts bij een minderheid (11%) van de patiënten voorkomt.

De multidisciplinaire aanpak

Deze betrof 12% (22) van de mensen die uitsluitend de RIAGG bezochten, 10% (5) van de bezoekers van alleen de APZ-polikliniek, een van de PAAZ-patiënten en nog 8 bezoekers van combinaties van instellingen. In tabel 3 zijn deze 36 personen verdeeld over de instellingen waar ze hun contact begonnen, daarbij zijn de eerdergenoemde 8 eveneens verdeeld over de instellingen waar ze begonnen. Al met al gaat het dus maar om een klein deel van de extramurale populatie.

Bij de RIAGG hadden de 22 personen in totaal 206 contacten, waarvan er 31 (15%) echt gezamenlijk waren, vooral psychiater en sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, in mindere mate psychiater en psycholoog, terwijl de combinatie met een maatschappelijk werkende slechts bij één persoon van 16 jaar voorkwam. Het betrof hier enkele contacten met de maatschappelijk werkende van het jeugdteam. De verklaring dat de combinatie met het maatschappelijk werk verder niet voorkwam is het ontbreken van een maatschappelijk werkende in het volwassenenteam. Bij 10 patiënten ging het alleen om een afwisseling van contacten met verschillende disciplines.

Tegen de achtergrond van het gegeven dat in het algemeen het risico

op contact met de GGZ groot is voor gescheiden mensen zonder arbeidsrol, is het opvallend dat er onder de 22 RIAGG-cliënten slechts 2 gescheiden mensen voorkwamen en 2 zonder arbeidsrol. De gemiddelde leeftijd was 31 jaar en er waren evenveel mannen als vrouwen. Op een persoon na, hadden allen een niet-psychotische stoornis.

Bij de 5 APZ-polikliniekpatiënten ging het uitsluitend om een afwisseling van contacten met een psychiater en een psycholoog dan wel sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, en verder om hetzelfde soort mensen als bij de RIAGG. We hebben de indruk dat het om het 'betere' soort patiënten gaat.

Van de 8 personen die een combinatie van instellingen en disciplines bezochten hadden er 4 een verslaving en 1 een psychose.

Al met al blijken in dit vervolgonderzoek van 6 maanden contacten met meer dan een discipline (de multidisciplinaire aanpak) in de extramurale GGZ voor volwassenen zeldzaam en tamelijk selectief te zijn. Dat is in de GGZ voor jeugdigen, die over maatschappelijk werkers beschikt, en voor ouderen anders. Ter Horn e.a. (1985) vonden dat 63% van de jeugdige cliënten in het jaar volgend op hun eerste contact meer dan een discipline had gezien, en bij ouderen was dit 25% (Ten Horn 1977). Daarmee is het duidelijk dat in de feitelijke contacten met de extramurale GGZ voor volwassenen de monodisciplinaire aanpak de praktijk van alledag is, waaruit het belang van de vraag naar de verdeling van de cliënten over de disciplines eens te meer blijkt. Aan deze vraag zijn de volgende paragrafen gewijd, beginnend met een noodzakelijke methodologische uiteenzetting.

Enkele methodologische opmerkingen

We wilden de voorspellende waarde nagaan van de verschillende kenmerken, uiteindelijk in samenhang met elkaar, van de 299 patiënten in ons cohort zonder een multidisciplinaire aanpak, voor hun contact met een psychiater in de extramurale GGZ in plaats van met iemand van een andere discipline. Dit probleem kan met de multi-pele regressie-analyse worden aangepakt, waarbij stapsgewijze wordt nagegaan hoeveel van de variantie in de afhankelijke variabele (contact met een psychiater, inclusief de assistent-psychiater) wordt verklaard door opeenvolgende onafhankelijke variabelen (in ons geval de instelling waar men het contact is begonnen, de psychiatrische voorgeschiedenis, de leeftijd en de diagnose). Hierbij wordt begonnen met de variabele die het meeste lijkt te zullen verklaren. De gewone multi-pele regressie heeft als voorwaarde een normale verdeling van de afhankelijke variabele in de te onderzoeken populatie en een ordinaal of continu meetniveau. De nominale variabele 'wel of geen contact met een psychiater' voldoet niet aan deze voorwaarden. De logistische regressie analyse, die we hierin zullen toepassen, stelt deze voorwaarden niet.

We brengen nog eens onder de aandacht van de lezer dat het om de

statistische toetsing gaat van een model van variabelen waarmee we de werkelijkheid trachten te benaderen. Maar het model is opgebouwd uit de selectie van variabelen die in het register beschikbaar zijn, dat wil zeggen uit slechts een klein stukje van de werkelijkheid.

Bevindingen

Aangezien uit tabel 3 is gebleken dat alleen bij de RIAGG de mogelijkheid bestaat om met een andere discipline dan die van de psychiater in contact te komen, hebben we de analyse uitsluitend met de RIAGG-patiënten die bij een psychiater (75) of een andere discipline (89) terecht kwamen, voortgezet. De resultaten staan in tabel 4.

We weten al dat 75 patiënten uitsluitend bij de psychiater terecht kwamen en 89 bij de overige disciplines, dat is een verdeling van 1 op 1,2 patiënten die bij de (assistent-)psychiater belandden. In het model staan de onafhankelijke variabelen die mogelijk de verdeling van patiënten hebben beïnvloed, waarbij moet worden aangetekend dat leeftijd en huwelijks staat uitwisselbaar zijn gebleken. Bij stap 0 blijkt dat er significante verschillen in de verdeling van patiënten bestaan wanneer de onafhankelijke variabelen in samenhang worden onderzocht. Maar tegelijkertijd staat vast dat er nog veel in de verdeling te verklaren overblijft, en dat de individuele bijdrage van de in de volgende stappen bekeken variabelen weliswaar significant maar niet groot is. Met andere woorden, een passend model blijkt voor de RIAGG met de ons ter beschikking staande variabelen niet te vinden te zijn. Toch is het interessant om na te gaan in welk opzicht de variabelen de toedeling van patiënten enigszins lijken te sturen. Tabel 5 geeft een overzicht van de verdeling.

In tabel 5 kunnen we in de eerste plaats zien dat de verdeling van de patiënten (1 op 1,2) over de psychiaters (inclusief de arts-assistenten) en de overige disciplines niet overeenkomt met de capaciteitsverhouding van de RIAGG wat betreft deze stafleden (1 op 1,8). Wanneer we de voorgeschiedenis van de patiënten bekijken, dat wil zeggen met wie men langer dan zes maanden geleden al eens contact had dan wel of men voor het eerst kwam, dan blijkt dat de patiënten goeddeels gelij-

Tabel 4: Model ter verklaring van de verdeling van 164 RIAGG-patiënten over (ass.-) psychiaters en andere disciplines

stap	onafhankelijke variabele	goodness of fit in termen van:		toename goodness of fit in termen van:	
		X2	p-waarde	X2	p-waarde
0		163	.001		
1	voorgeschiedenis	144	.008	19	.000
2	diagnose	133	.028	11	.005
3	leeftijd	127	.052	6	.015

Tabel 5: Verhoudingsgewijze verdeling van 164 RIAGG-patiënten over de (ass.-) psychiaters en de overige disciplines in samenhang met enkele patiëntenkenmerken.

	N	Verhoudingsgewijze verdeling over	
		(ass.) psychiater	overige discipline
Capaciteit RIAGG-staf		1	1.8
Verdeling patiënten	164	1	1.2
Voorgeschiedenis:			
– nieuw	101	1	0.9
– eerder bij psychiater	39	1	0.9
– eerder bij ander	24	1	1.1
Huwelijkse staat:			
– gehuwd	69	1	0.5
– ongehuwd	63	1	2.2
– wed./gescheiden	32	1	2.2
Leeftijd:			
– 15-24 jr.	46	1	3.2
– rest	118	1	0.8
Diagnose:			
– psychose/verslaving	10	1	2.3
– neurose/persoonl.st.	87	1	0.7
– overige diagnoses	67	1	2.4

kelijk over de verschillende categorieën verdeeld worden, tenzij men al eens eerder met de overige disciplines contact had. Verder blijken de overige disciplines vaker zorg te dragen voor ongehuwden, weduwen (naren) en gescheidenen. Dit geldt in aanzienlijke mate ook voor de jongste categorie patiënten, terwijl de verschillende andere leeftijdsgroepen tamelijk gelijk verdeeld werden. Wat betreft de diagnostische categorieën is opmerkelijk dat de andere disciplines de psychosen en verslavingen vaker voor hun rekening namen. Dit waren vier patiënten met een verslaving die al veel eerder bij een categorale instelling waren geweest, en drie met een schizofrene stoornis die lang voor 1982 door een psychiater waren gezien. Dit keer kwamen ze direct bij een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige terecht. Ten Horn (1982) deed eerder al eens overeenkomstige bevindingen.

Beschouwing

Is de multidisciplinaire aanpak van volwassenen in de extramurale GGZ een holle frase of moeten we ons bij deze aanpak iets anders voorstellen dan gezamenlijke of afwisselende contacten van verschillende disciplines met dezelfde patiënt? Of betekent multidisciplinair voornamelijk dat er overleg tussen disciplines plaatsvindt zonder dat elk een met de patiënt contact heeft?

Directe multidisciplinaire hulpverlening blijkt in de extramurale GGZ zeldzaam! Als we bij ons cohort verder terug hadden gekeken dan een half jaar dan zouden we misschien iets meer patiënten met contacten met meer disciplines hebben gevonden. Het gaat in dat geval vooral om patiënten die van de ene hulpverlener naar de andere worden doorgespeeld. De APZ-polikliniek en de RIAGG bleken trouwens beide even weinig direct multidisciplinair op te treden voor volwassen patiënten. We hebben er al op gewezen dat de praktijk voor jeugdigen en ouderen bij de RIAGG heel anders is. Deze categorieën patiënten worden dikwijls wel door meer leden van het team gezien. Bij volwassen patiënten werkte de psychiater van de RIAGG in 1982 echter veel meer selectief. Hij zag alleen die patiënten rechtstreeks, bij wie de verwijzing duidde op complexe diagnostische of andere problemen. Verder vervulde hij een belangrijke rol in de multidisciplinaire teambespreking, tijdens welke hij optrad als de indirecte bewaker van de kwaliteit en kwantiteit van de gegevens die eventueel door anderen bij de patiënten verzameld moesten worden. Ook had hij een belangrijke stem bij het kiezen van de behandeling en daarmee van de discipline die deze zou uitvoeren. De rol van de psychiater in de Drentse RIAGG behelst dus ten dele een indirecte verantwoordelijkheid voor een aantal van de meer psychiatrisch gestoorde patiënten. Dit neemt intussen niet weg dat wat betreft levens- en gezinsvragen, die ook tot het takenpakket van de RIAGG behoren, de andere disciplines een eigen en hiërarchisch niet ondergeschikte rol vervullen. Kortom aan de patiëntenstroom uitmondend in rechtstreekse contacten tussen patiënten en hulpverleners zijn de rollen en functies van de laatsten niet altijd even goed af te meten. Overigens is de praktijk niet overal dezelfde. Bij de Groningse RIAGG blijken de secretaresse en de voorwacht, als verzamelaars van informatie, een belangrijke rol te spelen bij de verdeling van de patiënten tijdens het teamoverleg (Kits 1988). Terwijl bij de APZ-polikliniek deze rol exclusief aan de psychiater toevalt (Pols 1988).

Kennelijk heeft de psychiater voornamelijk op indirecte wijze of als supervisor een belangrijke diagnostische functie voor nieuwe patiënten of voor patiënten die na langere tijd weer opduiken. Dit is toch wel een opvallende zaak bij ernstig zieke mensen, bij voorbeeld bij mensen met een psychose bij wie het instellen van medicatie of het uitsluiten van een organische stoornis een overweging kan zijn.

Eerder lieten we al eens zien (Tholen e.a. 1988) dat de bewaking van de medicatie van chronische patiënten misschien niet een van de sterkste kanten van de psychiatrie is. Waarschijnlijk verlaat men zich hierbij te veel op de huisarts.

Deze situatie bij de RIAGG in 1982 weerspiegelt nog het recente verleden met haar therapeutisch optimisme, ontmedicalisering en democratisering, met als gevolg de vervaging van de medische hiërarchie. Intussen tekent zich naar het schijnt de weg terug naar een meer

verticale structuur met de psychiater als leider alweer af, en worden de andere disciplines meer en meer op hun specifieke deskundigheid aangesproken. Daarom zou het onderzoek in de nabije toekomst herhaald moeten worden om deze veranderingen aan het licht te brengen.

Tot slot keren we terug naar de vergelijking met het buitenland, die we in de inleiding maakten.

In ons registeronderzoek bleek onze geregistreerde psychische morbiditeit ten opzichte van het buitenland hoog. We zien nu dat dit mede komt doordat wij contacten met niet-psychiaters meetellen. Ten opzichte van Nottingham maakt dat in de extramurale GGZ heel wat uit, omdat bij ons eenderde van de nieuwe contacten met een psycholoog of een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige was. Het zou zotheid zijn om deze contacten niet te registreren, want vooral bij de RIAGG betreft het ook de ernstiger stoornissen. Verder werden in Nottingham minder neurotische en verslaafde patiënten naar de GGZ verwezen, terwijl de eersten juist wel bij ons soort GGZ en psychiaters terecht komt. Uit dit registeronderzoek naar de praktijk van de extramurale GGZ voor volwassenen blijkt dat de andere disciplines zich in Nederland een kwantitatief sterke plaats hebben veroverd, net als in de intramurale GGZ. Hierdoor kan de vervaging van de rol van de psychiater meer dan elders zijn opgetreden. Kennelijk speelde de ideologie van de jaren zeventig een belangrijker rol dan overwegingen van deskundigheid.

Literatuur

- Boom, F. van den (1987), *De RIAGG en de psychiater: Een onderzoek naar de samenhang tussen de ontwikkeling van het RIAGG-takenpakket en de positie van de psychiater in de AGGZ*. NcGv-reeks 97, Utrecht.
- Grinten, T.E.D. van der (1987), *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg: een historisch beleidsonderzoek*. Ambo, Baarn.
- Horn, G.H.M.M. ten, R. van Ommen (1977), *Wat kan de staf van het register geestelijke volksgezondheid over de dienstverlening van een ambulant team laten zien?* Afdeling Sociale Psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen, mei.
- Horn, G.H.M.M. ten (1982), *Nazorg geeft kopzorg: een onderzoek met een register voor de geestelijke gezondheid*, dissertatie, Rijksuniversiteit Groningen.
- Horn, G.H.M.M. ten, J.H. Wouters, A. Brug (1985), Geestelijke Gezondheidszorg voor kinderen tot en met 12 jaar: Bevindingen uit het register geestelijke volksgezondheid. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27, 128-138.
- Jones, S.J., N. Davis, R. Giel, G.H.M.M. ten Horn, S. Sytema (1988), Use of psychiatric services in Groningen and Nottingham. Submitted to *European Archives Psychiatric and Neurological Sciences*.
- Kits, P. (1988), Sociaal psychiater, olifant tussen het RIAGG-porselein? In: F. van den Boom (red.), *De psychiater en de RIAGG, verslag van een studiedag*. NcGv-reeks 121, Utrecht.
- Ommen, M. van, *Tussen professionele autonomie en wederzijdse aanpassing:*

- Een onderzoek naar multidisciplinaire behandelteams in een psychiatrisch centrum: hun ontstaan en ontwikkeling in relatie tot de veranderende organisatiestructuur sinds 1841 en hun functioneren anno 1984.* Dissertatie, Rijksuniversiteit Groningen.
- Pols, J. (1988), *De psychiater en zijn instelling: over poliklinieken, RIAGG's en psychiaters.* In: F. van den Boom (red.), *De psychiater en de RIAGG, verslag van een studiedag.* NcGv-reeks 121, Utrecht.
- Schnabel, P., C. van Diest, A.W. Goedhart, Ph.D.A. Treffers (1987), *Kind van drie meesters: ontwikkelingspsychologen, orthopedagogen en kinderpsychiaters over zichzelf en elkaar,* NcGv-reeks 102, Utrecht.
- Schwarz, R. (1987), *De psychiater in de RIAGG: een sociaal psychiatrische studie naar de positie van een beroepsgroep in het spanningsveld van de AGGZ,* NcGV-reeks 98, Utrecht.
- Sytema, S., M. Balestrieri, R. Giel, G.H.M.M ten Horn, M. Tansella (1988), *Use of mental health services in South Verona and Groningen.* Submitted to *Acta Psychiatrica Scandinavica.*
- Tholen, A.J., R. Giel, H.W. Hoek, A. de Jong, D. Wiersma (1988), *De psychopathologie in voorzieningen voor langdurig verblijf.* *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 30, 54-69.

Schrijvers zijn respectievelijk hoogleraar Afdeling Sociale Psychiatrie RU Groningen, socioloog Afdeling Sociale Psychiatrie RU Groningen, en psychiater RIAGGDrenthe.

Het artikel is geaccepteerd voor publikatie op 22-8-'88.